

ISIS



Bogdan Breclj (1906–1986)
ortopedija in rehabilitacijska medicina



Milko Bedjanič (1904–1976)
infekcijske bolezni

Uspelo nam je!

Drage kolegice in cenjeni kolegi, vselitev vseh štirih institucionalnih partnerjev našega skupnega projekta Domus Medica (DM): Zdravniške zbornice Slovenije (ZZS), Slovenskega zdravniškega društva (SZD), Fidesa, sindikata zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije ter Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije (SZZZZS), v naš novi, skupni dom je brez dvoma trenutek za razmislek o njegovem pomenu in za vsaj grobi oris poti od ideje do njene uspešne in hitre uresničitve. Ideja o nujnosti zgraditve doma našega zdravništva je bila omenjana že v prejšnjih dveh mandatih, v mandatu zdajšnje predsednice naše stanovske organizacije, prim. Gordane Kalan Živčec, dr. med., pa je bila uvrščena v njen sprejeti delovni program. Skupaj smo odgovorno zbrali dovolj poguma in znanja v prepričanju, da morajo našim besedam in idejam slediti ciljno ter razumno načrtovana dejanja, ki naj bodo sklenjena z dograditvijo DM.

V projektno skupino za izgradnjo me je predlagala kolegica Mirjam Kovačič, dr. dent. med. V okviru projektne skupine pa sem bila – tudi zaradi mojega navdušenja nad projektom DM ter skupnega prepričanja z našo predsednico v njegovo uspešno dokončanje – imenovana za vodjo projekta. Delo na projektu DM sem opravljala od junija 2008 do zdaj, neodplačno in donatorsko za vse štiri sopogodbениke. Povedano preprosto: izplačanega mi ni bilo niti centa, ne za opravljene delovne ure v letih od 2008 do 2010 in ne za dejanske administrativne in PTT-stroške ter za stroške številnih prevozov in poti, ogledov, prav tako pa tudi ne za praktično skoraj vsakodnevne obiske gradbišča in za vsa skrbna sprotna usklajevanja z izvajalci projekta. Dodam naj, da sem poleg pridobitve več kot 200.000 evrov donacij podjetij, sama donirala v dveh letih skrbnega dela za projekt DM tudi vse prej naštetu.

Za v celoti donatorski način dela sem se odločila, ker sem verjela in še vedno trdno verjamem v humanost poslanstva zdravništva, v našo poklicno odgovornost do pacientov in stroke. Ker je zdravništvo že od

leta 1946 naprej naredilo vse, kar je moglo, v dobro pacientov, je bil zdaj čas, da storimo tudi kaj za oblikovanje razmer, v katerih bo lahko naše delo še bolj organizirano, strokovno izobraževanje pa udejanjano, kot terjajo novodobne razmere. Potrebovali smo namreč prostore, kjer bomo lahko bolj učinkovito in bolj usklajeno delovali in ki bi sočasno omogočali strokovno druženje in oblikovanje razmer za tvorni prispevek k ravni našega intelektualnega in socialnega kapitala.

V ospredju mojega videnja izpolnitve omenjenih ciljev sta se kazala kot najpomembnejša dva vsebinska elementa:

1. Izbor lokacije, ki naj bo čim lažje dostopna z avtoceste in mestnih vpadnic – konkretna je bila izbrana na temelju primerjave izpolnjevanja kakovostnih meril vseh 12 možnih lokacij, ki sem jih zbrala na podlagi informacij strokovnjakov in z osebnimi ogledi.
2. Izbor izvajalca, ki naj zagotovi fiksno in pošteno ceno ter jamči, da med gradnjo ne bo zviševal cene z enim ali celo več aneksi, in ki bo spoštoval pogodbeno določeni rok izročitve objekta.

Zaradi spoštovanja načela transparentnosti dela sem opravila javno predstavitev projekta DM na jesenski in decembrski skupščini ZZS leta 2008 ter s strokovnjakom za menedžment g. Janezom Benčino soorganizirala dve delavnici za ZZS, SZD, Fides in SZZZZS (21. novembra in 12. decembra 2008) ter pripravila predlog pisnega štiristranskega sporazuma med ZZS, SZD, Fidesom in SZZZZS o izgradnji (in nakupu DM februarja 2009) ter sproti seznanjala telesa in odbore ZZS z doseženimi rezultati na projektu DM. Projekt DM je bil predstavljen tudi na zboru zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije (Otočec, 27. marec 2009); delavnica za predstavnike ZZS, SZD, Fidesa in SZZZZS je bila 28. marca 2009. Predstavitve dela za DM: projekti, ki sem jih pridobila, in opravljene aktivnosti ter potrditev poslancev za nadaljnji potek dela projektne skupine DM in opredelitev njenih usmeritev na skupščinah ZZS v letih 2009 in 2010.



Od aprila do junija 2009 so potekali sestanki s prodajalcem Mabra in pogajanja ter sklepni dogovor o znižanju cene za m², pridobitev in preverjanje tehnične dokumentacije, razparcelacije od ostalega gradbišča, pridobitev služnosti funkcionalnega zemljišča okoli objekta in kasneje vpis v zemljiško knjigo. Pridobitev bančnih informacij za kredite in pridobitev letih, določitev datuma podpisa predpogodbe z vsemi štirimi sopogodbenci ter usklajevanje pogodbe s prodajalcem, banko, pravnico – specialistko za nepremičninsko pravo, in kupci – sopogodbenci, spremljanje gradnje na gradbišču in usklajevanja z arhitektom, pridobitev informacije o vrednosti prodaje ali oddaje v najem prostorov ZZS in SZD, priprava in oddaja predloga za uvrstitev projekta DM za pridobitev evropskih sredstev, podpis dodatka, ki sem ga izpogajala – pridobitev prostorov za arhiv, določitev datuma podpisa pogodbe, usklajevanje pogodbe med štirimi partnerji (ZZS, Fides, SZD, SZZZZS), dopolnjevanje in usklajevanje pogodbenih določil (pripravljenih je bilo 12 verzij), upoštevanje vseh pripomb in končno podpis pogodbe o nakupu 23. junija 2009. V delo na projektu DM sem vključila izkušenega arhitekta mag. Andreja Černigoja, d.i.a. Določili smo tudi nepremičninsko predstavnico za prodajo obstoječih prostorov in nadzorno gradbeno inženirko.

Temu so sledili: nakazilo prvega in drugega obroka kupnine, redni sestanki z arhitektom in natančnejše načrtovanje prostorov notranjosti DM, redno sem obiskovala gradbišče in spremljala gradnjo ter preverjala vgrajene materiale, sodelovala s požarno inženirko za izhode iz sejnih sob, terase in dvorane, imeli smo številne sestanke z izvajalci računalniške mreže, za razporeditev ekranov in projektorjev.

Intenzivno sem organizirala in se udeleževala mnogih sestankov z vzdrževalno službo, čistilno-vzdrževalno službo, z varnostniki in izbranim izvajalcem gostinskih storitev za zdravniški klub. Ob vsem tem pa sem usklajevala potek procesa izbire keramike, luči in senčil, izbire pohištva ter sodelovala pri izdelavi točnih izvedbenih načrtov vseh prostorov: pisarn, učilnic, dvorane, sanitarij, čajnih kuhinj in razdelilnice hrane za seminarje ter pri skrbno premišljeni izbiri vseh stenskih oblog (keramika) in tal skladno z željami vseh štirih sopogodbencikov, ki so me tudi pooblastili za vsa omenjena zahtevna opravila in pogajanja.

Vsak mesec sem oblikovala reklame za Isis v sodelovanju z izvajalcem projekta DM Mabra, d.o.o., ter redno ne le spremljala izvajanje našega projekta, marveč se tudi sproti dogovarjala o vseh zahtevah, nanašajočih se na njegovo uspešno napredovanje, ter z glavnim nadzornikom gradnje, usklajevala izbiro marmorja za notranje prostore, avlo, se dogovorila o

donatorstvu s predsednikom upravnega odbora Brankom Selakom, preverjala sistem prezračevanja hodnikov ipd.

Z vsem svojim delom sem redno seznanjala predsednico naše zbornice, ki je nosila pri projektu največjo finančno odgovornost. Najino sodelovanje je bilo v teh dveh letih res napornega dela ves čas prijateljsko, zgledno in nadvse skrbno. Redno sem poročala tudi skupščinskemu svetu in izvršilnemu odboru ter bila na voljo z informacijami tudi vsem našim kolegom in kolegicam, ki jih je zanimal potek gradnje objekta DM. Gradbišče so obiskali in si ga ogledali tudi člani vodstva SZD, Fidesa, SZZZZS, prav tako tudi člani nekaterih odborov ter posamezne kolegice in kolegi. Zahvaljujem se zlasti vsem tistim kolegom in kolegicam, ki so me pri mojem delu osebno podpirali. Največ osebne spodbude je dal skrbnik donatorskega računa prim. Marko Demšar, dr. med., član projektne skupine prim. asist. Dean Klančič, dr. med., Nikola Potočnik, dr. dent. med., predsednica skupščine Urška Salobir Gajšek, dr. med., predsednica odbora za pravno-etična vprašanja prim. asist. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med., Rafael Černuta, dr. med., Andrej Guna, dr. dent. med., Vasilij Vendramin, dr. dent. med., Stanka Velkavrh, dr. dent. med., Rok Šušterčič, dr. dent. med., Igor Praznik, dr. med., in doc. dr. Zlatko Fras, dr. med.

Uspelo nam je!

Naj se ob tem iskreno zahvalim tudi vsem tistim kolegicam in kolegom, ki so že dali donacije za naš projekt Domus Medica, pa tudi vsem tistim, ki bodo to še storili.

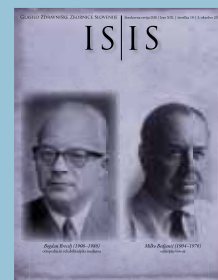
Donacije še naprej hvaležno zbiramo na posebnem računu Zdravniške zbornice Slovenije, št.: SI56 9067 2000 0581 576 (namen plačila: donacija DM, referenca: 00, pod številko sklica pa vpišite rojstni datum donatorja (DDMMLLLL)).

Nada Pubarič, dr. dent. med.



Prva učiteljja infekcijskih bolezní ter ortopedije in rehabilitacijske medicine na popolni Medicinski fakulteti v Ljubljani, akademika Milko Bedjanič (1904–1976) in Bogdan Breclj (1906–1986)

Oblikovanje naslovnice in avtor logotipa: Primož Kalan
Pripravila: prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec



■ UVODNIK

Uspelo nam je! 3
Nada Pubarič

■ ZBORNICA

Iz dela zbornice 9

■ PERSONALIA

Izvolitve v nazive visokošolskih učiteljev in visokošolskih sodelavcev na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru 15
Opravljeni specialistični izpiti 16

■ IZ EVROPE

Hvala, odhajamo... 18
Jiri Hollan

Stavka zdravnikov v Nemčiji 19
Marjan Kordaš

Predlogi so bili nesprejemljivi 19
Marjan Kordaš

Prejemki 2010 19
Marjan Kordaš

Korupcija v hrvaškem zdravstvu 20
Boris Klun

■ ZDRAVSTVO

Od ustanovitve fakultete do prvih diplomantov in naprej 21
Ivan Krajnc

■ FORUM

Dosežen je bil sporazum med Fidesom in vlado, a grenak priokus ostaja. Sam ne bom dal ponovnega soglasja za dodatno nadurno delo! 26
Matej Svetec

Odprto pismo uglednim profesorjem 28
Silvo Lipovšek

Ambulantna ginekologija v prihodnosti – reorganizacija ginekološko-porodniške službe v Sloveniji 30
Damir Franič

■ IZ ZGODOVINE MEDICINE

Prva učiteljja infekcijskih bolezní ter ortopedije in rehabilitacijske medicine na popolni Medicinski fakulteti v Ljubljani, akademika Milko Bedjanič in Bogdan Breclj 34
Zvonka Zupanič Slavec

■ ZANIMIVO

Ujemanje metod merjenja – praktični pristop 44
Jaro Lajovic

Iz anatomske učilnice Leonarda da Vincija (1452–1519) 49
Zvonka Zupanič Slavec, Ksenija Slavec

■ MEDICINA

Magnezij in hipertenzija 56
Rudi Pavlin

Bakterije NDM-1 56
Mirjana Stantič Pavlinič

Povečana pogostost bakterije *Escherichia coli* z ESBL v Sloveniji – razlog za alarm? 57
Iztok Štrumbelj, Tjaša Čretnik Žohar, Jerneja Fišer, Tatjana Harlander, Martina Kavčič, Veronika Križan Hergouth, Dušan Novak, Irena Piltaver, Helena Ribič, Ljudmila Sarjanovič, Katja Seme, Viktorija Tomič

Širši vidik problematike kajenja – povezanost med kajenjem in nekaterimi psihosocialnimi dejavniki 62
Marina Sučić Vuković, Živa Žerjal, Milan Krek, Irena Majcan Kopilovič, Eva Stergar

Na kratko o 9. kongresu združenja EUROPAD 66
Jasna Čuk Rupnik

Gastroinfektološki dan na Debelem rtiču 67
Breda Prunk Franetič

Kongres Evropske ortodontske skupnosti 2010 68
Katja Arko Kampuš

Ortodontija v času in prostoru 70
Jasna Cotič

88. kongres Mednarodnega združenja za zobne raziskave 72
Vito Vrbič

Novosti na področju beljenja zob in estetskega zobozdravstva 72
Marko Vavpotič

Žilni pristopi za hemodializo 74
Boštjan Kersnič

Novorojenček in družina –
pomen razumevanja novorojenčkovega vedenja 75
Borut Bratanič

Se helikopterska nujna medicinska pomoč
v Sloveniji lahko zgleduje po italijanskem modelu? 78
Uroš Lampič

Poročilo o štiriletnem obdobju delovanja
Slovenskega združenja za zdravljenje bolečine 80
Marija Cesar Komar

■ OBLETNICA

Ob 15-letnici programa izmenjav za
študente medicine iz bivših jugoslovanskih republik 85
Joachim Gross

■ V SPOMIN

Prim. Jože Felc, dr. med. (1941–2010) 86
Marko Pišljarič

Prim. Jože Felc in Viceversa 87
Miloš F. Kobal

■ STROKOVNA SREČANJA 89

■ MALI OGLASI 101

■ ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

Pesem zdravnice v prozi 103
Zlata Remškar

Kako se umreti učim? 103
Rudi Pavlin

Poslednja pomlad 103
Andrej Rant

Zlatorog 104
Andrej Rant

Kratki aforizmi v beli halji z geografskim poreklom 104
Janez Tomažič

Patrocinij 104
Franci Bečan

Prvi težji ranjenci 105
Peter Borisov

Od ustanovitve fakultete do prvih diplomantov in naprej

Ivan Krajnc



Kongres Evropske ortodontske skupnosti 2010

Katja Arko Kampuš



Podaljšanje poletja v bolnišnici z dalmatinsko pesmijo 106
Marko Slavec

Strokovni izlet na Koroško 108
Elko Borko, Aleksandar Krušič

Mjanmar – dežela nasprotij 111
Črt Marinček

■ ZAVODNIK

Počitniška razmišljanja 112
Boris Klun

Impressum

LETO XIX., ŠT. 10, 1. oktober 2010
natisnjeno 8500 izvodov
datum tiska: dan pred izidom
UDK 61(497.12) (060.55)
UDK 06.055:61(497.12)
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9

IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK / PUBLISHED BY

Zdravniška zbornica Slovenije
The Medical Chamber of Slovenia
Dalmatinova 10, p. p. 1630,
1001 Ljubljana
W: <http://www.zdravnikazbornica.si>
T: 01/ 30 72 100, F: 01/ 30 72 109
E: isis@zzs-mcs.si
Transakcijski račun: 02014-0014268276

PREDESDNICA / PRESIDENT

prim. Gordana Kalan Živec, dr. med.

UREDNIŠTVO / EDITORIAL OFFICE

Dalmatinova 10, p. p. 1630,
1001 Ljubljana
W: <http://www.zdravnikazbornica.si>
Isis online: ISSN 1581-1611
T: 01/ 30 72 152, F: 01/ 30 72 109
E: isis@zzs-mcs.si

ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK / EDITOR-IN-CHIEF AND RESPONSIBLE EDITOR

prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med.
E: egadzijev@onko-l.si
T: 01/587 98 97

TEHNIČNA UREDNICA, LEKTORICA / EDITOR, REVISION

Marta Brečko Vrhovnik, univ. dipl. slov.
E: marta.brecko@zzs-mcs.si

UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI / EDITORIAL BOARD AND JOURNALISTS

prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med.
doc. dr. Vojko Flis, dr. med.
prof. dr. Anton Grad, dr. med.
prim. asist. Jana Govc Eržen, dr. med.
prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.
prof. dr. Boris Klun, dr. med.
akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.
prof. dr. Črt Marinček, dr. med.
asist. mag. Marko Pokorn, dr. med.
prim. asist. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med.
prof. dr. Tomaž Rott, dr. med.
asist. Aleš Rozman, dr. med.
akad. prof. dr. Jože Trontelj, dr. med.
prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med.
prof. dr. Matjaž Zwitner, dr. med.

TAJNICI UREDNIŠTVA / SECRETARY

Marija Cimperman
Slavka Sterle

OBLIKOVANJE / DESIGN

Andrej Schulz, Primož Kalan
VisArt studio, Ljubljana

RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN PRIPRAVA ZA TISK - DTP

Andrej Schulz, Barbara Kovačič,
Simon Trampuš, Primož Kalan
VisArt studio
Kvants-VisArt d.o.o.
Koprska ulica 94, 1000 Ljubljana
T: 01/257 67 41

TRŽENJE / MARKETING

Zdravniška zbornica Slovenije
Dalmatinova 10, p. p. 1630,
1001 Ljubljana
T: 01/ 30 72 152, F: 01/ 30 72 109
E: isis@zzs-mcs.si

TISK / PRINTED BY

Tiskarna Povše,
Povšetova 36 a, Ljubljana
T: 01/439 98 40

Vse pravice pridržane, ponatis celote ali posameznih delov je dovoljen le z dovoljenjem uredništva.

Lastnik blagovne znamke: Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana

Navodila avtorjem

Rok oddaje vseh prispevkov za objavo v reviji Isis je do 5. v mesecu za naslednji mesec. Članke oddajte v elektronski obliki. Dolžina člankov je omejena na 30.000 znakov – štetje brez presledkov (velikost 12 pt, oblika pisave times new roman).

Za objavo so primerne digitalne fotografije, velike vsaj 1500 x 1200 točk (pixels), to je okoli 2 milijona točk. Ločljivost najmanj 300 dpi.

Če uporabljate kratice, ki niso splošno znane, jih je treba pri prvi navedbi razložiti. Prosimo, da se izogibate tujezječnim besedam in besednim vezam. Če ni mogoče najti slovenske ustreznice, morate tujo besedo ali besedno zvezo, ko jo uvedete v besedilo, razložiti.

Če ste članek napisali po naročilu farmacevtskega podjetja ali če v članku obravnavate farmacevtske izdelke, morate navesti konflikt interesov.

Ker izbrane prispevke honoriramo, pripišite polni naslov stalnega bivališča, davčno številko, davčno izpostavo, popolno številko transakcijskega računa in ime banke.

Poročila s strokovnih srečanj

Dolžina prispevka je omejena na največ 10.000 znakov (štetje brez presledkov). Priložite lahko eno fotografijo, v tem primeru ima prispevek lahko največ 9000 znakov. Če gre za srečanja z mednarodno udeležbo, mora poročilo vsebovati oceno obravnavanega področja medicine v Sloveniji. Prosimo, da v poročilu povzamete bistvo obravnavane tematike in se ne zaustavljate preveč pri imenih predavateljev, ki za večino bralcev niso sporočilna.

Na koncu prispevka lahko navedete imena pravnih ali fizičnih oseb, ki so kakor koli prispevale, da ste se lahko udeležili srečanja (uredništvo si pridržuje pravico, da imena objavi v enotni obliki). Zahval sponzorjem ne bomo objavili.

Nekrologi

V vsaki številki bomo objavili največ dva nekrologa. Dolžina nekrologa je omejena na eno stran, torej 5000 znakov (štetje brez presledkov). Priložite lahko eno fotografijo; v tem primeru ima prispevek lahko največ 4000 znakov.

Izjava uredništva

Članki izražajo stališča avtorjev in ne nujno tudi organizacij, v katerih so zaposleni, ali uredništva Izide.

Letna naročnina

Letna naročnina za nečlane (naročnike) je 49,20 EUR, za naročnike v tujini 98,40 EUR, posamezna številka za nečlane stane 4,10 EUR. 8,5-odstotni davek na dodano vrednost je vračunan v ceni. Poštnina je plačana pri pošti 1102 Ljubljana.

ISIS

Sporočilo bralcem

Literatura je na voljo pri avtorjih.

Sodelovali

Katja Arko Kampuš, dr. dent. med., Ortodont, d.o.o. • **Franci Bečan**, dr. med., ZD Kranj • **Prof. dr. Peter Borisov**, dr. med., Ljubljana • **Prim. prof. dr. Elko Borko**, dr. med., Maribor • **Asist. dr. Borut Bratanič**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, SPS Pediatrična klinika • **Mag. Marija Cesar Komar**, dr. med., SB Slovenj Gradec • **Jasna Cotič**, dr. dent. med. • **Asist. mag. Tjaša Čretnik Žohar**, dr. med., ZZV Celje • **Jasna Čuk Rupnik**, dr. med., ZD Logatec • **Jerneja Fišer**, dr. med., SB dr. Franca Derganca Nova Gorica • **Asist. dr. Damir Franič**, dr. med., zasebnik s koncesijo • **Joachim Gross**, dr. med. • **Tatjana Harlander**, dr. med., ZZV Novo mesto • **Jiri Hollan**, dr. med., SB Izola • **Martina Kavčič**, dr. med., ZZV Koper • **Boštjan Kersnič**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, KO za nefrologijo • **Prof. dr. Boris Klun**, dr. med., Ljubljana • **Prof. dr. Miloš Kobal**, dr. med., Ljubljana • **Akad. prof. dr. Marjan Kordaš**, dr. med., Ljubljana • **Prof. dr. Ivan Krajnc**, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru • **Milan Krek**, dr. med., Zavod za zdravstveno varstvo Koper • **Asist. mag. Veronika Križan Hergouth**, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani • **Dr. Aleksander Kruščič**, dr. med., Univerzitetni klinični center Maribor • **Jaro Lajovic**, dr. med. • **Uroš Lampič**, dr. med., Osnovno zdravstvo Gorenjske, OE Zdravstveni dom Kranj • **Silvo Lipovšek**, dr. med., SB Celje • **Irena Majcan Kopilović**, dipl. san. inž., Zavod za zdravstveno varstvo Koper • **Prof. dr. Črt Marinček**, dr. med., Univerzitetni rehabilitacijski inštitut RS - Soča • **Asist. Dušan Novak**, prof.

biol., ZZV Maribor • **Prof. dr. Rudi Pavlin**, dr. med., Ljubljana • **Irena Piltaver**, dr. med., SB Slovenj Gradec • **Mag. Marko Pišljarič**, dr. med., Psihiatrična bolnišnica Idrija • **Breda Prunk Franetič**, dr. med., Mladinsko zdravišče in okrevališče Debeli rtič • **Nada Puharič**, dr. dent. med., Zdravniška zbornica Slovenije • **Andrej Rant**, dr. dent. med., Ljubljana • **Dr. Zlata Remškar**, dr. med., Bolnišnica Golnik, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo • **Helena Ribič**, dr. med., ZZV Kranj • **Ljudmila Sarjanovič**, dr. med., ZZV Nova Gorica • **Izr. prof. dr. Katja Seme**, dr. med., Medicinska fakulteta Univerza v Mariboru • **Marko Slavec**, Kranj • **Ksenija Slavec**, Kranj • **Prim. asist. mag. Mirjana Stantič Pavlinič**, dr. med., Ljubljana • **Mag. Eva Stergar**, univ. dipl. psih., Zavod za zdravstveno varstvo Koper • **Marina Sučić Vuković**, dr. med., Zavod za zdravstveno varstvo Koper • **Asist. Matej Svetec**, dr. med., specializant v mariborski regiji • **Mag. Iztok Štrumbelj**, dr. med., ZZV Murska Sobota • **Prof. dr. Janez Tomazič**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja • **Dr. Viktorija Tomič**, dr. med., Bolnišnica Golnik, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo • **Marko Vavpotič**, dr. dent. med., Zdravstveni dom Ljubljana, Enota ZD Šiška • **Prof. dr. Vito Vrbič**, dr. dent. med., Ljubljana • **Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec**, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Inštitut za zgodovino medicine • **Živa Žerjal**, univ. dipl. soc., ZZV Koper

Na podlagi 19. člena Poslovnika o delu skupščine, izvršilnega odbora ter njenih organov

RAZPISUJEM NADOMESTNE VOLITVE

za poslanca skupščine Zdravniške zbornice Slovenije

za volilno enoto LBF (Medicinska fakulteta)

Ljubljanske regije – bolnišnično zdravstvo

za 20. oktober 2010

Poslanec skupščine se voli na splošnih in tajnih volitvah dne 20. 10. 2010.

Volitve se bodo izvedle v korespondenčni obliki.

Za poslanca skupščine lahko kandidira vsak član volilne enote, čigar kandidatura podpre vsaj deset članov volilne enote. Kandidature določijo zdravniki na volilnem zboru volilne enote.

*Uršula Salobir Gajšek, dr. med.
predsednica skupščine
Zdravniške zbornice Slovenije*

Iz dela zbornice

Zdravniška zbornica Slovenije se je vseskozi zavzemala za čimprejšnjo razrešitev nastalega stanja na področju zdravstva

»Zdravniška zbornica Slovenije podpira ureditev zdravstvenega sistema na način, da bolniki zaradi zadnjih dogodkov ne bi bili prizadeti in se jim zdravstveno stanje zaradi tega ne bi poslabšalo. To še posebej velja za najbolj ogrožene skupine bolnikov,« je v odgovoru na javni poziv štirih društev onkoloških bolnikov zapisala predsednica Zdravniške zbornice Slovenije. Predsednice Društva onkoloških bolnikov Slovenije, Slovenskega združenja za boj proti raku dojk Europa donna, Slovenskega združenje bolnikov z limfomom in levkemijo L&L in Združenja za boj proti raku na debelem črevesu in danki Europacolone so namreč pozvale predsednike svetov Onkološkega inštituta Ljubljana, UKC Ljubljana in UKC Maribor, naj vplivajo na institucije, da nemudoma organizirajo delo tako, da se nobenemu bolniku zaradi nastalega položaja ne bo poslabšalo zdravje. Čeprav se Zdravniška zbornica Slovenije na omenjeno pismo ni medijsko odzivala, se pri vseh dogovarjanjih in vseh ostalih aktivnostih vseskozi zavzema za čimprejšnjo razrešitev nastalega stanja, ne nazadnje tudi na nedavnem sestanku pri predsedniku Vlade Republike Slovenije in ministru za zdravje, kakor tudi znotraj Koordinacije zdravniških

organizacij. »Ob tem pa se zavedamo svojih omejenih možnosti v procesu organiziranja zdravstvene službe, čeprav smo kot poznavalci zdravstvenega sistema in nosilci zdravstvene dejavnosti kar nekajkrat ponudili dobre rešitve za njeno izboljšanje, ki pa žal niso bile sprejete in upoštevane,« je poudarila predsednica zbornice. Dodala je, da kot stanovska organizacija slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov podpiramo vse aktivnosti omenjenih društev, s katerimi opozarjajo na kritične točke pri zdravljenju bolnikov.

Izredna skupščina Fidesa

V petek, 10. septembra, je v Ljubljani potekala izredna skupščina zdravniškega sindikata Fides, ki se je je udeležila tudi predsednica Zdravniške zbornice Slovenije prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med., in na kateri so obravnavali nedavno podpisani sporazum z Ministrstvom za zdravje.

Predsednik Fidesa Konrad Kuštrín, dr. med., je pred delegati izredne skupščine in drugimi gosti uvodoma povzel dogajanje, vezano na enostranski sprejem novele Zakona o sistemu plač v javnem sektorju, s katerim je vlada želela razvrednotiti delo zdravnikov v najtežjih okoliščinah. Skladno z napovedmi Fidesa in v nasprotju z vladnimi pričakovanji je 3.000 zdravnikov umaknilo soglasje za dodatno nadurno delo in s 1. septembrom začelo uresničevati svoje delovne pravice. Zdelo se je, da so se politični odločevalci šele tedaj presenečeni zavedli, da slovenski zdravstveni sistem

dejansko sloni na nadurnem delu zdravnikov. Zaradi pomanjkanja zdravnikov mora tako 3.000 zdravnikov nenehno nadurno delati (opravijo od 500 do 1.000 nadur letno), da zdravstveni sistem sploh deluje. Zato je umik soglasij dodobra ohromil delo v zdravstvenih zavodih. Vlada, ki si je doslej prizadevala za omejitve nadurnega dela zdravnikov, je, s polnimi usti etike, pritiskala na zdravnike, naj spet privolijo v dodatno nadurno delo, pri tem pa povsem pozabila na lastne etične standarde. »Če bi imel vsak politik svojega Hipokrata, bi bila ta država dosti boljša,« je poudaril predsednik Fidesa Konrad Kuštrín, dr. med.

V nadaljevanju se je predsedstvo posvetilo doseženemu sporazumu in ga predstavilo delegatom. Poudarili so, da sporazum prinaša dolgoročne posledice za usodo zdravnikov in zdravstvenega sistema, zahvaljujoč doseženemu sporazumu pa redno in nadurno delo zdravnikov ne bo razvrednoteno.

Predsednica Zdravniške zbornice Slovenije prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med., je ob tej priložnosti poudarila, da so politiki podcenili vse zaposlene v državi, najbolj pa zdravnike; na takšno enotnost niso računali. »Ugotovili smo, da lahko zdravniki temeljni nosilci zdravstvene dejavnosti, ki zagotavljajo zaposlitev še osmim do desetim drugim zdravstvenim delavcem, sodelavcem in drugim zaposlenim. Pokazali smo, da smo preobremenjeni, podhranjeni in podcenjeni, čeprav edini lahko zagotovimo stroškovno vzdržan, učinkovit in za bolnike kakovosten zdravstveni sistem.«

Podobnega mnenja je bil tudi predsednik Slovenskega zdravniškega društva prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med., ki je menil, da je sporazum posledica sindikalnega pristopa z modrostjo in odločenostjo, da mora vlada vrniti, kar je vzela. Poudaril je, da je zmagala enotnost zdravništva z množično udeležbo. Podoben pristop je zato potrebno ubrati tudi pri standardih in normativih, projektu, ki je pred nami.

Kaj prinaša sporazum med Fidesom in Ministrstvom za zdravje?

Sporazum omogoča, da se bo zagotavljanje nujne medicinske oziroma zdravniške pomoči v okviru **polnega delovnega časa** izvajalo v **doseženem plačnem razredu zdravnika**. Zdravniku, ki opravlja neprekinjeno nujno medicinsko oziroma zdravniško pomoč v okviru polnega delovnega časa, se lahko izplača dodatek za povečan obseg dela, kar je še zlasti pomembno za primarni nivo.

Nadalje sporazum omogoča, da se bo zagotavljanje neprekinjene nujne medicinske oziroma zdravniške pomoči v obliki dela **preko polnega delovnega časa** opravljal v **doseženem plačnem razredu zdravnika**.

Zagotavljanje neprekinjene nujne medicinske oziroma zdravniške pomoči, kadar se ta izvaja v obliki **dežurstva**, se bo opravljal v plačnem razredu, v katerega bo uvrščeno delovno mesto, na katerem se opravlja dežurstvo, kar bo morda priložnost za mlade zdravnike. Zdravnika bo mogoče na dežurno delovno mesto razporediti le z njegovim pisnim soglasjem.

Neprekinjeno nujno medicinsko oziroma zdravniško pomoč bo mogoče opravljati tudi na podlagi **podjemnih pogodb** ali drugih **pogodb civilnega prava**.

Ministrstvo bo organizacijo neprekinjenega zdravstvenega varstva uredilo s **podzakonskim aktom, tj. s pravilnikom**. Pri oblikovanju mreže bosta sodelovala tudi zdravstveni svet in Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije.

Ministrstvo za zdravje in Fides bosta preučila določila kolektivne pogodbe in preverila možnosti, da se v kolektivni pogodbi uredi pogoje za ustrežnejše in učinkovitejše izvajanje zdravstvene dejavnosti.

Ministrstvo za zdravje in Fides bosta do 1. oktobra 2010 proučila morebitne posledice uveljavitve novele ZSPJS-N na osnovno plačo in oblikovala pobudo za spremembo ZSPJS v primeru, da take anomalije obstajajo.

Ministrstvo za zdravje in Fides ugotavlja, da so z uveljavitvijo tega sporazuma okoliščine, ki so pripeljale do umika soglasij zdravnikov za dodatno delo preko polnega delovnega časa, odpravljene. Zato predlaga ta zdravnikom, da ob uveljavitvi tega sporazuma umaknejo preklic soglasij za dodatno delo preko polnega delovnega časa. Na spletni strani Fidesa (<http://www.fides-si.org/pdf/obrazec-soglasje-10-september-2010.doc>) je objavljena izjava o soglasju za nepretrgano, nadurno oziroma nočno delo, ki jo je pripravila njihova pravna služba. Izjava o ponovnem soglasju je dokument, ki ga zdravnik odda delodajalcu. Kot poudarjajo v Fidesu, je zato bolje, da zdravnik izpolni in odda njihov obrazec, saj pri sestavi obrazcev, ki jih zdravnikom ponujajo njihovi delodajalci, namreč Fides ni sodeloval.

Delegati izredne skupščine so s 77 glasovi za in 3 glasovi proti sporazum potrdili, s čimer je ta tudi stopil v veljavo.

Sporazum med Ministrstvom za zdravje in zdravniškim sindikatom Fides je dosegljiv na naslednji spletni strani: <http://www.fides-si.org/pdf/sporazum-9-sept-2010.pdf>.

Odbor za strokovno-medicinska vprašanja celjski primer predal tožilcu zbornice

Odbor za strokovno-medicinska vprašanja pri Zdravniški zbornici Slovenije je na svoji seji obravnaval dopolnjeno mnenje nadzorne komisije, ki je opravila izredni ekspertni nadzor z mnenjem v primeru zdravniške obravnave 35-letnega pacienta, ki je po operaciji marca letos umrl v Splošni bolnišnici Celje. Člani odbora so glede na ugotovitve izvedenega internega in eksternega nadzora sklenili primer predati v presojo tožilcu Zdravniške zbornice Slovenije.

Odbor za strokovno-medicinska vprašanja je temeljito preučil celotno dokumentacijo omenjenega primera ter ugotovil, da je bila

prvotna izbira operacijske metode pravilna, vendar pa kasneje kirurg pri laparoskopsko spoznanem zapletu ni spremenil tehnike operacije. Člani odbora so se tudi strinjali, da pooperativna obravnava bolnika ni bila optimalna. Niso pa mogli v celoti pojasniti vzroka za ishemične spremembe in potrebe po resekciji pri drugi operaciji.

Zato je odbor glede na ugotovitve obeh strokovnih nadzorov in lastne ugotovitve primer predal v presojo tožilcu Zdravniške zbornice Slovenije.

Javni iskalnik zdravnikov – ažuriranje podatkov

Večje število članov se je obrnilo na Zdravniško zbornico Slovenije in pohvalilo najnovejšo spletno aplikacijo *Javni iskalnik zdravnikov*, ki je na voljo na naših spletnih straneh. Z njeno pomočjo lahko vsakdo preveri, ali ima določen zdravnik oziroma zobozdravnik veljavno licenco.

Podatki v omenjeni aplikaciji se osvežujejo dvakrat dnevno in se črpajo iz registra zdravnikov, ki ga Zdravniška zbornica Slovenije vodi na podlagi javnega pooblastila. Nekaj članic in članov pa nas je tudi obvestilo, da njihovi podatki, ki jih izpiše spletna aplikacija, niso pravilni oziroma so pomanjkljivi. Poudariti želimo, da se uporabniku aplikacije izpišejo tisti podatki, ki so v bazi registra zdravnikov, do nepopolnih podatkov pa lahko pride, če posameznik njihove spremembe ni sporočil zbornici. Vsak član Zdravniške zbornice Slovenije je namreč o vsaki spremembi pogojev, ki so bili podlaga za izdajo odločbe o vpisu v register zdravnikov, dolžan obvestiti Zdravniško zbornico Slovenije ob nastanku oziroma najkasneje v roku 30 dni po spremembi. Če namreč na zbornici o spremembi nismo obveščeni, je tudi ne moremo vnesti v register. Zato vas prosimo, da pregledate svoje podatke in nam spremembe tudi sporočite. Le tako bomo uporabnikom spletne aplikacije lahko zagotovili verodostojno informacijo.

Ob tej priložnosti pa vas želimo tudi obvestiti, da v sklopu intranetnega portala uspešno deluje povezava s podatkovnimi bazami zbornice, s čimer vam je preko spletnega portala omogočen dostop do večine

informacij, ki jih vodimo o članstvu (npr.: osebni podatki, izobrazba, licence, kreditne točke, zaposlitev, zasebnost, funkcije v zbornici itn.). Ažurno lahko spremljate tudi stanje kreditnih točk za podaljšanje licence in zagotovitev statusa glavnega mentorja. Nekatere podatke pa lahko spreminjate tudi sami v rubriki »Moji podatki«.

Pravilnik o najdaljših čakalnih dobah

Začel je veljati *Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah in o načinu vodenja čakalnih seznamov* (Ur. list RS, št. 63/2010), ki je dosegljiv na: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=99424>. Pravilnik želi urediti različne čakalne sezname za bolnike z različno strokovno stopnjo prioritete. V proces priprave pravilnika se je v postopku javne razprave vključila tudi Zdravniška zbornica Slovenije. Kljub temu, da smo uspeli precej nadgraditi prvoten predlog ministrstva, pa je ta ignoriral nekaj opozoril Zdravniške zbornice Slovenije, zaradi katerih lahko pride do zapletov pri urejanju čakalnih vrst in do tega, da bo imel proces nastajanja čakalnih vrst prednost pred strokovnimi razlogi za uvrščanje bolnikov na prednostni seznam. Zato želimo članice in člane seznaniti s podrobnostmi, ki bodo izničile dober namen pravilnika. **Hkrati pa pozivamo zdravnike, da se pravilnika vsebinsko držijo in s tem ne izpostavljajo sebe in kolegov v neprijeten položaj zaradi morebitnih pritožnih postopkov, ki bi jih proti zdravnikom sprožili bolniki.**

Tretji odstavek 3. člena: Zdravstvena storitev, ki je označena s stopnjo nujnosti »nujno«, se izvede takoj oziroma najkasneje v 24 urah in ni predmet čakalne dobe oziroma čakalnega seznama. Zdravniška zbornica Slovenije je vztrajala na dopolnilu tega člena, da se storitev »nujno« izvede v urgentnih ambulantah. S tem smo se želeli izogniti strokovno nevarnim napotitvam, ko se bolnika z akutnim ogrožajočim stanjem napoti v najbližjo specialistično ambulanto (ki morda ni opremljena za reševanje urgentnih stanj), namesto v ambulanto, ki je opremljena za reševanje urgentnih stanj. Zato pozivamo zdravnike, da »nujno« bolnike napotujejo le v urgentne ambulante. Bolnišnice pa pozivamo, da opredelijo in

objavijo, kje so lokacije ambulant, v katere se napotuje »nujne« paciente.

4. člen: Strokovne kriterije razvrščanja v posamezno stopnjo nujnosti iz drugega odstavka prejšnjega člena pripravijo posamezni razširjeni strokovni kolegiji. Tu je treba poudariti, da je pravilnik začel veljati kljub temu, da dokument, ki opredeljuje kriterije za prednostne preglede, še ni narejen. Pozivamo zdravnike, da pri napotovanju s stopnjo »hitro« upoštevajo že izdelane strokovne smernice za posamezna področja, za katera so ta navodila že oblikovana in objavljena v strokovnih dokumentih.

Prvi odstavek 5. člena: Stopnjo nujnosti zdravstvene storitve v posameznem primeru določi zdravnik, ki pacienta napoti na zdravstveno storitev na podlagi uveljavljenih sodobnih medicinskih smernic in priporočil, strokovnih standardov in dobre prakse ter v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice. Stopnja nujnosti se označi z ustrezno napotnico. Ta člen bi se dalo razumeti, da za uvrstitev na prednostno listo zdravniku, ki bolnika napotuje, ni potrebno utemeljiti razloga, zaradi katerega bolnik potrebuje prednostno obravnavo, ampak zadostuje le pripis »nujno« ali »hitro«. Zdravnike pozivamo, da na napotnici navedejo kriterij, zaradi katerega so priporočili napotitev na prednostni pregled.

Članicam in članom tudi svetujemo, da se dosledno držijo 10. člena, ki opredeljuje, da se pacienta v čakalni seznam uvrsti šele takrat, ko izvajalcu dostavi izvirnik napotnice.

List zdravnika specializanta – ponovno obvestilo za specializante in njihove mentorje

Želeli bi vas opozoriti na določila Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov (Uradni list RS, št. 22/09 in 42/09–popravek), ki v poglavju o listu zdravnika specializanta pravi: »Opravljanje posameznih delov programa specializacije in posegov se v času specializacije potrjuje v listu zdravnika specializanta. To je dokument, v katerem mentorji potrjujejo, da je specializant opravil

predpisani del programa tako, da je pridobil ustrezno znanje, izkušnje in veščine.«

Nadalje v poglavju o samostojnosti in odgovornosti pri delu navaja: »Specializant lahko v času specializacije samostojno opravlja tista dela in storitve, za katere je usposobljen z dotlej pridobljeno formalno izobrazbo (zaključen študij s strokovnim izpitom, opravljen sekundarijat, opravljena druga specializacija), druge storitve s področja sedanje specializacije pa le po predhodnem pisnem pooblastilu ali pod neposrednim nadzorom mentorja.

Specializant lahko med specializacijo samostojno opravlja tista dela in storitve, za katere je pridobil ustrezno znanje, izkušnje in veščine, kar s podpisom potrdi mentor na listu specializanta. Specializant je odgovoren za opravljanje teh del in storitev.«

Pozivamo vas, da v list zdravnika specializanta dosledno beležite vsa opravljena kroženja in vse posege. V primeru, da želite dodatna pojasnila glede vpisovanja, vas prosimo, da se obrnete na Oddelek za usposabljanje in strokovni nadzor Zdravniške zbornice Slovenije (e-pošta: specializacije@zzs-mcs.si).

Dežuranje specializantov – odgovori na najpogostejša vprašanja

Zaradi vse pogostejših vprašanj glede dežuranja specializantov, kritja stroškov njihovega dežuranja ter načina vključevanja v dežurno službo smo na Zdravniški zbornici Slovenije pripravili odgovore na najbolj aktualna in pereča vprašanja.

1. Kje specializant dežura?

Glede na določilo zadnjega odstavka 23. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06–UPB-3, 15/08 in 58/08), ki pravi: »V času kroženja pri pooblaščenem izvajalcu specializant do delodajalca nima nobenih delovnih obveznosti, ohrani pa vse pravice iz delovnega razmerja,« **specializant dežura v ustanovi, v katero je trenutno razporejen na kroženje.**

2. Kdo plačuje dežurstvo specializanta?

Na sestanku za letni načrt (prisotni: državni sekretar dr. Ivan Eržen, Tina Jamšek

(Ministrstvo za zdravje), Sladjana Jelisavčić (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije), doc. dr. Zlatko Fras, dr. med., Nika Sokolič, Tina Šapec (Zdravniška zbornica Slovenije) je bil sprejet sklep, da **dežurstva specializantov plača ustanova, kjer specializant dežura**.

Ob tej priložnosti je predstavnica Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) pojasnila, da vsi javni zdravstveni zavodi s strani ZZZS dobivajo posebna sredstva za dežurstva, zato bi financiranje dežurstev za specializante preko letnega načrta pomenilo, da ZZZS isto storitev plača dvakrat.

Na podlagi tega sklepa je bil 19. 1. 2010 na Zdravniški zbornici Slovenije sestanek s predstavniki Ministrstva za zdravje in sprejeta sta bila naslednja sklepa:

- **Usposabljanje specializanta za opravljanje dežurne službe** se ne plačuje kot opravljanje dežurne službe, temveč se ureja s prerezporejanjem delovnega časa, po možnosti na tedenski, obvezno pa na mesečni ravni. Za čas, ko dela ponoči, specializantu pripada dodatek za nočno delo. To usposabljanje poteka tri mesece, štirikrat mesečno pod nadzorom specialista, kot ga določa drugi odstavek 39. člena Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov (Uradni list RS, št. 22/09, 42/09–popravek in 22/10) v okviru polnega delovnega časa.
- **Opravljanje dežurne službe specializantov** plača pooblaščen ustanova, kjer je specializant na usposabljanju in kjer dejansko opravlja dežurno službo (na podlagi podjemne pogodbe, pogodbe o zaposlitvi za dopolnilno delo...). Skladno z določilom tretjega odstavka 39. člena Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov so se v dežurstvo dolžni vključevati vsi specializanti, če je izvajanje dežurstva na področju specializacije mogoče.

3. Ali so se vsi specializanti dolžni vključevati v dežurno službo?

Kot je navedeno že v odgovoru na prejšnje vprašanje, je opravljanje dežurne službe nujen pogoj, da specializant lahko opravi program specializacije, in so se zato v dežurstvo dolžni vključevati vsi specializanti, če

je izvajanje dežurstva na področju specializacije mogoče. Pravilnik o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov v 39. členu določa: »V dežurstvo so se dolžni vključevati vsi specializanti, če je izvajanje dežurstva na področju specializacije mogoče. Specializanti, katerih vsebina specializacije ne vsebuje opredeljene kvote vključevanja v dežurstvo, so se dolžni med opravljanjem specializacije vključiti v izvajanje dežurstva **najmanj dvakrat mesečno oziroma skupno najmanj šestintridesetkrat letno**. Specializant, tuj državljan z delovnim dovoljenjem, dežura pri svojem delodajalcu.«

4. Kaj če specializant to odkloni oziroma enostavno ne pride v službo, ko je razporejen v dežurstvo?

Specializant nima pravice odkloniti opravljanja dežurne službe, saj je skladno s Pravilnikom o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov to njegova dolžnost (izjema velja za starše z otroki do treh let oziroma sedem let, če gre za starša samohranilca, ki jim to možnost daje delovna zakonodaja). V kolikor pa specializant brez opravičljivih razlogov ne opravlja svojih obveznosti po programu specializacije, mora glavni mentor, skladno z določili 43. člena omenjenega pravilnika in po predhodnem pisnem opozorilu specializanta, zbornici predlagati **trajno prenehanje specializacije**. Prav tako pa neizpolnjevanje delovnih obveznosti pomeni kršitev delovnih obveznosti specializanta, za kar je le-ta tudi **disciplinsko odgovoren**.

Podatki o številu zdravnikov in projekcija za prihodnjih pet let

Zdravniška zbornica Slovenije je na njegovo prošnjo Ministrstvu za zdravje posredovala podatke o številu zdravnikov ter predvidenem povečanju števila zdravnikov v naslednjih letih. Trenutno je v Sloveniji aktivnih 5.305 zdravnikov, od tega jih v javni zdravstveni mreži dela 5.249 (sem so všeti specialisti, specializanti, splošni zdravniki brez specializacije in pripravniki).

Ocenjeno število aktivnih zdravnikov v naslednjih petih letih, glede na podatke, s katerimi razpolagamo, je: 2011: **5.394**,

2012: **5.516**, 2013: **5.630**, 2014: **5.726**, 2015: **5.814**.

Ocenjeno število zdravnikov v javni zdravstveni mreži v naslednjih petih letih, glede na podatke, s katerimi razpolagamo, je: 2011: **5.336**, 2012: **5.456**, 2013: **5.568**, 2014: **5.661**, 2015: **5.747**.

Ocena števila zdravnikov za prihodnjih pet let je bila narejena na naslednjih predpostavkah:

- **Upokojitve:** pri upokojitvah smo upoštevali upokojevanje žensk pri 61 letih, moških pa pri 65 letih. Takšno upokojevanje nam kažejo podatki iz registra zdravnikov.
- **Diplomanti:** upoštevali smo, da bo število diplomantov naraščalo v enakem trendu, kot je naraščal vpis. Število vključenih diplomantov smo zmanjšali za odstotek zdravnikov, ki po podatkih registra zdravnikov niso zaposleni kot zdravniki.
- **Tujci:** upoštevali smo vključevanje zdravnikov, ki so diplomirali v tujini. Vzeli smo povprečje obdobja 2005–2009.
- **Zdravniki, ki ne opravljajo zdravniškega poklica:** upoštevali smo enak delež zdravnikov, ki ne delajo v javni zdravstveni mreži ali kot aktivni zdravniki, kot je bilo povprečje zadnjih petih let.

Pri tem je pomembno poudariti, da ima Zdravniška zbornica Slovenije kot stanovska organizacija vseskozi najbolj natančne podatke o številu zdravnikov in zobozdravnikov ter o njihovem gibanju. Podatke črpamo neposredno iz registra zdravnikov, obdelujejo pa jih v oddelku za zdravstveno ekonomiko, plan in analize. Tako se na zbornico pogosto obračajo z Ministrstva za zdravje, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, mediji ter tudi druge institucije ali posamezniki s prošnjo po posredovanju podatkov. Pogosto je treba pred pošiljanjem podatke tudi analizirati in obdelati. Zato nikakor ni zanemarljivo, da tudi različne uradne analize uradnih institucij temeljijo na podatkih Zdravniške zbornice Slovenije, ki s tem pridobivajo še večjo verodostojnost, hkrati pa je to tudi neposredno priznanje zbornici.

Izvolitve v nazive visokošolskih učiteljev in visokošolskih sodelavcev na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru

Na seji senata MF UM dne 25. 1. 2010 sta bila izvoljena v naziv:

- asist. **Željko Perdija**, dr. med., ponovno v naziv asistent za predmetno področje interna medicina
- asist. mag. **Damijan Vokač**, dr. med., ponovno v naziv asistent za predmetno področje interna medicina

Na seji senata MF UM dne 1. 3. 2010 so bili izvoljeni v naziv:

- **Daniel Korenjak**, dr. med., v naziv asistent za predmetno področje kirurgija
- **Marius Konstantin Rebek**, dr. med., v naziv asistent za predmetno področje kirurgija
- **Mihaela Pugelj**, dr. med., v naziv asistentka za predmetno področje družinska medicina
- dr. **Borut Gorišek**, dr. med., v naziv izredni profesor za predmetno področje ginekologija in porodništvo
- **Boris Onišak**, dr. med., v naziv asistent za predmetno področje otorinolaringologija
- **Mateja Grat**, dr. med., v naziv asistentka za predmetno področje interna medicina
- **Barbara Kovač Kovačič**, dr. med., v naziv učiteljica veščin za predmetno področje družinska medicina
- doc. dr. **Andrej Čretnik**, dr. med., v naziv izredni profesor za predmetno področje kirurgija
- dr. **Matej Kravos**, dr. med., v naziv docent za predmetno področje psihiatrija
- dr. **Gregor Rečnik**, dr. med., v naziv asistent za predmetno področje kirurgija
- mag. **Boštjan Lanišnik**, dr. med., v naziv asistent za predmetno področje otorinolaringologija
- **Lucija Gabršček**, dr. med., v naziv asistentka za predmetno področje interna medicina
- **Tijana Orešič Barač**, dr. med., v naziv asistentka za predmetno področje dermatovenerologija
- asist. **Ilonka Osrajnik**, dr. med., ponovno v naziv asistentka za predmetno področje interna medicina
- asist. **Dušanka Vidovič**, dr. med., ponovno v naziv asistentka za predmetno področje interna medicina
- asist. mag. **Matjaž Homšak**, dr. med., ponovno v naziv asistent za predmetno področje pediatrija
- asist. **Saša Reiner**, dr. med., ponovno v naziv asistent za predmetno področje radiologija

- **Lidija Kocbek**, dr. vet. med., ponovno v naziv asistentka za predmetno področje anatomija
- asist. dr. **Jurij Dolensek**, univ. dipl. biol., ponovno v naziv asistent za predmetno področje fiziologija

Na senatu MF UM dne 22. 3. 2010 so bili izvoljeni v naziv:

- asist. mag. **Peter Gradišnik**, dr. med., ponovno v naziv asistent za predmetno področje pediatrija
- asist. dr. **Tomaz Tomazič**, dr. med., ponovno v naziv asistent za predmetno področje kirurgija
- asist. dr. **Polonca Ferk**, mag. farm., ponovno v naziv asistentka za predmetno področje farmakologija s toksikologijo
- asist. **Miha Munda**, dr. vet. med., ponovno v naziv asistent za predmetno področje anatomija s histologijo

Na senatu MF UM dne 1. 4. 2010 sta bila izvoljena v naziv:

- dr. **Darja Arko**, dr. med., v naziv docentka za predmetno področje ginekologija in porodništvo
- **Aljaž Hojski**, dr. med., v naziv asistent za predmetno področje kirurgija

Na senatu MF UM dne 19. 4. 2010 sta bila izvoljena v naziv:

- asist. **Rok Holnthaner**, univ. dipl. psih., ponovno v naziv asistent za predmetno področje medicinska psihologija
- asist. mag. **Martin Bigec**, dr. med., ponovno v naziv asistent za predmetno področje pediatrija

Na senatu MF UM dne 31. 5. 2010 so bili izvoljeni v naziv:

- **Matej Strnad**, dr. med., v naziv asistent za predmetno področje družinska medicina
- asist. mag. **Evgenija Homšak**, mag. farm., ponovno v naziv asistentka za predmetno področje klinična biokemija
- asist. **Maja Skerbinjek Kavalar**, dr. med., ponovno v naziv asistentka za predmetno področje pediatrija
- asist. **Davorin Čeranić**, dr. med., ponovno v naziv asistent za predmetno področje interna medicina
- asist. **Roman Košir**, dr. med., ponovno v naziv asistent za predmetno področje kirurgija

Na senatu Univerze v Mariboru dne 21. 6. 2010 sta bila izvoljena v naziv:

- izr. prof. dr. **Zmago Turk**, dr. med., v naziv redni profesor za predmetno področje fizikalna in rehabilitacijska medicina
- izr. prof. dr. **Breda Pečovnik Balon**, dr. med., v naziv redna profesorica za predmetno področje interna medicina

Na senatu MF UM dne 28. 6. 2010 so bili izvoljeni v naziv:

- doc. dr. **Anton Crnjac**, dr. med., v naziv izredni profesor za predmetno področje kirurgija
- asist. dr. **Breda Jesensek Papež**, dr. med., v naziv docentka za predmetno področje fizikalna in rehabilitacijska medicina
- mag. **Maksimiljan Gorenjak**, mag. farm., v naziv asistent za predmetno področje klinična biokemija
- **Franci Pavlovič**, dr. dent. med., v naziv asistent za predmetno področje maksilofacialna in oralna kirurgija
- **Petra Rogan**, prof. fizike, v naziv asistentka za predmetno področje biofizika
- izr. prof. dr. **Gregor Majdič**, dr. vet. med., v naziv izredni profesor za predmetno področje fiziologija
- **Rok Kokol**, dr. med., v naziv asistent za predmetno področje dermatovenerologija
- mag. **Mojca Čebulj**, dr. med., v naziv asistentka za predmetno področje ginekologija in porodništvo
- **Željka Koželj Rekanovič**, dr. med., v naziv asistentka za predmetno področje družinska medicina
- mag. **Ljubica Petković**, dr. med., v naziv asistentka za predmetno področje ginekologija in porodništvo
- **Aleksandra Dugonik**, dr. med., v naziv asistentka za predmetno področje dermatovenerologija
- mag. **Petra Klemen**, dr. med., v naziv asistentka za predmetno področje družinska medicina
- asist. mag. **Dejan Bratuš**, dr. med., ponovno v naziv asistent za predmetno področje kirurgija
- asist. **Vojislav Ivetič**, dr. med., ponovno v naziv asistent za predmetno področje družinska medicina
- asist. mag. **Robert Pogorevc**, dr. med., ponovno v naziv asistent za predmetno področje pediatrija
- asist. **Boris Pospihalj**, dr. med., ponovno v naziv asistent za predmetno področje patologija
- asist. **Janez Ravnik**, dr. med., ponovno v naziv asistent za predmetno področje kirurgija

Čestitamo!

Opravljene specialistični izpiti

Ana Debevc, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila s pohvalo 9. 7. 2010

mag. **Matej Delakorda**, dr. med., specialist otorinolaringologije, izpit opravil s pohvalo 17. 8. 2010

Maja Fortunat, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 30. 3. 2010

Ekaterina Genslitskaya, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila 20. 8. 2010

Aleksandra Haring, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 30. 3. 2010

Ali Akbar Hosseini, dr. med., specialist oftalmologije, izpit opravil 7. 7. 2010

Vesna Hrženjak, dr. med., specialistka javnega zdravja, izpit opravila s pohvalo 27. 7. 2010

Ana Jakopin, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 30. 3. 2010

asist. dr. **Mojca Jensterle Sever**, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila 15. 7. 2010

Edita Jusič, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila 19. 7. 2010

Uroš Kacjan, dr. med., specialist urologije, izpit opravil 23. 8. 2010

Tatjana Kitič, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila s pohvalo 30. 3. 2010

Alenka Klemenčič, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 30. 3. 2010

Robert Kordič, dr. med., specialist urologije, izpit opravil s pohvalo 5. 7. 2010

Vesna Lah, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 30. 3. 2010

Blanka Mahne, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila s pohvalo 29. 7. 2010

Tadeja Mantel Hauptman, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 30. 3. 2010

Helena Mikolavčič, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila s pohvalo 16. 7. 2010

asist. dr. **Maja Pavčnik Arnol**, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila s pohvalo 2. 7. 2010

mag. **Meta Penko**, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila s pohvalo 30. 7. 2010

Nikolina Rijavec, dr. med., specialistka psihiatrije, izpit opravila s pohvalo 25. 8. 2010

asist. **Mojca Rožič**, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila 27. 7. 2010

Mateja Škreblin Ulčar, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, izpit opravila 13. 7. 2010

asist. **Jure Volk**, dr. dent. med., specialist čeljustne in zobne ortopedije, izpit opravil 27. 7. 2010

Edith Žižek Sapač, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 30. 3. 2010

Čestitamo!

Prevedeno iz glasila Češke zdravniške zbornice

Hvala, odhajamo...

Na vse večji primanjkljaj zdravnikov in vzroke le-tega zbornica opozarja že vrsto let. Situacija je postopoma postala kritična.

Vsako leto odhaja delat v tujino okrog 250 zdravnikov, kar številčno predstavlja skoraj tretjino letnika, ki v državi diplomira. Ob tem število diplomantov medicinskih fakultet pada. Iz ekonomskih razlogov je poklic zdravnika čedalje manj privlačen za mlade moške in zato danes že dve tretjini študentov medicine predstavljajo ženske. Obratno pa sta celi dve tretjini odhajajočih zdravnikov moškega spola, polovico emigrantov pa predstavljajo najbolj kvalificirani zdravniki in zdravnice v starosti od 30 do 40 let, torej kolegi z najdaljšo strokovno prihodnostjo. Njihov odhod je za našo družbo največja izguba. Med odhajajočimi zdravniki prevladujejo zaposleni iz bolnišnic, in to predvsem anesteziologi, kirurgi in internisti.

Starost zaposlenih zdravnikov se povečuje, zagotavljanje zdravstvene oskrbe pa čedalje bolj prevzemajo na svoja pleča kolegi v dobi, ko naj bi bili že upokojeni. Bolnišnice zamenjajo potrebnih kvalificiranih zdravnikov. Zaradi razgradnje izobraževalnega sistema odhajajo tudi sveži diplomanti. Naše zdravstvo je tako vse bolj odvisno od dela tujcev, med katerimi poleg Slovakov prevladujejo kolegi iz dežel nekdanje Sovjetske zveze.

Večina politikov državljanom laže, da imajo zagotovljeno kakovostno zdravniško oskrbo. To žal danes pogosto ni več resnica. Kot uspeh ministrstvo prikazuje porast porabe dragih zdravil, »zalivanje denarja v beton« in nabavo novih aparatov. Komu mar, da pogosto ni nikogar, ki bi jih uporabljal. Nekatere bolnišnice so glede osebja tako na dnu, da se v njih ne bi pustil zdraviti nihče, ki bi bil seznanjen s stanjem. Politikov ne skrbi slabšanje dostopnosti in kakovosti zdravniške oskrbe. Zanašajo se na to, da pacient – volivec ne bo ničesar opazil.

Glede na kvalifikacijo zdravnika je zahtevek sindikatov, da se za redno delo zvišajo zdravniške plače na ena in pol- do trikratno vsoto povprečne plače, popolnoma upravičen in z malo dobre volje tudi izvedljiv. Presenetljivo je, da se tudi tisti politiki, ki so sicer zagovorniki tržnih načel, naenkrat čudijo, da se tudi zdravniki obnašajo tržno in odhajajo tja, kjer jih za zahtevno delo bolje plačajo. Nima smisla modrovati o tem, kako visoka plača bi bila v Češki republiki primerna za zdravnike. Vrednost blaga, storitev in na koncu človeškega dela je v tržni ekonomiji določena s ceno, za katero je eden pripravljen prodati, drug pa kupiti. Zdravnikov primanjkuje in bolnišnice brez njih ne morejo delovati. Če politiki ne želijo, da se zdravstvo popolnoma sesuje, bodo morali zdravnikom zagotoviti boljše plače.

Zdravniška zbornica zagotovo ne sme ignorirati interesov svojih 16.000 članov. Ne gre za vprašanje, ali bo protestno akcijo, razglašeno spomladi tega leta, podprla, temveč kako bo to storila. Zbornica je dolžna zastopati ne le pravice svojih članov, temveč tudi zagotavljati kakovost zdravniškega dela. Prav v

interesu varnosti bolnikov kličemo zdravnike k masovnemu dajanju odpovedi delovnega razmerja.

Upam, da se bo večina zdravnikov priključila akciji »Hvala, odhajamo«. To je namreč zadnja priložnost, da dosežemo potrebno spremembo. Razlog je enostaven. Dokler odhaja v tujino na desetine ali stotine zdravnikov, politikom uspeva pred ljudmi prikrivati problem razpadajočega zdravstva. Če bo na koncu leta dalo odpoved več tisoč zdravnikov, politikom problema ne bo uspelo pomesti pod preprogo in bodo morali izpolniti upravičene zahteve zdravnikov.

Na izboljšanje svojega ekonomskega položaja večina bolnišničnih zdravnikov zamenjajo čaka že dvajset let. Tako dolgo politiki razpravljajo o načrtih in nam obljublajo boljši jutri pod pogojem, da bomo brez pregovarjanja delali in krivili hrbet. Zahvaljujoč naši uslužnosti in naivnosti je danes večina bolnikov zadovoljna, naša finančna situacija pa jih ne zanima. Ideja, da bo kakšen politik prostovoljno reformiral zdravstvo tako, da bi bilo nam zdravnikom bolje, in s tem tvegalo nejevoljo volivcev, je neumna, saj se za isti denar poteguje močan lobi farmacevtskih in gradbenih podjetij. Politiki nas bodo zagotovo, kot že velikokrat prej, pozivali k odgovornosti. Pa vendar, ekonomskih problemov države nismo povzročili zdravniki, temveč neodgovorni in skorumpirani politiki. Prav zanima me, koliko naivnežev bo v naših vrstah spet uslišalo njihove pozive, da moramo mi državljanji prihraniti denar, da bi lahko oni v miru reformirali in kradli. Predlagam, da tokrat zdravniki ravnamo obratno. Najprej nas plačajte, da ne bomo bežali, nato pa lahko z nami razpravljate o načrtih in reformah,

TEMPLUS MEDICORUM

CASOPIS ČESKÉ LÉKÁRSKÉ KOMORY 6/2010



V TOMTO ČÍSLE

Nedostatek lékařů ohrožuje kvalitu a dostupnost zdravotní péče

Syndrom vyhoření u lékařů

Kam míří peníze ve zdravotnictví?

ČLK podporuje nemocniční lékaře

Děkujeme, odcházejme

Jak to bylo v karlovarské nemocnici

PLUS

EDUKAFARM

medimews

RECENZE

Farmakoterapeutické informace SOKLU

Léčba polyneuropatií

Nimodulin – zmišně v používání na lék druhé volby

Fluoreten a riziko vrozených onemocnění

SSRI, venlafaxin, mirtazapin a zvýšené riziko vzniku perzistentní zácpy hypertermie u nemocniční péči

Zvýšené riziko fraktur kostí ve spánení s užíváním některých antidepresiv

Zde odpovídá český lékař, který trpělivě a marně čekal, až se mu po nějaké reformě zdravotnictví zvýší plat.

Čest jeho památce
Spokojení pacienti

SAFRAN Positive Libido

Podporovatelská a evropská • Průběžně aktualizovaný • Zlepšení psychických podmínek

kolikor želite. Mogoče bomo takrat res dočakali neka-
kšno smiselno reformo. Obratni pristop namreč doslej
ni peljal nikamor.

In da je zdravstvo politična zadeva? Res je. Nihče
razen politikov ne bo odločal o zdravstvu. Za to so
volitve in za to politike plačamo. Vsi politiki imajo
enako priložnost, da nam pomagajo. Nikogar ne za-
vračamo, nikomur ne dajemo prednosti. Je popolnoma

nepomembno, kateri od politikov bo razrešil ta najbolj
pereči problem češkega zdravstva. Tisti, ki mu bo to
uspelo, ne more izgubiti.

Milan Kubek, predsednik Češke zdravniške zbornice

Op. prev.: Doslej je najavilo odpoved 2500 zdravnikov.

Vir: Tempus Medicorum, št. 6/2010

Prevod: Jiri Hollan

Stavka zdravnikov v Nemčiji

V mnogih bolnišnicah v Nemčiji so v zadnjih tednih
stavkali zdravniki, ki se bojujejo za več denarja ter
za boljše delovne razmere. Za uvod v pobudo, ki je
organizatorji niso časovno omejili, se približno 15.000
zdravnikov v 200 klinikah ni pojavilo na svojih delov-
nih mestih. Njihovo zastopstvo, t. i. *Marbuger Bund*
(Zveza iz Marburga, op. prev.) za 55.000 zdravnikov,
ki delajo v okoli 700 bolnišnicah, zahteva 5 odstotkov

več denarja za prejemke. Delodajalci so nazadnje
ponudili 2,9 odstotka več denarja za 33 mesecev ob
večjem povračilu za stanje pripravljenosti. V Hambur-
gu in Berlinu pa stavke ni bilo. Tam so se o tarifnih
postavkah že dogovorili.

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 11, 10. junij
2010

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Brez pogodbe s SVA

Predlogi so bili nesprejemljivi

Pogajanja so postajala vse bolj mrzlična. Günther
Wawrowsky, predsednik kurije (odbora) koncesionar-
jev pri ÖÄK in Arthur Wechselberger, podpredsednik
ÖÄK, ter Christoph Leitl, šef SVA, so se v zadnjih
majskih dneh pogajali celo ponoči. Wawrowsky je go-
voril o »intenzivnem ter stvarnem« pogajalskem ozrač-
ju, Wechselberger pa je omenjal pogovore, ki »terjajo
zaupanje«. Walter Dorner, predsednik ÖÄK, se je kot
vedno označeval kot »pripravljen za pogovore«.

Še 31. maja je potekalo intenzivno dogovarjanje
med zastopniki ÖÄK (*Österreichische Ärztekammer*,

Avstrijska zdravniška zbornica) in SVA (*Sozialversi-
cherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft*, ta ustanova
je pristojna za bolniško in pokojninsko zavarovanje
samostojnih podjetnikov), pa vendar brez uspeha.
Predlogi, ki jih je v zadnjih trenutkih pripravila SVA,
so bili za ÖÄK nesprejemljivi. Od 1. junija dalje velja
obdobje brez pogodbe.

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 11, 10. junij
2010

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Prejemki 2010

Skupina prejemkov A₁: Univerzitetne profesorice in
univerzitetni profesorji, postavljeni (oz. nastavljeni, op.
prev.) na temelju §§ 98, 99, UG 2002:

od 1. do 6. leta	4403,60 EUR
od 7. leta dalje	4843,60 EUR
od 13. leta dalje	5283,50 EUR
od 19. leta dalje	5723,50 EUR
od 25. leta dalje	6163,40 EUR

Skupina prejemkov A₂: Zdravnice in zdravniki
s specialistično izobrazbo, v kolikor je bil z njimi
dosežen dogovor o kvalifikaciji na temelju § 46 KollIV
(kolektivne pogodbe):

bruto prejemek	3303,70 EUR
bruto prejemek po zadevnem dokto- ratu ali PhD	3853,60 EUR

po izpolnitvi kvalifikacijskega dogovora	4183,60 EUR
po 7. letu kot asociiran(a) profesor(ica)	4623,60 EUR
po 13. letu	5063,50 EUR
po 19. letu	5503,50 EUR
po 25. letu	5943,50 EUR

Dodatek za službo pripravljenosti (v avstrijski nemščini: *Journaldienst*)

od ponedeljka do sobote, za vsako uro od 6.00 do 22.00	23,60 EUR
od ponedeljka do sobote, za vsako uro od 22.00 do 6.00	31,50 EUR
nedelja in prazniki za vsako uro od 1. do 8. ure pripravljenosti	31,50 EUR
nedelja in prazniki za vsako uro od 9. ure pripravljenosti	7,40 EUR

Ostali, nadvse zanimivi denarni podatki so bralcu na voljo v izvirnem izvodu revije.

Vir: Aerzte, julij/avgust 2010

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Gehälter 2010

Dieses Gehaltschema gilt für das wissenschaftliche und künstlerische Universitätspersonal laut § 49 des Kollektivvertrags für die Arbeitnehmerinnen der Universitäten (in Folge KoIV) und richtet sich in der Einteilung der Verwendungsgruppen nach den §§ 66 ff KoIV.

GEHALTSGRUPPE A 1		Journaldienstzulage	
A1 - Universitätsprofessorinnen und Universitätsprofessoren, die aufgrund eines Berufungsverfahrens (§§ 98, 99 BG 2002) bestellt wurden		Für die Leistung von Bereitschaftsdiensten gemäß folgender Abfertigung, soweit für diese Zeiten nicht die Abfertigung durch Zeitausgleich erfolgt:	
	Euro		Euro
1. bis 6. Jahr	4.403,60	1. Montag bis Samstag für jede Journaldienststunde zwischen 6 und 22 Uhr	23,60
ab dem 7. Jahr	4.843,60	2. Montag bis Samstag für jede Journaldienststunde zwischen 22 und 6 Uhr	31,50
ab dem 13. Jahr	5.283,50	3. Sonn- und Feiertage für jede der ersten bis achten Journaldienststunde	31,50
ab dem 19. Jahr	5.723,50	4. Sonn- und Feiertage für jede ab der neunten Journaldienststunde	47,40
ab dem 25. Jahr	6.163,40		

Korupcija v hrvaškem zdravstvu

Korupcija je v najširšem smislu vsaka zloraba oblasti zaradi osebne ali javne koristi, a korumpirana oseba je tista pooblaščenca oseba, ki zaradi osebne ali koristi skupine, ki ji pripada, zanemari skupni interes, ki bi ga morala ščititi, ozirajoč se na zakone, položaj in pooblastila, ki so ji dani. To je le del zapletene definicije, ki jo je na simpoziju o korupciji dal predsednik Hrvaške zdravniške zbornice prim. dr. Hrvoje Minigo. Zbornica je organizirala v Motovunu »poletno šolo za napredek zdravja«, ki je imela le eno temo: korupcija v zdravstvu. Med referenti so bili zdravniki, pravniki, novinarji, socialni delavci, organizatorji zdravstva, na okrogli mizi pa je sodeloval celo predsednik republike dr. Ivo Josipović.

Quod capita, tot sententiae. Že o definiciji, kaj je korupcija, je bilo porabljenih mnogo besed in izrečenih mnogo različnih mnenj. V nasprotju z zgoraj citirano praviško definicijo predsednika zbornice so se bolj pragmatično nastrojani razpravljavci zavzemali, da je »korupcija dejanje, pri katerem se zahteva plačilo za uslugo, ki je sicer zajamčena po zakonu«. Drugo vprašanje je bilo, kaj predstavljajo darila, kot so na primer steklenica viskija, 200 gramov kave ali v Dalmaciji nekoč (in menda še danes) tradicionalni cel pršut, in ali je to še »družbeno sprejemljiv način zahvale«. Po kodeksu medicinske etike in deontologije to ni in pomeni že koruptivno dejanje.

Predstavnik farmacevtske industrije je opozarjal na deklaracijo Evropske federacije farmacevtskih industrij in združenj (EFPIA) in Stalneга zbornice evropskih zdravnikov, ki na podlagi etičnih pravil farmacevtske industrije ureja »vse interakcije med

zdravniki in farmacevtsko industrijo na podlagi samoregulacije«, ki že sama po sebi izključuje vsako možnost korupcije. Sekretar Ministrstva za zdravje dr. Ante Zvonimir Golem je bil zelo jassen pri naštevanju vzrokov za koruptivnost, ki jih vidi v čakalnih vrstah, zaposlitvah in napredovanjih, javnih naročil, donacijah farmacevtske industrije, odnosih med javnim in zasebnim ter v ustanavljanju zasebnih zdravstvenih ustanov.

V zaključku je bilo poudarjeno, da korupcija v hrvaškem zdravstvu obstoja, da pa je »družbena percepcija razširjenosti« pretirana, o čemer priča majhno število prijav (le šest) in da je 17.000 zdravnikov in 30.000 medicinskih sester postalo talec enega ali dveh odstotkov korumpiranih zdravstvenih delavcev. Nekdo je še modro pristavil: Ozirom se na korupcijo na visokem nivoju, tam, kjer se sprejemajo odločitve.

Vir: Liječničke novine, 91, julij 2010

Prevedel in priredil: Boris Klun

The clipping is from the July 2010 issue of 'Liječničke novine' (Medical News), page 91. The main headline is 'Nastavimo borbu za ispravnu percepciju korupcije u zdravstvu' (We will continue the fight for a correct perception of corruption in healthcare). The text discusses the prevalence of corruption, mentioning the Ministry of Health's stance and the role of various stakeholders. A portrait of Ante Zvonimir Golem, the Secretary of the Ministry of Health, is included. The article also mentions a symposium on corruption in healthcare organized by the Croatian Medical Association.

Prvi zdravniki z mariborske medicinske fakultete

Od ustanovitve fakultete do prvih diplomantov in naprej

Ivan Krajnc

Na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru je prvih enajst diplomantov prejelo diplomske listine, ki jim jih je, kot se za tako pomemben dogodek spodobi, izročil predsednik Republike Slovenije, dr. Danilo Türk; med prvimi sta jim čestitala dekan Medicinske fakultete Univerze v Mariboru, prof. dr. Ivan Krajnc, in rektor Univerze v Mariboru, prof. dr. Ivan Rozman. Posebej toplo je novopečene mlade zdravnike pozdravil in jim izrekel dobrodošlico na njihovi zdravniški poti predsednik Evropske akademije znanosti in umetnosti in zaslužni gostujoči profesor Medicinske fakultete Univerze v Mariboru, prof. dr. Felix Unger. Martina Babič, dr. med., Uroš Bele, dr. med., Sabina Blažević, dr. med., Robi Kelc, dr. med., Gregor Kralj, dr. med., Urška Marolt, dr. med., Jakob Naranda, dr. med., Domen Slapnik, dr. med., Samir Šabić, dr. med., Tomislav Šarenac, dr. med., Sanja Vuzem, dr. med., so uspešno zaključili šestletni študij na drugi slovenski medicinski fakulteti, kar peterica med njimi si je znanje nabirala v tujini v okviru izmenjav.

Slovesnosti, ki je potekala v nabito polni Unionski dvorani v Mariboru, se je udeležilo veliko uglednih gostov, med katerimi velja posebej izpostaviti ob prej naštetih tudi ministra za zdravje, Dorjana Marušiča, ministra za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo, Gregorja Golobiča, predsednika Univerze v Novi Gorici, prof. dr. Danila Zavrtanika, prorektorico Univerze v Ljubljani, prof. dr. Julijano Kristl, prorektorja Medicinske univerze v Gradcu, prof. dr. Franza Reibnegerja, dekana Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, prof. dr. Dušana Šuputa, nekdanjo rektorico Univerze v Ljubljani, prof. dr. Andrejo Kocijančič, nekdanjega rektorja Univerze v Mariboru, prof. dr. Ludvika Toplaka, nekdanjega rektorja Univerze na Reki, akademika prof. dr. Daniela Rukavino, nekdanjega dekana Medicinske fakultete v Zagrebu in zaslužnega

gostujočega profesorja Medicinske fakultete Univerze v Mariboru, prof. dr. Zvonimirja Labarja, akademikinja in nekdanjo prorektorico, prof. dr. Zinko Zorko. Med uglednimi gosti so bili tudi zaslužni gostujoči profesorji Medicinske fakultete Univerze v Mariboru akademik prof. dr. Vinko Dolenc, akademik prof. dr. Matija Horvat, prof. dr. Stojan Plesničar. Podelitve prvih diplom so se udeležili še predstojnik Inštituta za anatomijo Medicinske univerze v Gradcu, prof. dr. Friedrich Anderhuber, predstojnik inštituta za patologijo Medicinske univerze v Innsbrucku, prof. dr. Gregor Mikuš, predstojnik interne klinike iz Gradca, prof. dr. Günter Krejs, predstojnik nefrološke klinike z Dunaja in donekdavni urednik revije Wiener klinische Wochenschrift, prof. dr. Wilfred Druml, predsednik združenja medicinskih šol in delovne skupine za akreditacijo in certifikacijo medicinskega študija z Medicinske univerze v Aachnu, prof. dr. Jerome Rotgans. Ne nazadnje se je prireditve udeležil aktualni župan Mestne občine Maribor, Franc Kangler, nekdanji župan Mestne občine Maribor in veleposlanik Republike Slovenije v Izraelu, Boris Sovič, številni poslanci Državnega zbora Republike Slovenije, častni občan mesta Maribora in nekdanji predsednik Odbora za visoko šolstvo, znanost in tehnološki razvoj, Rudolf Moge, aktualni predsednik Sveta za visoko šolstvo, mag. Franci Pivec, direktor Univerzitetnega kliničnega centra Maribor, Gregor Pivec s strokovno direktorico, doc. dr. Darjo Arko, direktor Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor, mag. Jernej Završnik, člani Konzorcija za zagotavljanje gmotnih sredstev za začetek delovanja Medicinske fakultete Univerze v Mariboru, zbor predavateljev in asistentov na fakulteti ter seveda starši in številni drugi, ki so v preteklih šestih letih budno spremljali razvoj mlade fakultete.



Diplomante je nagovoril dekan MF UM, prof. dr. Ivan Krajnc, za umetniško vzdušje je poskrbel Mešani akademski pevski zbor MF UM pod vodstvom Jakoba Zapuška.

Pot do ustanovitve Medicinske fakultete Univerze v Mariboru je bila dolga in ne prav preprosta – začetki segajo daleč v zgodovino, ko so jo s svojim dobrim kliničnim, raziskovalnim, pedagoškim in publicističnim delom začeli tlakovati ugledni strokovnjaki: prof. dr. Niko Jesenovec, prof. dr. Draga Černelč, prof. dr. Milan Černelč, prof. dr. Zora Janžekovič, prof. dr. Bojan Vrečer, prof. dr. Ivan Krampač. Na nadaljnji razvojni poti mariborske splošne bolnišnice, danes Univerzitetnega kliničnega centra Maribor, in naše fakultete nikakor ne moremo mimo prim. Rudija Turka, zasl. prof. dr. Viljema Brumca, prof. dr. Boga Skalickyja, prof. dr. Boruta Goriška, prof. dr. Edvarda Glaserja, prof. dr. Elka Borka, doc. dr. Alemke Saks, doc. dr. Antona Veingerla, doc. dr. Radovana Breznika, prim. Igorja Japlja, akad. prof. dr. Milka Bedjaniča, doc. dr. Janka Berčiča. Že leta 1960 so takratni slovenski vladi posredovali pobudo, da bi v Mariboru ustanovili medicinsko in stomatološko fakulteto. A čas še ni dozorel, ideja pa je ostala in akterji so jo postopno uresničevali. 26. decembra 1990 je Splošna bolnišnica Maribor postala učna bolnišnica Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, 8. oktobra 1996 pa je dobila prva dva klinična oddelka: Klinični oddelek za ginekologijo, ki ga je vodil prof. dr. Borut Gorišek, in Klinični oddelek za pediatrijo pod vodstvom prof. dr. Alojza Gregoriča. 30. decembra 1997 se jima je pridružil še Klinični oddelek za interno medicino pod vodstvom prof. dr. Ivana Krajncja. 20. marca 2007 so po uspešno izvedenih postopkih vsi ti oddelki dobili status klinik, pridružila pa se jim je tudi kirurgija, tedaj pod vodstvom prof. dr. Eldarja Gadžijeva. Splošna bolnišnica Maribor, ki je bila vse od 26. decembra 1990 učna bolnišnica Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, je z odlokom Vlade Republike Slovenije o spremembi naziva 17. aprila 2007 postala Univerzitetni klinični center Maribor.

Obe instituciji sta tesno in neločljivo povezani, saj je Univerzitetni klinični center Maribor nastal v sinergiji z Medicinsko fakulteto Univerze v Mariboru. Obe instituciji sta tudi zagotovili za dvig kakovostne ravni zdravstvene oskrbe v severovzhodni Sloveniji in tudi širše, hkrati pa sta nosilki nadaljnjega razvoja medicinske znanosti.

Naj spomnimo še na začetke ustanavljanja Medicinske fakultete Univerze v Mariboru. Kot je znano, so si naši predhodniki že v daljnih šestdesetih letih močno prizadevali za njeno ustanovitev, a tedaj za to še ni bilo ustreznih pogojev. Tudi zato so številni strokovnjaki v preteklosti zapustili Maribor in svojo nadaljnjo strokovno, raziskovalno in publicistično pot gradili v okviru Medicinske fakultete v Ljubljani (npr. akademik Milko Bedjanič, profesorja Draga in Peter Černelč). Dejstvo je, da projekt, kakršen je ustanavljanje fakultete, ne more nastati čez noč, a z načrtnim razvojem so trije poglaviti protagonisti uresničitve davne ideje: prof. dr. Ivan Krajnc, prim. Gregor Pivec in dr. Vojko Flis, začeli pripravljati projekt ustanovitve Medicinske fakultete Univerze v Mariboru. Ob njih se je oblikovala skupinica zanesenjakov, ki so verjeli v projekt in ga začeli uresničevati. Vedeli so, da želijo slovenski javnosti ponudi nov, sodoben in evropsko primerljiv študijski program. Teoretične podlage in številne dobre

nasvete so snovalci dobili na medicinskih fakultetah v Oulu na Finskem, Medicinski fakulteti Manchester iz Velike Britanije in na Medicinski fakulteti Harvard iz Združenih držav Amerike. Prizadevanja delovne skupine je odločno podprl tedanji rektor Univerze v Mariboru, prof. dr. Ludvik Toplak, in oblikoval posebno delovno skupino pod vodstvom prof. dr. Željka Kneza, ki je bil v tistem času prorektor za raziskovalno dejavnost Univerze v Mariboru. Elaborat skrbno pripravljenega projekta, preverjen in podprt s priporočili in dobrimi napotki številnih akademikov, je bilo treba materializirati. Imenovana komisija je preverila vse obstoječe laboratorijske zmogljivosti v okviru Univerze v Mariboru – za predkliniko so bili nastajajoči fakulteti tako na voljo dobro in sodobno opremljeni laboratoriji na tedanji Fakulteti za kmetijstvo (danes je to Fakulteta za biosistemske vede in kmetijstvo), Fakulteti za kemijo in na Pedagoški fakulteti.

Po potrditvi novega študijskega programa na Senatu Univerze v Mariboru ga je obravnavala Komisija za socialo in medicino pod vodstvom dolgoletne dekanke Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani in kasnejše rektorice Univerze v Ljubljani, prof. dr. Andreje Kocijančič. Gradivo je predsednica komisije skrbno in natančno proučila in si med drugim tudi ogledala razpoložljive možnosti za uspešno izvedbo študijskega programa. V prof. dr. Andreji Kocijančič smo imeli kompetentno, kritično in zahtevno sogovornico – zahvaljujoč takšni skrbni reviziji programa pri njegovi realizaciji v šestih letih nismo imeli nobenih težav!

Svet za visoko šolstvo je 11. aprila 2003 dal pozitivno mnenje k ustanovitvi novega visokošolskega zavoda – Medicinske fakultete Univerze v Mariboru.

Ob pregledu nastanka in razvoja Medicinske fakultete Univerze v Mariboru nikakor ne moremo mimo Konzorcija za zagotavljanje finančnih sredstev za izgradnjo Medicinske fakultete Univerze v Mariboru, ki sta ga ustanovili Splošna bolnišnica Maribor in Univerza v Mariboru. Leta 2002 namreč še nismo imeli rešitve za nekatere predklinične predmete: za anatomijo, fiziologijo, histologijo in sodno medicino, prav tako pa tudi ne razpoložljivih prostih sredstev. Upravni odbor Univerze v Mariboru je 6. avgusta 2003 imenoval Poslovodni odbor konzorcija, ki so ga sestavljali: prof. dr. Ivan Rozman, predsednik, Črtomir Mesarič, namestnik predsednika, ter člani: prim. Alojz Arko, Jernej Čokl, Aleš Mikeln, prim. Gregor Pivec, mag. Jože Protner, prof. dr. Dušan Radonjič, Žarko Rostohar, Boris Sovič in Bogdan Šavli. Nad prilivi in odlivi sredstev je skrbno bdel Tone Brumen. V okviru konzorcija je bilo v pičlih dveh letih zbranih 1,560.000,00 evrov sponzorskih in donatorskih sredstev, ki so jih prispevali gospodarski in negospodarski subjekti ter vse občine severovzhodne Slovenije. V največjem deležu je sredstva prispevala Mestna občina Maribor. Z zbranimi denarnimi sredstvi je bil zgrajen Inštitut za anatomijo, histologijo in embriologijo, Inštitut za fiziologijo in Inštitut za sodno medicino na Ljubljanski ulici 5. Prav tako smo lahko kupili vso potrebno infrastrukturo. Stavbo na Magdalenskem trgu 5 smo leta 2005 preuredili s sredstvi konzorcija in Ministrstva za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo. V zgradbi smo uredili Laboratorijski center z laboratoriji ter vajalnicami

za biokemijo, mikrobiologijo, biofiziko in biologijo celice. Obe zgrabi, tako za anatomski inštitut kot za laboratorijski center, je Medicinski fakulteti brezplačno odstopila Splošna bolnišnica Maribor (danes Univerzitetni klinični center Maribor).

Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru je bila ustanovljena 2. oktobra 2003, ko je Državni zbor Republike Slovenije z aklamacijjo sprejel odlok o njeni ustanovitvi. Poudariti je treba, da smo pri ustanavljanju fakultete imeli tudi popolno politično podporo pri vseh poslancih severovzhodne Slovenije, še zlasti pri tedanjem predsedniku Parlamentarnega odbora za šolstvo, Rudiju Mogetu, častnem občanu Mestne občine Maribor. Svet za visoko šolstvo Republike Slovenije je 3. decembra 2003 potrdil univerzitetni študijski program Splošna medicina na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru in z razpisom objavil tudi 80 vpisnih mest za prve študente v študijskem letu 2004/2005. Tako smo vpisali prvih 89 študentov, enajsterica med njimi je študij predčasno uspešno zaključila in prejela diplome.

Zahvalo za vso podporo, razumevanje in izpostavljanje za projekt ustanovitve druge slovenske medicinske fakultete si zaslužijo ugledni strokovnjaki, akademiki, med njimi naj posebej izpostavimo: prof. dr. Norberta Roewerja iz Würzburga, prof. dr. Stojana Plesničarja, prof. dr. Heikkija Ruskoahoja iz Oula na Finskem, prof. dr. Vinka Dolenca, prof. dr. Friedtricha Anderhuberja z Medicinske univerze v Gradcu v Avstriji, prof. dr. Felixa Ungerja, predsednika Evropske akademije znanosti in umetnosti, akademika prof. dr. Matijo Horvata, akademikinjo prof. dr. Zinko Zorko, akademika prof. dr. Danijela Rukavino, nekdanjega rektorja Univerze na Reki na Hrvaškem, prof. dr. Zvonimirja Labarja, nekdanjega dekana Medicinske fakultete v Zagrebu na Hrvaškem, prof. dr. Gregorja Mikuža z Medicinske fakultete v Innsbrucku v Avstriji, Nobelovega nagrajenca in častnega doktorja Univerze v Mariboru, prof. dr. Erwina Neherja z Inštituta Max Planck iz Göttingena v Nemčiji in ne nazadnje tudi prof. dr. Miha Žargija, nekdanjega dekana Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani.

Na tukajšnji fakulteti danes študira 558 študentov iz vseh krajev Slovenije in 20 študentov iz tujine; 55 jih je del študijskega procesa opravilo v tujini, nadaljnjih 90 jih bo sedlo v predavalnice prvega oktobra. Glede na pričakovanja ministra za zdravje in ministra za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo, da bi tudi na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru povečali vpis, bo verjetno treba o tem razmisliti že za prihodnje študijsko leto: v obstoječih prostorih, fakulteta gostuje namreč v prostorih Rektorata Univerze v Mariboru, bo to izjemno težko izvedljivo, zato pričakujemo, da se bo gradnja nove fakultete začela čim prej. Na fakulteti snujemo nadaljnje nove načrte, in sicer projekt mednarodne evalvacije dela na fakulteti po mednarodnih standardih, kar bo možno izpeljati zdaj, ko so prvi študentje zaključili študij. Prav tako bomo na fakulteti razvijali podiplomski študijski program Biomedicinska tehnologija, na katerem je doslej doktoriralo deset doktorjev znanosti, dodali še kakšnega, morda podiplomski študij javnega zdravja.

Na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru je opazna tudi raziskovalna in publicistična dejavnost: prav v prazničnih dneh je prišla iz tiska mariborska številka ugledne tuje revije z visokim indeksom citiranosti Wiener klinische Wochenschrift, v kateri je objavljenih 18 člankov sodelavcev Medicinske fakultete Univerze v Mariboru in Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. Številko sta uredila prof. dr. Dušica Pahor in prof. dr. Ivan Krajnc. Prav tako je še pred poletnimi počitnicami izšla nova številka revije Medicinske fakultete Univerze v Mariboru Acta medico-biotechnica, ki je začela izhajati leta 2008. Prve znanstvene objave pa v uglednih revijah beležijo tudi študenti te fakultete.

Študijski program Splošna medicina, ki so ga opravili prvi diplomanti in se je začel v študijskem letu 2004/2005, je trajal šest let oz. 12 semestrov s 5500 urami in je ovrednoten s 360 točkami. Njegova značilnost je kombinacija klasičnega tradicionalnega učnega programa in PBL-modulov (Problem based learning – na primerih temelječe učenje), omogoča več individualnosti, mednarodne izmenjave, horizontalno in vertikalno povezanost predmetov itd.

V študijskem letu 2009/2010 so na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru začeli izvajati spremenjen Enoviti magistrski študijski program Splošna medicina, ki prav tako traja šest let oz. 12 semestrov. Program ima 5775 ur teoretičnega in praktičnega študija in je ovrednoten s 360 ECTS, zanj pa je značilna tesna prepletenost predmetov, tako horizontalno znotraj posameznih letnikov kot vertikalno med letniki. Povezovalno vlogo imajo PBL-moduli, izbirne predmete vsebuje že v prvih dveh letnikih na ravni predklinike, od 3. do 6. letnika pa je povečan nabor izbirnih kliničnih predmetov. Študentje imajo na voljo skupaj kar 58 izbirnih predmetov, več je individualnega dela, manj predavanj, več seminarjev.

V prihodnosti razmišljamo tudi o uvedbi predhodnega individualnega pogovora s kandidati za vpis na medicino, glede na to, da je to vendarle izrazito naravosloven študij z izjemno humanistično usmerjenostjo. Ob ustreznih kompetencah za zdravljenje želimo, da imajo naši študentje in diplomanti tudi primeren odnos do bolnikov in kolegov, zato v program vključujemo tudi primerne vsebine.

Fakulteta je izjemno aktivna tudi na mednarodnem področju: doslej je podpisala 36 pogodb o sodelovanju, evropsko primerljiv študij pa omogoča izmenjavo profesorjev in študentov, tudi izmenjavo kultur, jezikov in prinaša številne prednosti, mladi diplomanti pa bodo odprti v evropski prostor.

Za konec naj zabeležimo še mnenje prodekana študenta, Kristijana Jejčiča, ki meni, da so prvi diplomanti Medicinske fakultete Univerze v Mariboru, ki so uspešno zaključili študij in katerim bodo sledili še drugi, zdravniki s srcem, ki so in bodo drugačni od trenutnega mnenja o zdravnikih v Sloveniji. Ena prvih diplomantk, Sanja Vuzem, pa je takole strnila še ne šestletno bivanje na fakulteti: »Pustili smo pečat naši fakulteti in kamorkoli gremo, ne smemo pozabiti, kdo smo, od kod prihajamo in komu je namenjen naš poklic – ljudem!«

Dosežen je bil sporazum med Fidesom in vlado, a grenak priokus ostaja. Sam ne bom dal ponovnega soglasja za dodatno nadurno delo!

Matej Svetec

Umik soglasja za nadurno delo ni stavka, pač pa uveljavljanje zakonske pravice, da rečemo »ja« svojemu prostemu času (kot vsak državljan RS) in se odrečemo izkoriščanju v javnozdravstvenem sektorju: razvrednotenju našega dela bi sledilo še zniževanje plač kljub sprejetim zakonom, ki si jih v naši državi lahko vsak razlaga po svoje.

Kljub predhodno ugotovljenemu pomanjkanju zdravnikov in opozorilom zdravniške stroke v zvezi s tem je vlada sklenila razvrednotiti zdravniško delo v najtežjih okoliščinah. Sledil je množičen in enoten umik zdravniških soglasij za nadurno delo, zdravstveni menedžment pa se je odločil, da preskusi delovni proces v obliki izmenskega dela in tako prihrani denar. A še preden se je ta neodgovorni vladno-menedžerski poskus pritiska na zdravništvo začel dobro izvajati, že sem zasledil v medijih, da so soglasje vrnilo posamezni zdravniki, ki niso mogli počakati na sporazum med Fidesom in vlado – sporazum, ki omogoča, da zdravniško delo ne bo razvrednoteno. Tako so se pridružili vsem tistim brez preklica soglasja za nadurno delo, ki so se že »a priori« počutili nepogrešljive oz. bogove v tem zdravstvenem sistemu.

Bog je, »boga« ni

Človek v življenju pridobi določene izkušnje in prav neverjetno je, koliko inteligentnih ljudi še misli, da so nepogrešljivi. Ali niste imeli nikoli priložnosti ozreti se nazaj in spoznati, da vas po vašem odhodu drugam že naslednji dan nihče ni kaj dosti pogrešal? Ali ste kdaj doživeli, da po upokojitvi dolgoletnega sodelavca naslednji dan delo ne bi teklo normalno? Ljudje se rodimo, prihajamo in odhajamo, umremo. Ljudje živimo in smo minljivi, zato smo ljudje in ne bogovi v belih zdravniških haljah ali drugih oblačilih različnih barv.

Zdravniki si zaslužimo spoštovanje in za svoje delo ustrezno plačilo. Vendar naše poslanstvo zagotovo ni reševanje zdravstvenega sistema, ki očitno funkcionira le še tako, da zdravniki nenehno dežuramo. Vlada

bo prej ali slej morala poiskati boljše rešitev. Etika je bila zato prej ko ne izgovor tistih zdravnikov, ki so se promovirali s hitro vrnjenimi soglasji. Vsak zdravnik se ima seveda pravico odločiti zase in ravnati po svoji vesti. A v mojih očeh je sporna neodločnost zdravnikov, ki so popustili pod pritiskom spolitiziranih kolegov na »Olimpu« javnozdravstvenih zavodov. Zdravnik bi moral bolj odločno stati za svojimi besedami in dejanji.

Delo je, časa ni

Če bi bil preklic soglasja za nadurno delo stavka, bi bili moji kolegi, ki so z dodatnim nadurnim delom soglašali, stavkokazi. Toda umik soglasja za nadurno delo ni stavka, pač pa uveljavljanje zakonske pravice, da rečem »ja« svojemu prostemu času (kot vsak državljan RS) in se odrečem izkoriščanju v javnozdravstvenem sektorju: razvrednotenju našega dela bi sledilo še zniževanje plač kljub sprejetim zakonom, ki si jih v naši državi lahko vsak razlaga po svoje. Kolegi, ki s takim odnosom soglašajo, imajo očitno druge koristi od sedanjega zdravstvenega sistema ali pa izvajajo »dumping« na račun iracionalnega števila opravljenih ur znotraj zdravniškega ceha.

S predčasnim vračanjem soglasij nekaterih kolegov mi je postalo jasno, da ne morem pričakovati razumevanja v javnosti, če v zdravniškem cehu ni enotnosti. Očitno se ne zavedajo, da 12 milijonov evrov ne pomeni manj denarja za plače zdravnikov, ampak predvsem **manj denarja v zdravstvu**. Posledično bi opravili manj storitev in posegov, država bi prihranila, bolniki pa bi bili prikrajšani. Toda to lahko očitno uvidijo le redki.

Nikoli več ne bo tako, kot je nekoč bilo

Ne čudim se zaskrbljenosti med zdravniki. Če samo pomislim, koliko kolegov se je spraševalo, kdaj bo s sklenitvijo sporazuma med Fidesom in vlado konec te agonije. Morda tega nikoli več ne bo konec, ker

v resnici ni poti nazaj. Tudi po sklenitvi sporazuma verjetno nikoli več ne bo tako, kot je nekoč bilo. Morda je končno prišel čas, ko smo zdravniki uvideli, kako se vodi aktualna zdravstvena politika. Upravljanje zdravstvenega sistema ni naloga in odgovornost zdravnikov. Zdravniki ne moremo reševati zdravstvenega sistema z nenehnim nadurnim delom, seveda pa so vrata tistim, ki želijo dodatno nadurno delati, vedno odprta in imajo tudi po uveljavitvi sporazuma povsem prosto pot. Sam se ne vračam na stara pota in zato tudi nimam namena vrniti soglasja za »nadnadurno« delo v javnem sektorju. Če je država s svojo eksperimentalno politiko zavozila zdravstvo do konca, naj neumnost tudi ustrezno plača. Od umika soglasja za nadurno izkoriščanje dalje bo ura mojega prostega časa vredna več, kot je bila to praksa do sedaj. V kolikor državi primanjkuje denarja, naj pobere davke od cvetoče sive ekonomije in ga bo dovolj. Ker pa bi se to odločitvijo politiki jemali sami sebi, tega ne bodo storili, dokler jih ljudstvo ne bo »linčalo« kot v starih časih, časih delavske revolucije.

Politična solidarnost odhaja, pripadnost bolnikom ostaja

Moja pripadnost javnemu zdravstvu je uplahnila ..., moja pripadnost bolnikom pa ostaja. Delal sem preveč ..., delal sem toliko, kolikor so želeli drugi ..., nisem znal reči ne ... Vladni neumnosti se imam zahvaliti, da sem imel možnost kolektivno preklicati soglasje za »nadnadurno« delo.

Ali sem delal preveč zaradi denarja? Mislim, da ne. Ni mi bilo treba, ker so starši poskrbeli za moj osnovni obstoj in me predvsem vzgajali v delavnem ter skromnem duhu (navadili so me delati in niso me naučili zapravljati). Tako sem zadnjih nekaj let delal preveč, ker sem bil ujet v sistem, kjer smo bili navajeni vsi delati preveč in ker zaradi svoje etike nisem znal reči ne! Sedaj mi ravno ta etika v svoji bolj življenjski obliki preprečuje, da bi umaknil preklic soglasja za »nadnadurno« delo iz naslednjih razlogov:

- ker je preobremenjenost v službi vsaj toliko nevarna za zdravnika in bolnika, kot je to izmensko delo za bolnika;
- ker ne želim po opravljeni prenatrpani specialistični ambulanti v rednem delu opraviti še kakšnega operativnega posega, za nameček pa poskrbeti še za ustrezno zdravljenje šestih do osmih oddelčnih bolnikov;
- ker je bolnikova pravica, da si zanj v ambulanti vzamem čas in se z njim pogovorim;
- ker je bolnikova pravica, da poseg na njem opravim zbran in v miru;
- ker je bolnikova pravica, da je seznanjen s potekom diagnostike in zdravljenja med hospitalizacijo ob vsaki spremembi;
- ker ne želim stresati svojega nezadovoljstva zaradi preobremenjenosti na svoje sodelavce, še manj pa na bolnike;
- ker imam pravico do prostega časa in sam določati njegovo vrednost;
- ker bom že po zakonu o zdravniški službi moral opraviti letno še za cel mesec (170 ur javnega uslužbenca) nadurnega dela in bom od sedaj dalje sam določal, koliko so vredne moje »nadnadure«;
- ker ne bom več postrešček šerifom (beri direktorjem) javnozdravstvenih zavodov, ki so pozabili na zdravnika kot nosilca zdravstvene dejavnosti.

Po 20 letih izobraževanja in več letih dela sem sposoben odločati o sebi in za kaj takega ne potrebujem karakterno omejenih zdravstvenih pastirjev, ki so na svojih političnih funkcijah pozabili, da so nekoč tudi sami opravljali zdravniško službo. **Kje je njihova etika?**

Ne več nonstop, 40 ur tedensko in 170 nadur letno

Za zaključek bi strnil še nekaj misli, ki so se porodile kot odziv kolegov na moje razmišljanje. Ne vznemirjam se zaradi nekaterih kolegov, ki so predčasno vrnili soglasje za »nadnadurno« delo. Bolj me skrbi dejstvo, da so ravno zdravniki direktorji in zdravniki politiki, ki so s svojimi visokimi plačami in izjavami razburili javnost, svoj oportunitizem opravičevali z močjo svojega Hipokrata. Pa naj mi še kdo reče, da njihova etika prekaša mojo. S takimi dejanji bo povezan ugled zdravnika v družbi ..., ugled tistega zdravnika, ki je nekoč predstavljal steber družbene morale in mu je delo z bolniki predstavljalo življenjsko poslanstvo. Sedaj se je ta izkušeni zdravnik spolitiziral, si zavezal direktorsko kravato, se pričel ukvarjati z vodenjem in organizacijo dela v zdravstvu ter se pokoril političnim tokovom za ceno lastne promocije.

Drugo skrajnost predstavljajo izkušeni zdravniki, ki menijo, da lahko s svojo historično miselnostjo in prekomernim delom »rešijo« naše zdravstvo. In kje smo specializanti in mladi specialisti? Smo preveč raznolika skupina in posploševanje ne bi bilo na mestu. Sam bom našel svoj mir in se v javnem sektorju posvetil svojemu poslanstvu ..., delu z bolniki 40 ur tedensko z zakonsko določenimi nadurami (to je 170 nadur letno, če v naši pravni državi zakoni še kaj veljajo). Tako sem se odločil pri polni zavesti in premišljeno. Dogovor med Fidesom in vlado tega ne more spremeniti, ker preprosto želim dvigniti kakovost svojega življenja in ne želim potoniti v zdravstvu za en prazen hvala, pri tem pa tvegati strokovnost zaradi preobremenjenosti. Zato težko čakam na normative in standarde v zdravstvu. Upam, da bomo z njimi postavili temelje kakovostnega dela in omogočili bolnikom obravnavo, kakršno si tudi zaslužijo.

Odprto pismo uglednim profesorjem

Spoštovani gospodje profesorji!

Dovolite, da se vam oglašim v zvezi s prispevkom »Pojasnilo na prispevek Evropsko priznanje specializacije otroške kirurgije za Slovenca«, objavljenim v reviji *Isis*, št. 6, junij 2010, katerega podpisniki ste. Prispevek se namreč nanaša neposredno name.

Vsebine samega pisma, osebnih napadov in poskusov diskvalifikacije, ki jih prinaša, ne bom komentiral, saj sem prepričan, da take razprave etično sodijo v pogovore na štiri, šest ali osem oči, ne pa v medije. Vendar je za stroko, za katero izražate dvome o njeni pomembnosti in utemeljenosti, prav, da zadeve pojasnimo in razčistimo. Vem, da ste na najvišji ravni kirurške stroke in sodite v sam vrh slovenske kirurgije, vendar morda kljub temu niste podrobno seznanjeni z razvojem te mlade kirurške veje po svetu, zato vljudno prosim, da sprejmete nekatera pojasnila.

Ker se (tudi kot profesor otroške kirurgije v tujini) že 36 let nepretrgano, intenzivno in izključno posvečam otroški kirurgiji, bi rad te navedbe utemeljil z mnenji najuglednejših strokovnih avtoritet na tem področju. Tu naj mimogrede navedem, da prof. Fritz Rehbein (1911–1991), ki ga citirate v svojem prispevku, nikoli ni bil predsednik mednarodne zveze otroških kirurgov (bil je predsednik nemškega društva otroške kirurgije, »Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie« od 1964 do 1970).¹

Svojemu pismu prilagam nekaj dokumentov, ki opredeljujejo otroško kirurgijo in njen pomen, na podlagi katerih je oblikovano stališče do otroške kirurgije kot samostojne stroke po vsem svetu.

1. **«The pioneers of Pediatric medicine»** Eur J Pediatr (1991) 150: 611.
2. **«DECLARATION OF PEDIATRIC SURGERY»** (World Federation of Associations of Pediatric Surgeons – WOFAPS – www.wofaps.org).
3. **MISSION & GOALS of EUPSA** (European Pediatric Surgeons Association – www.eupsa.org).
4. **THE SCOPE OF PAEDIATRIC SURGERY** (UEMS – Union Européenne des Médecins Spécialistes, Section & Board of Paediatric Surgery – www.uemspaedsurg.org).
5. **Odloček govora:** prof. dr. Andrew Wilkinson (Chairman of MC of Pediatric Surgery at UEMS) 8. maja 1979.
6. **Odloček knjige:** «The surgeon and the Child» Prof. Dr. Willis Potts 1959. W. B. Saunders Company.
7. **WHAT IS A PEDIATRIC SURGEON?** (www.pediatricsurgerymd.org).

Za kakršnokoli nadaljnje pojasnilo ali strokovno razpravo sem vam vedno na voljo, vendar ne v medijih, pač pa v osebnih stikih ali v strokovnem krogu.

S spoštovanjem.

Silvo Lipovšek, dr. med.
 mobilni telefon: **040 236 129**
 e-naslov: **sflipovsek@siol.net**

Dokumenti 2.- DECLARATION OF PEDIATRIC SURGERY – www.wofaps.org



*World Federation of Associations
 of Pediatric Surgeons*

DECLARATION OF PEDIATRIC SURGERY

- Children are not just small adults and have medical and surgical problems and needs that are often quite different from those encountered by adult physicians. Infants and children deserve the very best medical care available. Every infant and child who suffers from an illness or disease has the right to be treated in an environment devoted to their care by a pediatric medical or surgical specialist.
- Pediatric Surgeons are specially trained physicians with extensive experience and the greatest expertise in treating infants and children of all ages (from the neonatal period through adolescence) with surgical disorders. Because of their unique training pediatric surgical specialists provide a wide range of treatment options and the highest quality care to children.
- Pediatric Surgeons diagnose, treat, and manage children's surgical needs including: surgical repair of birth defects, serious injuries in children (including some that require surgery), childhood solid tumors, conditions requiring endoscopy and minimally invasive procedures, and all other surgical procedures in children including ambulatory surgery.
- In order to provide the best surgical care for infants and children, complex pediatric surgical procedures should be carried out in specialized pediatric centres with intensive care facilities appropriately equipped with modern technology. In addition to the trained pediatric surgeons, these facilities should be staffed with other multidisciplinary pediatric specialist including radiologists, anesthesiologists and pathologists. These specialized centres often provide educational postgraduate training/research and should be staffed 24 hours per day seven days per week.



Prof. Emeritus of Pediatric Surgery Dr.
 Jay L. Grosfeld, M.D.
 President of the W.O.F.A.P.S.
 (Kyoto, Japan. 2001)

Dokumenti

3.- MISSION & GOALS OF EUPSA - www.eupsa.org

European Paediatric Surgeons' Association



MISSION

The mission of the European Paediatric Surgeons' Association (EUPSA) is to maintain and promote high clinical standards of surgical care for the paediatric and adolescent patients in European countries, to enhance the capacity of its members to discover, disseminate and apply new knowledge to the benefit of their patients, and to follow the highest ethical standards within the field of paediatric surgery.

GOALS

... 4.- **The development of an advocacy role for all fields of paediatric surgery in Europe.**

1. Supporting all activities to educate the public about the role of paediatric surgeons, paediatric surgical diseases and related achievements.
2. Mutual exchange with other professionals and Associations, which have an interest in the field of paediatric surgery.
3. Promoting European paediatric surgical achievements worldwide.
4. Enhancing liaison with the National Medical Association, government, members of the parliament, and other opinion formers about the role and importance of paediatric surgery in practice and research.

4.- THE SCOPE OF PAEDIATRIC SURGERY



UEMS – Union Europeenne des Medecins Specialistes, Section & Board of Paediatric Surgery - www.uemspaedsurg.org

In 1995, after a prolonged debate with the Central Authorities of the UEMS, the Section defined the Scope of Paediatric Surgery in a document approved by the General Council of the UEMS as document D9406, 27th October 1995.

1. **Paediatric surgery:** The field of paediatric surgery encompasses the surgical care of the growing individual. It includes management and peri-operative care from before birth up till the final stages of development.
2. **Paediatric surgical centres:** Paediatric surgery should be provided in paediatric surgical units based in centres where a full range of medical and surgical facilities for the care of the sick child are available. Most of these centres should provide postgraduate training in paediatric surgery and research facilities. **The paediatric**

surgical unit should be headed by a trained paediatric surgeon.

3. **Paediatric surgeon:** A paediatric surgeon is a surgeon specifically trained in the care of children.
4. **Specialist paediatric surgery:** Specialist paediatric surgery should be performed in a paediatric surgical centre or in a specialised centre with possibilities to provide adequate care to children.
5. **Training of surgeons, other than paediatric surgeons:** Surgeons taking care of children should have had adequate training in a paediatric surgical unit. They should also continue to have regular exposure to this type of patients. Moreover, they should stay informed about new developments in the field of paediatric surgery.
6. **Hospital:** All children should be treated in a hospital environment appropriate for their age group. Children should not be admitted to hospital if this can be avoided.
7. **Referral advice:** Children should be treated by practitioners experienced in this field. If the expertise is not available, the child should be referred to a centre as defined at article 2.

5.- ODLOMEK GOVORA PRED SKUPŠČINO UEMS-a

Prof. Dr. Andrew Wilkinson (1914 – 1995)

8. maja 1979

*Chairman of MC of Paediatric Surgery at UEMS
Emeritus Professor of Paediatric Surgery at the Hospital for Sick Children, Great Ormond Street. London.*

»... there is still great opposition to the recognition of paediatric surgery as a specialty in its own right among the general surgeons in several Countries, possibly because they fear that if recognition is strictly applied, a lot of lucrative surgical work will be debarred to them, for example hernias, undescended testes and circumcision, to mention only a few«...

6.- ODLOMEK UVODA KNJIGE »THE SURGEON AND THE CHILD«

1959. w.b. saunders company

Prof. Dr. Willis Potts

Professor of Pediatric Surgery. School of Medicine. Northwestern University. Chicago

Surgeon on Chief of Pediatric Surgery at the Children's Memorial Hospital. Chicago

»... The newborn »without another language that crying« to express the desire to be good and normal, ask earnestly, to be placed at their disposal, the most appropriate surgical techniques, the most modern therapeutic arsenal and the best surgical team, led by a pediatric surgeon specially trained to provide and obtain the benefits of a quick, effective and complete recovery of his health«...

Ambulantna ginekologija v prihodnosti – reorganizacija ginekološko-porodniške službe v Sloveniji

Damir Franič

Uvod

Zadnjih deset let smo priča nezadovoljstva »ambulantnih ginekologov« (ginekologi in porodničarji, ki delajo na primarni ravni) s svojim statusom, predvsem pa z ugledom, ki ga kot pomembni nosilci ginekološko-porodniške dejavnosti imajo v javnosti. Leta 2002 je bilo ustanovljeno Združenje ambulantnih ginekologov (ZAG) z idejo, da postanejo bolj samostojni v odločanju, kaj in kako bodo delali. Žal tudi vključitev predstavnikov ambulantnih ginekologov v razširjeni kolegij za ginekologijo in porodništvo (RSK) ni prinesla izboljšanja razmer v slovenski ginekologiji. Nasprotno, RSK dve leti ni deloval (2006–2008), ker ni bilo soglasja za pomembna strokovna vprašanja, ki jih je bilo treba rešiti.

Organizacijsko se slovenska ginekologija in porodništvo v zadnjih 40 letih nista bistveno spremenila, zato je skrajni čas za spremembe, predvsem za enotnost v oblikovanju sodobne, bolj učinkovite in varčne organizacijske sheme slovenske ginekologije in porodništva.

Neenotnost ginekologov in porodničarjev – Kako naj bi delali v prihodnosti?

V Ljubljani je 31. januarja 2002 Ginekološka klinika podala smernice razvoja ginekologije in porodništva. V smernicah za ginekologijo na primarni ravni je zapisano:

- Ginekologija na primarni ravni je danes v Sloveniji preobsežna, saj kar 105 od skupno 265 ginekologov deluje skoraj izključno na primarni ravni, to je v ambulantni ginekologiji.
- Treba bo ukiniti strogo ločitev ginekologov na primarni in sekundarni ravni.
- V prihodnje bo treba vse, za sedaj pa pretežno mlajše ginekologe vključiti v bolnišnično delo (dežurstva, nadaljevanje zdravljenja lastnih bolnic, izvajanje manjših kirurških posegov).
- Končni cilj bi bil torej ukinitve ginekologa, ki bi deloval izključno na primarni ravni, kjer je tudi njegovo strokovno znanje premalo izkoriščeno.
- Sedanje strogo ločevanje tudi z vidika kazalcev kakovosti ginekološke službe ni utemeljeno.
- Ustanovitev centrov za odkrivanje raka na materničnem vratu, kjer bi posebno izobražene medicinske sestre jemale

PAP-brise. Medicinske sestre (babice) bi lahko prevzele kar od 30 do 40 odstotkov dosedanjega dela ginekologa.

Na drugi strani ZAG poleg ostalega zagovarja:

- Da Zdravniška zbornica Slovenije (ZZS) pripravi pogodbo o vključitvi ambulantnih ginekologov v redno bolnišnično delo (dežurstva, operacije, delo v porodni sobi, delo na oddelku).
- Nadaljevanje izobraževalnega programa, ki teče na Ginekološki kliniki.
- Absolutno zavrnitev sodelovanja babic v prevzemanju dela v ginekološki ambulanti.
- Vključitev laične javnosti pri sprejemanju odločitev, ki so pomembne za ambulantno ginekologijo.
- Organiziranje skupnih sestankov za predstavitev in obravnavo zapletenih primerov, t.i. »skupnih konzilijev«.
- Nižanje glavarin in/ali vključevanje več ginekologov, ki bi obravnavali sedanje število slovenskih žensk nad 13. letom starosti.

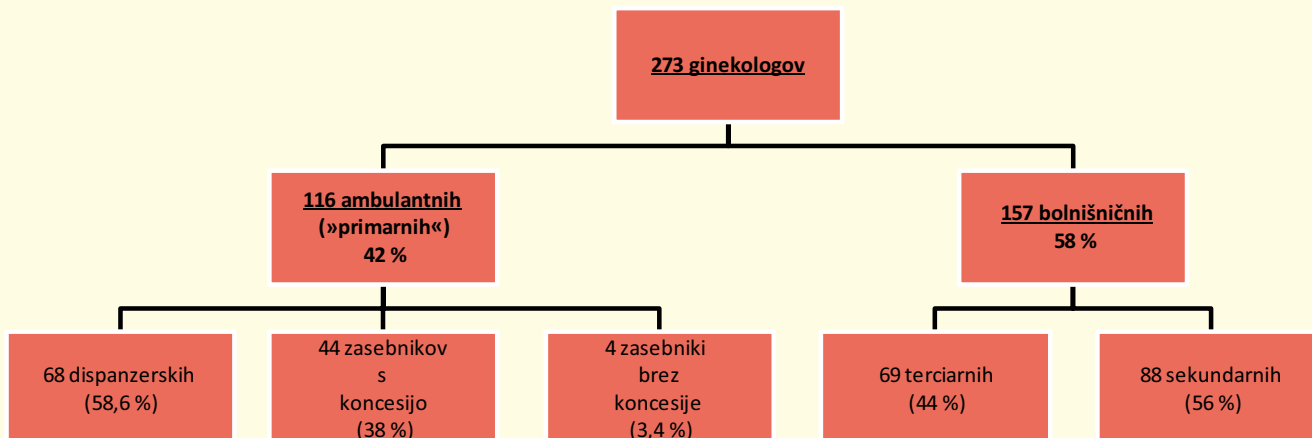
Od takrat do današnjega dne se ginekologi ne moremo dogovoriti, kakšno organizacijo ginekološke službe želimo in kakšna je optimalna ginekološka služba, ki našim pacientkam ponuja dostopno, visoko učinkovito in strokovno ginekološko-porodniško obravnavno. Hkrati pa naj ne bi večala stroškov in dodatno bremenila Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS).

Enakopravnost v izobraževanju

Res je, da skoraj polovica vseh slovenskih ginekologov dela izključno ambulantno, manj kot 10 odstotkov jih je vključenih v bolnišnično delo. Zakaj je tako? Ali smo zares vsi ginekologi enakovredni v svojih obveznostih, kot tudi v svojih pravicah? Ali smo vsi plačani enako za isto storitev?

Trenutno (podatki so z dne 20. 4. 2010) v Sloveniji dela aktivno 273 ginekologov. Od tega je 44 zasebnikov s koncesijo, 68 jih dela v dispanzerjih v zdravstvenem domu, štirje so brez koncesije. To pomeni, da imamo 157 bolnišničnih in 116 ambulantnih ginekologov.

Gledano v celoti je število ginekologov v Sloveniji primerljivo z evropskimi standardi (13 ginekologov na 100.000 prebivalcev), vendar obstaja nesorazmerje med številom ambulantnih in bolnišničnih ginekologov, katerih pomanjkanje bo v prihodnje



Slovenski ginekologi in porodničarji (20. 4. 2010).

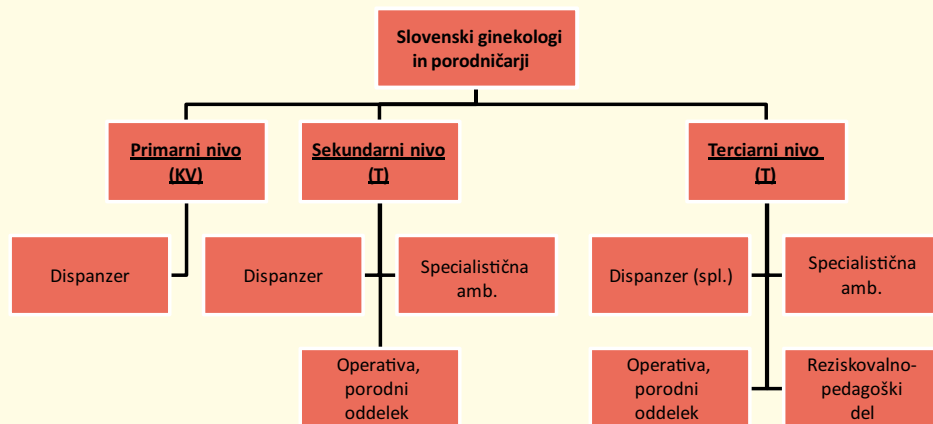
še bolj kritično glede na evropske normative in omejevanje delovnega časa. Specializacija iz ginekologije in porodništva je enotna za vse ginekologe – bolnišnične in ambulantne. Po njej žal kar 42 odstotkov slovenskih ginekologov zaključuje z operativno ginekologijo, vodenjem poroda in opravljanjem rednih dežurstev. Ali je slovenska država res tako bogata, da pet let financira izobraževanje in usposabljanje zdravnika in mu potem odvzame pravico do približno 40 odstotkov njegove težko prigarane izobrazbe? Mu ne dovoli do konca izkoristiti njegovega znanja v prid žensk, ki vse težje pridejo do zdravnika. Verjamem, da je imel v preteklosti ambulantni (primarni) ginekolog ogromno dela pri stvareh, ki so nam danes skoraj smešne. Naloga današnje slovenske ginekologije ni uvrstitev v zgornji kakovostni razred glede na perinatalno obolevnost in umrljivost – mi smo tam že 20 let. Mladi ginekologi ne poznajo več puerperalne sepse, zanemarjene prečne lege, fetalnega hidropsa zaradi Rh-senzibilizacije. Tudi mehurčaste sneti se ne vidi več, ker se nepravilnost odkrije takoj na nivoju bl. ovuma z vaginalnim ultrazvokom v začetni nosečnosti. S programom Zora smo prešli na aktivno presejanje, tako da tudi rak na materničnem vratu ni več problem. Operacije na odprtem trebuhu čedalje bolj postajajo operacije na zaprtem trebuhu, torej endoskopska kirurgija. Veliko današnjih operativnih posegov v razvitem svetu opravljajo v dnevnikih klinikah brez ali samo v lokalni anesteziji, kar bistveno poceni storitev. Naša organizacija ginekološko-porodniške službe pa je še vedno na nivoju 70. let. Saj res! Kako pričakovati kaj drugega, če pa še vedno delamo po normativih in vrednotenju našega dela iz leta 1982 (Zelena knjiga)!?

Časi, ko smo po II. svetovni vojni ustanavljali dispanzerje zaradi preventive v porodništvu in poporodnem varstvu (zavoženi porodi, preeklampsična toksemija, eklampsija, puerperalna sepsa, inkompletni splavi, kriminalni abortusi, mastitisi) ter v ginekologiji (preventiva raka na materničnem vratu, posvetovalnice za kontracepcijo, načrtovanje družine), so za nami. Čas »ginekolooidov«, ki so opravljali delo varstva nosečnic in žensk, je mimo. Danes ima »vsaka vas« visoko strokovno usposobljenega

specialista ginekologije in porodništva, ki v sodobno opremljeni ambulanti opravi veliko tako preventivnega kot tudi kurativnega dela v zdravstvenem varstvu žensk.

Neenakopravnost v priznanih storitvah, cenah in obsegu dela

Slovenski ginekologi nismo enakopravni po naših pravicah, niti po naših obveznostih, tudi plačani smo različno. Za poseg na materničnem vratu na primarnem nivoju (npr. kolposkopija + ciljana biopsija) ZZZS plača 4 količnike (KV) (2 KV za vsak poseg?!), kar po sedanji ceni znaša **9,88 evra!** Ta isti poseg v bolnišnici obračunajo kot poseg, ki sodi v skupino primerljivih primerov (SPP), in dobijo za njega približno 0,52 uteži, kar na sekundarnem nivoju prinese 522 evrov. Za primerjavo: na Finskem, torej v evropski državi, ki ima v svoji ustavi zapisano tako socialno opredelitev kot Slovenija, samo kolposkopijo ZZZS plača 300 evrov. Žal to ni vse. Ne samo, da so ambulantne storitve sramotno nizko plačane, imamo še cenovno »uravnilovko«. To pomeni, da enako stane visoko diferencirana preiskava, kot je kolposkopija, kot npr. odstranitev ali vstavitve IUUV, kar sta popolnoma različna posega, ki morata biti tudi različno ovrednotena. Žalostno je, da tako zahtevna in za žensko pomembna posega, kot sta kolposkopija in kolposkopsko ciljana biopsija, ZZZS plača tako sramotno nizko. Zato številni ambulantni ginekologi tega dela ne izvajajo sami (čeprav bi ga lahko), ker se jim finančno ne izplača. Primer pošljejo na sekundarni nivo, ki ZZZS zaračuna SPP, le-ta pa stane bistveno več, kot bi stal na ambulantnem nivoju. Na ta način stroka nazaduje, namesto da bi napredovala, ZZZS pa po nepotrebnem plača za isto storitev več. Neenakost med ginekologi je vidna tudi v tem, da imata tako sekundarni kot tudi terciarni nivo dispanzerski del z glavarino in izvajata preventivno delo tako v ginekologiji kot v porodništvu. Logično se potem postavlja vprašanje, zakaj tudi ambulantni (primarni) ginekologi ne bi mogli v svojih ambulantah opraviti dela »hospitalne« dejavnosti?



Nivoji in strokovna pooblastila - trenutno stanje.

Problem ambulantne ginekologije in obilice dela ni v preveliki glavarini (res je, da imamo zapisanih preveč žensk na posameznega ginekologa), ampak v vrednotenju našega dela. Ambulantni ginekolog mora, ne glede na svojo glavarino, vsak dan pregledati 30 in več žensk, da bi dosegel letno število KV dan preventivi in kurativi, pa še tako komaj izpolni načrt, sklenjen z ZZZS. Če pa bi bile naše storitve drugače (višje) ovrednotene, bi jih ne glede na glavarino morali pregledati bistveno manj. Dobro organizirana ambulanta, ki obratuje na enem področju vsaj od 5 do 10 let, tudi pri 5000 opredeljenih pacientkah ne bi smela imeti čakalne dobe daljše od enega ali dveh tednov. Pri tem je glavarina samo finančni plus za ginekologa, ki skrbi za večje število žensk. Torej, če želimo delati bolj umirjeno in s tem tudi bolj kakovostno in z manj stresa, mora biti naše delo bistveno drugače ovrednoteno. Potem bo tudi organizacija in triaža drugačna, kar bo posledično skrajšalo tudi čakalne dobe.

Ambulantna ginekologija v 21. stoletju

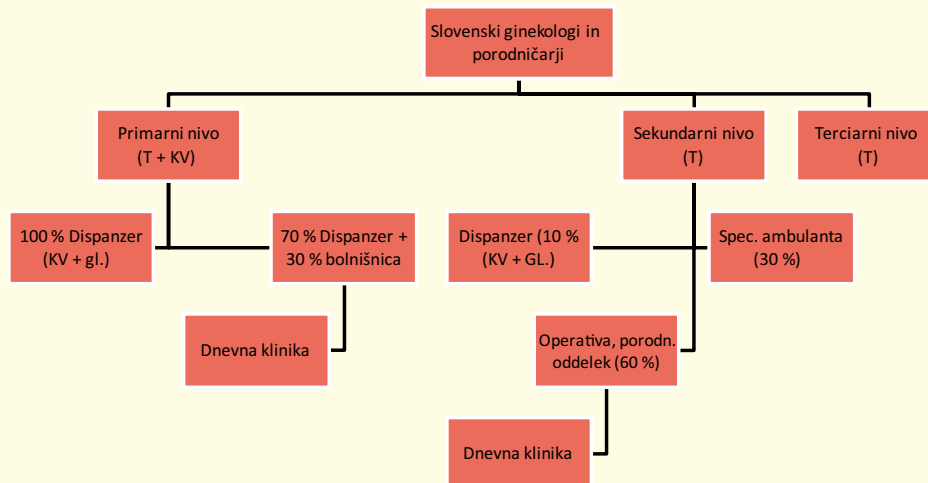
Pogosto slišimo, da smo razvrednotili delo družinskega zdravnika, kot tudi delo ambulantnega ginekologa. Kaj pa narediti, da ga ponovno ovrednotimo? Zelo enostavno: če želimo ovrednotiti in uveljaviti zdravnika na osnovnem nivoju, mu moramo omogočiti večje pristojnosti pri delu in manj nepotrebne rutine. Moramo mu bolj zaupati in pustiti več prostora za bolj zahtevno delo, skozi katerega lahko uveljavi tako sebe kot svojo stroko. Prav tako ambulantni ginekologi ne moremo pričakovati, da nas bodo naši kolegi dovolj cenili, če se izogibamo delu na bolnišničnem nivoju in aktivni udeležbi pri izvajanju dežurne službe.

Organizacijsko mora biti delo ginekologa v 21. stoletju urejeno na drugačen način. Ukine naj se razdelitev na primarnega, sekundarnega ali terciarnega ginekologa. Vsi smo ginekologi in porodničarji, ki lahko delamo tako na primarnem, sekundarnem ali terciarnem nivoju. Na podlagi osebnih želja, odločitev ali potreb oziroma mesta, na katerem delamo, sklepamo pogodbe z ZZZS. Nekateri ambulantni ginekologi bodo delali tako kot sedaj in sklenili 100-odstotni paket za ambulantne storitve, nekateri pa z različnimi deleži bolnišničnih in

ambulantnih storitev. V sedanjih dispanzerjih ali zasebnih ambulantah se lahko ustanovijo dnevne klinike, kjer bi izvajali manjše posege na materničnem vratu in v maternični votlini, vključno z »office histeroskopijo«. Tudi ambulantnim ginekologom se naj plača zahtevnejša diagnostika (vođenje neplodnega para, hormonske preiskave ipd.) glede na obseg dela in sklenjen ustrezen dogovor z ZZZS. To sedaj ni možno, ker sodi to na sekundarni ali terciarni nivo.

Ambulantni ginekologi naj bi se vključili v dežurno službo v regionalnih bolnišnicah. Pogoj za vključitev v dežurno službo pa naj bo, da od specialističnega izpita ni preteklo več kot 5 let.

Ginekologi moramo med sabo doseči dogovor, kakšno organizacijo ginekološke službe želimo in potrebujemo. Ukinitve razdelitve na ambulantne in bolnišnične ginekologe, ki jo je uvedel ZZZS, lahko poenoti vrednotenje našega dela, na podlagi katerega se posamezni ginekolog ali ustanova pogajata z ZZZS. To je predpogoj, da iztržimo boljše (realne) cene za svoje delo. Razdeljeni, kot smo sedaj, tega še dolgo ne bomo dosegli. Sele potem ko poenotimo svoje delo, ga realno ovrednotimo in omogočimo vsem slovenskim



Organizacijska shema prihodnosti - primer.

ginekologom, da ne glede na to, kje so zaposleni, lahko sodelujejo v vseh segmentih svoje stroke, pride v poštev postopno aktivno vključevanje diplomiranih babic v preventivne programe.

Vsaka reorganizacija je dinamičen proces, ki zahteva temeljite analize, premišljene predloge in primerno dolg časovni rok za pripravo in uveljavitev nameranih sprememb. Z njo morajo soglašati tako uporabniki kot izvajalci in oblikovalci zdravstvene politike. Ob vsakih organizacijskih spremembah se pričakujejo tudi izboljšave: boljša dostopnost reproduktivnega zdravstvenega varstva populaciji, ki ji je namenjeno, in ne nazadnje boljši kazalci tega varstva.

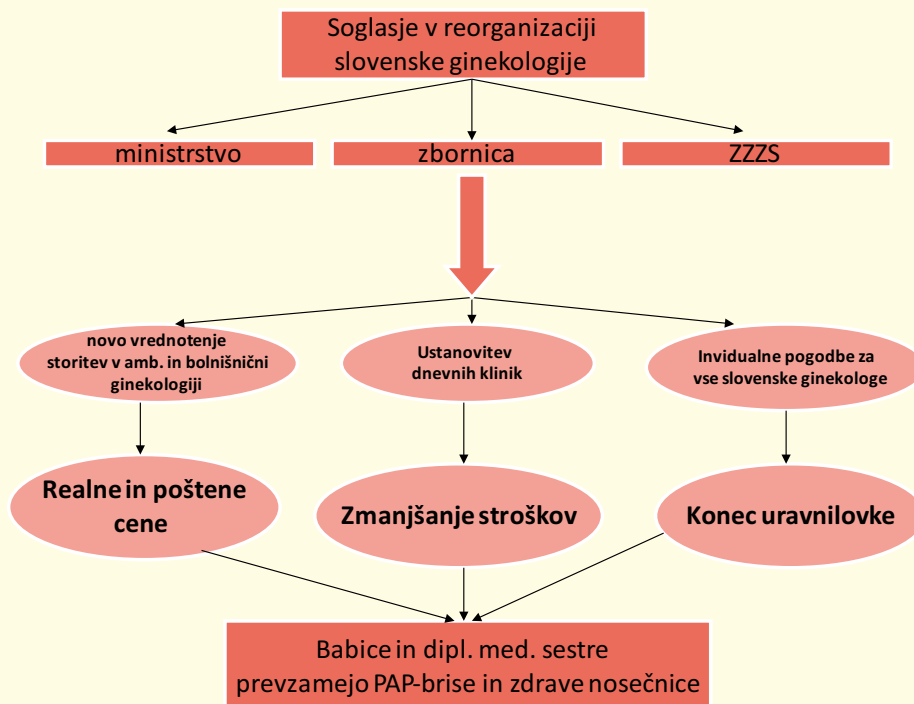
Individualne pogodbe z ZZS za vse slovenske ginekologe – konec »uravnilovke«

Ali imamo vsi slovenski ginekologi normirano delo, ki ga moramo opraviti v rednem delovnem času na podlagi pogodb, sklenjenih z ZZS? Trenutno imajo samo ambulantni ginekologi natančno opredeljeno glavarino, ki jo morajo doseči za polno koncesijo, preventivno delo, ki mora biti opravljeno, ter število količnikov v kurativi skupaj s preventivo. Žal naši kolegi v bolnišnicah tega nimajo in to je treba spremeniti. Najprej je treba uvesti normative tudi v bolnišnično delo, potem pa omogočiti sklepanje individualnih pogodb glede na želje in usposobljenost vsakega posameznika. Dolgoročno to pomeni bistveno bolj dinamičen razvoj stroke. Postati mora samoumevno, da bodo tisti, ki so bolj zagnani, imeli boljše pogoje dela in bodo bolje nagrajeni. Hkrati pa bodo tudi bolj obremenjeni in posledično bodo imeli manj prostega časa. Torej, vsak si bo določal svoj ritem glede na kriterije, ki morajo biti v naprej jasno zastavljeni.

Zaključek

Trenutno je organizacija slovenske ginekologije in porodništva zastarela, premalo učinkovita, nespodbudna in strokovno premalo izkoriščena. Povsem nedopustno je, da skoraj 50 odstotkov slovenskih ginekologov in porodničarjev po zaključeni specializaciji ne nadaljuje z bolnišnično obravnavno svojih pacientk. V prihodnosti je zato treba uvesti naslednje spremembe:

1. ukinitve razdelitve na primarne, sekundarne in terciarne ginekologe – obstajajo samo ginekologi in porodničarji, ki lahko delajo na različnih nivojih;



Algoritem ukrepov.

2. omogočiti ustanavljanje »dnevnih klinik«, ki bi lahko delovale na primarnem, sekundarnem ali terciarnem nivoju. Določil bi se obseg storitev v teh klinikah in v pogajanjih z ZZS doseglo novo vrednotenje tega dela;
3. ambulantni ginekologi morajo enakopravno sodelovati v bolj zahtevnem strokovnem delu, zlasti glede na izobrazbo in znanja, pridobljena v času enotne specializacije;
4. manj zahtevna dela (vodenje zdravih nosečnic in preventivno jemanje PAP-brisov) se postopno prenese na dipl. med. sestre – babice. Na ta način se razbremeni ginekologa in se mu hkrati omogoči čas za bolj zahtevna dela (sodelovanje v bolnišničnem delu in/ali v dnevni kliniki, v dežurni službi in porodni sobi);
5. sklepanje individualnih pogodb za vse slovenske ginekologe in porodničarje glede na obseg in specifično dela, ki ga opravlja posamezni ginekolog;
6. ohrani se delo ginekologa na primarnem nivoju – spremenijo se le njegove pristojnosti in obseg dela;
7. sodobna (nova) organizacijska shema bi omogočila velik prihranek v zdravstveni blagajni, ker bi ob istem številu slovenskih ginekologov bilo opravljeno več kakovostnega dela, zmanjšale bi se čakalne dobe, hkrati bi se velik obseg manj zahtevnega dela prenesel na dipl. med. sestre.

Veliko časa je bilo že zamujenega. Odgovornost do naših pacientk in do stroke, ki smo ji zavezani, nam odlašanja ne dopušča več.

Literatura je na voljo pri avtorju.

Prva učitelja infekcijskih bolezni ter ortopedije in rehabilitacijske medicine na popolni Medicinski fakulteti v Ljubljani, akademika Milko Bedjanič in Bogdan Breclj

Zvonka Zupanič Slavec

Ko stojita pred tabo zdravniški veličini, vsaka s svojim življenjem in delom, vrednim samih presežnikov, se zaveš, da kolo razvoja premikajo velikani duha in dela: Milko Bedjanič in Bogdan Breclj, sodobnika, potomca monarhičnih razmer, eden iz mariborskega in posredno bližnjega avstrijskega okolja, drugi iz Gorice in preko sorodstva ter italijanskega okolja, sta s študijem v avstrijskem in italijanskem ter slovensko-hrvaškem prostoru odlično poznala zdravstvo in njegove potrebe po razvoju. Prihajala sta iz družin intelektualcev, Breclj iz družine zdravnika Antona Breclja, ki so mu leta 1919 ponujali celo ministrski stolček za zdravstvo za Slovenijo in Istro. Internist infektolog Bedjanič pa iz družine klasičnega filologa; do leta 1947 je rad živel in delal v Mariboru, kjer je uspešno vodil prvi infekcijski oddelek. Kirurg Breclj je delal na ljubljanskem kirurškem oddelku ter se od travmatologije kmalu približal ortopediji in postal njen spiritus agens. Medvojna leta so Bedjaniču tekla med infekcijskim oddelkom, kjer je na vse načine podpiral NOB, in zaporom; Breclj pa je odšel v partizansko saniteto in septembra 1944 postal glavni kirurg partizanske vojske. Breclj je bil po vojni v prvi učiteljski ekipi popolne MF, Bedjanič pa je po dekretu v januarju 1947 na ljubljanski infekcijski kliniki zamenjal predstojnico dr. Sabino Praprotnik. Oba sta odlično delala in se srečevala z aktualno zdravstveno problematiko, infektolog z epidemijami različnih nalezljivih bolezni, zlasti otroške paralize, in novoodkritim klopnim meningoencefalitisom v Sloveniji, ortoped in fiziater z osteoartikularno tuberkulozo in izpahom kolkov. S sodelavci sta našla najboljše rešitve in z dobro organiziranim preventivnim delom, uspešno diagnostiko in zdravljenjem dvignila dve manj razviti stroki ob hitrih razvojnih korakih sodobne medicine na raven razvitega sveta. Bila sta odlična učitelja in raziskovalca, Breclj že od 1949 tudi član SAZU, Bedjanič pa od 1968. S sodelavci sta bila nosilca razvoja svojih strok v vsej takratni Jugoslaviji. Prof. Breclj je bil tudi vodja zdravniške ekipe, ko se je maršal Tito zdravil v Ljubljani, oz. ga je spremljal na njegovih poteh po svetu. Bila sta erudita, predana poslanstvu, stroki in bolnikom, humanista, ki sta z znanjem, s človeško toplino in z veličino duha vodila in usmerjala veliki kliniki. Sposobna sta bila tudi intimnejšega medčloveškega sožitja, ustvarila sta si družine, v katerih so zrastle otroci, ki širijo družinske zglede med nove generacije. V prostem času je akad. Breclj hranil duha v gorah, akad. Bedjanič pa se je predajal klavirski igri in solo petju.



Akademik Milko Bedjanič, humanist, velika moralna in strokovna avtoriteta v slovenski medicini (arhiv Inštituta za zgodovino medicine).

Milko Bedjanič (1904–1976)

Milko Bedjanič se je rodil v družini klasičnega filologa, od leta 1900 ravnatelj sarajevske gimnazije v Bosni. Mešani zakon očeta Slovenca iz Središča ob Dravi, katerega ime izvira iz imena reke Bednja iz bližnjega hrvaškega Zagorja, in matere iz Konavelj pri Dubrovniku je prenesel zlahtne gene na potomce. Milkov sin Peter pravi, da je bil oče rojen pod srečno zvezdo, bil je genialen, izjemno dobro je igral klavir pri prof. Hildi Horak in harmonij v Pertlovem zdravniškem

orkestru v Mariboru. Prav tako je dobro pel in risal ter bil jezikovno zelo nadarjen. V življenju se mu je izpolnilo veliko stvari, čeprav si sam marsičesa izmed tega sploh ni želel. Čut za latinski jezik je prinesel od doma, negoval ga je vse življenje in ob koncu akademske kariere študentom medicine celo predaval medicinsko terminologijo. Pri tem je bil zelo dostojanstven in zadržan, kot povedo njegovi študenti. Sodelavci ga pomnijo kot humanista, žlahtno osebnost, izjemno moralno in strokovno avtoriteto, sicer pa je bil bolj molčeč, a kar je povedal, je bilo res tehtno. Za njegovega veliko mlajšega sodelavca infektologa prof. Franja Pıklja je bil prikupno duhovit in izjemna osebnost, ki je svojega pozitivnega duha širil po vsej kliniki. Prav tako njegova sodelavka prof. Alenka Radšel izpostavlja dejstvo, da je prof. Bedjanič znal na kliniki ustvariti razumevanje, strpnost in sodelovanje, zato je Infekcijska klinika veljala in še velja za eno najprijaznejših v UKC Ljubljana. Tudi prim. France Urlep je povedal, da sta bili zanj na takratni MF največji moralni in človeški avtoriteti ravno prof. Bedjanič in ob njem pravkar preminuli internist prof. Stanislav Mahkota.

Prof. Bedjanič si ni želel zamenjati službe v Mariboru z delom v Ljubljani. Bal se je od nekdanj prisotnega rivalstva med Štajerci in Kranjci (Černičeva afer!), a dobil je dekret in vedel je, da se mora podrediti.

Prof. Bedjanič je doživel prestop infektologije iz nemoči preteklega časa v čas prepoznanih povzročiteljev nalezljivih bolezni, odkritih cepiv in uspešnih kemoterapevtikov. Ta dramatični razvoj, ko bolniki zaradi davice in škrlatinke niso več umirali in je bilo uvedeno moderno antibiotično zdravljenje streptokoknih infekcij, pripada njegovemu času. V 50. letih je še doživel

najhujšo epidemijo otroške paralize na Slovenskem s 571 obolelimi in 44 smrtnimi primeri, kjer se je povezal z epidemiologom dr. Janezom Kmetom in virologom dr. Mirkom Jungom ter z njima speljal cepljenje sprva z mrtvo Salkovo, kasneje pa živo Sabinov vakcino. Od 1957 do 1960 je bilo prostovoljno cepljenih 270.000 slovenskih otrok, leta 1964 pa je cepljenje postalo obvezno. Leta 1957 je zgradil tudi prvi respiracijski oddelek v takratni Jugoslaviji za intenzivno zdravljenje bolnikov z otroško paralizo. Med strokovnimi izzivi je bilo tudi obvladanje zadnje evropske epidemije črnih koz leta 1972 na Kosovu, kjer je pri ukrepih prevladal srbski politični pritisk in so cepili 18 milijonov prebivalcev, namesto da bi naredili sanitarni kordon okoli žarišča in tako preprečili širjenje bolezni. Med leti 1957 in 1967 pa je bdel tudi nad gradnjo nove infekcijske klinike, da so se lahko večinoma preselili iz Fabianijeve hiralnice v nove prostore.

Poleg strokovnih dosežkov in pedagoške kariere je prof. Bedjanič postal tudi akademik in bil predsednik medicinskega razreda SAZU. Zelo ga je cenil predvsem akad. Janez Milčinski, ki je bil takrat tudi predsednik SAZU. Leta 1961 je bila ustanovljena Infektološka sekcija Slovenskega zdravniškega društva, ki jo je od leta 1961 do 1970 vodil prof. Bedjanič. Po Bedjaničevi smrti so v Infektološki sekciji SZD osnovali Bedjaničev sklad za raziskovanje nalezljivih bolezni, leta 1997 pa so mariborski infektologi s predstojnico prim. Jelko Reberšek Gorišek vpeljali v Mariboru tradicionalni Bedjaničev simpozij z mednarodno udeležbo v počastitev spomina na zelo uglednega zdravnika, velikega humanista in prvega predstojnika samostojnega infekcijskega oddelka v Mariboru. (*Žargi R. Bedjanič, Milko. V: ES, zv. 1. Ljubljana, MK, 1987: 211.*)



Milko Bedjanič z ženo dr. Hermino Goll Bedjanič l. 1959. Žena je l. 1932 doktorirala iz ekonomije. Imela sta hčerko Olgo, ki je bila igralsko nadarjena in je igrala vlogo Hiperbole v filmu Vesna, in sina Petra, ki je glasbenik in urednik glasbenega programa na nacionalnem radiu (iz arhiva prof. Petra Bedjaniča).



Milko in Hermina Bedjanič z vnukoma Alenko in Andrejem (iz arhiva prof. Petra Bedjaniča).



Moderna stavba nove Infekcijske klinike z ravno streho, grajena med leti 1957 in 1967. Slavnostno je bila odprta na dan republike 1967 in je imela za tisti čas visoke standarde, saj je imela vsaka soba lastne sanitarije. Infektološki bolniki pa so še vedno delno nastanjeni v arhitekturno izjemno lepi Fabianijevi hiralnici iz l. 1904 (levo) in sicer na vzhodni strani stavbe v 1. in 2. nadstropju (oddelka 3 in 4 in otroški oddelek 3).



Zdravniki Infekcijske klinike v šestdesetih letih 20. stoletja. Z leve si sledijo: Vladimir Brinovec, Peter Kobler, Franjo Pikelj, Milan Lazar, Marko Suhač, Nevenka Vargazon, Rado Žargi, Milan Cizman, Milko Bedjanič, Danica Rainer, Rasta Radešček Rakar, Marica Marolt Gomišček, Alenka Radšel Medvešček, Milica Gajšek, Jasna Župančič Kmet, Danuška Sedlar (iz arhiva Infekcijske klinike).

Našega portretiranca je dobro poznal stanovski kolega, infektolog prof. dr. Janko Lešničar, ki ga je vsestransko orisal v jubilejnem zapisu ob Bedjaničevi 70-letnici, zato zapis posredujemo bralcem.

»Akademik prof. dr. Milko Bedjanič, vodilni slovenski infektolog, je bil rojen 29. junija 1904. Jubilantova družina izhaja iz Prlekije, mati je bila po rodu iz Dubrovnika. Rodil se je v Sarajevu, kjer je služboval njegov oče – klasični filolog – kot gimnazijski ravnatelj. Gimnazijo je obiskoval v Gradcu in v Mariboru. Že v gimnaziji je dobil odločilne pobude za medicinski poklic. Odlični profesorji bioloških znanosti – Günther, Bouvier – so mu vcepili ljubezen do prirodoslovnih ved. Obisk graške klinike l. 1917 pa je nanj naredil tak vtis, da se je brez omahovanja odločil za študij medicine.

Medicino je začel študirati v Ljubljani, nadaljeval in promoviral pa je v Zagrebu. Za interno medicino se je odločil kot študent v Zagrebu, ko je kot volonter skoraj leto dni ostal na interni kliniki prof. Radoničeva. Na kliniki so tedaj delali poznejši profesorji Botteri, Boič, Vuletič, Lušicky in Sučić, ki so se s študenti zelo veliko ukvarjali. L. 1930 je nastopil službo v mariborski bolnišnici in se specializiral za notranje bolezni. Že tedaj je kot sekundarij – od 1931 dalje – in pozneje kot asistent na internem oddelku v Mariboru s primarijema Lutmanom in Houško, s katerima ga je vezalo prisrčno prijateljstvo, oskrboval infekcijski oddelek, takrat še ves nov, sezidan po najmodernejših načelih. Od l. 1936 se je povsem posvetil infekcijskemu oddelku. Infekcijske bolezni so ga od začetka študija privlačile »že zaradi dramatičnega in akutnega poteka«, kakor je sam rekel. Ko se je oddelek l. 1938 osamosvojil, je prof. Bedjanič prevzel njegovo vodstvo.

Ob osamosvojitvi oddelka je ravnatelj mariborske bolnišnice in prosector, poznejši profesor patologije France Hribar, svojim sodelavcem priskrbel mikroskop, komoro za štetje celic v likvorju in veliko knjigo o infekcijskih boleznih, prvi zvezek Bergmannove interne medicine. Ta knjiga je bila takrat najmodernejša in je bila doktorju Bedjaniču več let vodilo pri delu in študiju.

Razvoj infektologije in vloga infekcijskih oddelkov v času, ko je prof. Bedjanič začel s svojim delom v tej stroki, najbolje osvetljuje njegov zapis: »Infekcijski oddelki so v prvi vrsti ustanove za izolacijo infekcijskih bolnikov, zgrajeni v spoštljivi razdalji daleč stran od ostalih objektov bolnišnice. Tako je okrog njih in v njih ustvarjena in poudarjena romantično-grozljiva atmosfera usodnosti nalezljivih boleznih, ki nenadoma poberejo otroke in odrasle iz najlepšega zdravja.«

Že tedaj je prof. Bedjanič nastopil kot vzgojitelj zdravniškega naraščaja in kot medicinski publicist z jasnimi pogledi na species, ki se ji je posvetil. Uvajal je nove diagnostične in terapevtske metode v dnevni praksi, nepretrgano spremljal razvoj medicine in ožje stroke, obenem pa spreminjal materialne razmere slovenske infektologije z različnimi organizacijskimi sposobnostmi pri vodstvu in urejanju infekcijskega oddelka. Že tedaj je pokazal neutrudno delavnost in nepomirljivo navdušenje za napredek.

Njegovo medicinsko delovanje je pretrgala druga svetovna vojna. L. 1941 je padel v nemško vojno ujetništvo, najprej v Wolfsbergu na Koroškem in nato še v Spittalu. Ker je v Mariboru med vojnimi ujetniki domnevno izbruhnil pegavi tifus (bila sta tbc meningitis in miliarna tbc), so ga prestavili v mariborsko bolnišnico, da bi ujetnike zdravil, a ga nato na oddelku pustili,

da je opravljal pomembno infektološko delo. Povezal se je z narodno-osvobodilnim gibanjem. Dokler je lahko deloval na infekcijskem oddelku, je bil oddelek zatočišče preganjanih in je po njegovi zaslugi ohranil slovenski značaj v toliki meri, da so ga imenovali »slovensko republiko« v mariborski bolnišnici. L. 1944 so nacisti prof. Bedjaniča zaprli in ga obsodili na večletno ječo. Osvoboditev je pričakal v mariborskem zaporu.

Po osvoboditvi je dr. Bedjanič vodil infekcijski oddelek v Mariboru do konca l. 1946, nakar ga je poklicala naša *alma mater*, da prevzame vodstvo Klinike in Katedre za infekcijske bolezni na novoustanovljeni popolni Medicinski fakulteti v Ljubljani. Postal je eden najaktivnejših tvorcev Medicinske fakultete. S tem mu je družba omogočila, da je na svojem področju napregel vse svoje sposobnosti za čim prejšnjo in čim boljše izgradnjo naše Medicinske fakultete, za njeno organizacijo v pedagoškem smislu, za trdne osnove njenega znanstvenega dela, za pisanje in organizacijo učbenikov, za čim boljše pogoje njenega delovanja: za adaptacijo in širitev klinike, za organizacijo klinične infektološke službe. Presenetljiva sposobnost za delo mu je omogočila uspehe na več področjih, pomembne za sedanje in bodoče rodove.

Doba, ko je infektolog brez moči stal ob bolniški postelji in bil navezan zgolj na nekaj simptomatskih zdravil, je minila. Upanje, da bo nekoč drugače, se je v desetih letih izpolnilo. Jubilant je o tem zapisal: »Karl Domagk in Alexander Fleming sta odprla vrata v svet sulfonamidov in antibiotikov ter s tem korenito spremenila odnose. Infekcijski oddelek je postal diagnostično-terapevtska ustanova v toliki meri, da stopa njegova temnačna vloga sanitarno-policijskega zapora v prijetno ozadje.«

Učbenik prof. Bedjaniča »Infekcijske bolezni za medicine« je doživel do l. 1970 štiri izpopolnjene izdaje, prav tako učbenik za medicinske sestre. Izpopolnitve so bile nujne, terjal jih je nagli razvoj medicine na področju infektologije v povojnih letih. Vsaka nova izdaja je prinesla nove izkušnje, vsako njegovo znanstveno delo je bilo dragocen prispevek stroki in zdravnikom, ki se z njo ukvarjajo.

Strokovna in znanstvena dela prof. Bedjaniča so izhajala v medicinskih glasilih in kongresnih publikacijah doma in v tujini. Preobsežen je njegov strokovno-znanstveni in poljudno-znanstveni opus, da bi ga v celoti prikazali. Zato naj na kratko označimo njegova najpomembnejša dela.

Že l. 1946 so se pri nas začeli pojavljati serozni meningitisi, pri katerih je postalo že 1947 jasno, da gre glede na kliniko in epidemiologijo za nekaj povsem novega, do takrat neznanega. Tedaj se je pojavljalo to obolenje predvsem na gravitacijskem področju infekcijske klinike v Ljubljani.

Prof. Bedjanič je intenzivno preučeval novo bolezen in je o njej poročal že l. 1948 na 1. kongresu jugoslovanskih zdravnikov v Beogradu. Izkušen praktik je stopal na pot v znanstveno raziskovanje dobro pripravljen.

V naslednjih letih je vztrajno preučeval etiologijo in epidemiologijo tega obolenja in k etiologiji in epidemiologiji klopnega meningoencefalitisa prispeval največji delež. Do sredine

sedemdesetih let je to virusno bolezen, ki jo prenašajo najčesče klopi in se pojavlja v poletnih mesecih, vsestransko temeljito preučil. Raziskovanja etiologije drugih vrst meningoencefalitisa na našem ozemlju je štel za svojo glavno nalogo. Virusne infekcije živčnega sistema so najvažnejše področje njegove znanstvene dejavnosti. Ker je klinični študij infekcij centralnega živčevja in respiratornega trakta tesno vezan na virusni laboratorij, je prav njegova zasluga, da smo dobili l. 1957 sodoben virološki laboratorij za vso Slovenijo.

To je bilo v času, ko je pred infektologi stal problem poliomielitisa v letih 1953 do 1960 kot pglavilni problem naše infektologije. Prof. Bedjanič se je z vso svojo energijo spoprijel s to boleznijo. V boju proti njej je zasnoval in organiziral moderen respiracijski center za tiste bolnike, pri katerih je paralični proces napadel dihalne organe, in za poliomielične bolnike iz vse Slovenije. Vendar se s tem v svojem prizadevanju ni zadovoljil. Stremel je za tem, da bolezen učinkovito zatre. Sodeloval je na kongresih v Lyonu 1956, v Ženevi 1957 in v Københavnu 1960, ki so obravnavali vakcinacijo proti poliomielitisu. Tako je dosegel, da so bili slovenski otroci že l. 1957 zaščitno cepljeni s Salkovo in kasneje s Sabinovo vakcino. Kakšno zadoščenje za infektologa, ki je 1961 že lahko ugotovil, da poliomielititis ni več problem!

Prof. Bedjanič je bil pri iskanju novih poti v diagnostiki in v terapiji infekcijskih bolezni neprestano na delu. L. 1950 je uvedel sodobno zdravljenje škrlatinke s penicilinom in s tem skrajšal hospitalizacijo. Nenehno je zasledoval učinke nove terapije. Izkušnje so pokazale, da je možno zdraviti bolezen doma. In od l. 1964 hospitalizacija ni več obvezna. Pomemben prispevek k zdravljenju tetanusa je podal na I. strokovnem sestanku infektologov SFRJ l. 1963 v Zagrebu. Pomemben je njegov prispevek k epidemiologiji in klinični sliki črevesnih nalezljivih bolezni.

Praktično ni pomembnejše infekcijske bolezni, pri kateri prof. Bedjanič v svojem 25-letnem kliničnem delu ne bi bil izboljšal diagnostike in terapije in pri tem ne bi bil uporabil lastnih izkušenj. V kliniki je vselej zadel pravo mero. Bolezni iz kliničnega in epidemiološkega vidika do kraja pozna in jih posebno pri zdravljenju ponovno preučuje.

Njegova dejavnost je segla preko meja naše države. L. 1955 je predaval na medicinskih fakultetah v Angliji in Avstriji ter aktivno sodeloval na številnih mednarodnih in nacionalnih kongresih.

Obsega in vrednosti njegovega dela pa ne bi izčrpali, če bi poudarjali samo njegovo znanstveno in pedagoško delo in ne tudi stanovito skrb za rast strokovne ravni infekcijske klinike. Ogromen delež pri njegovem življenjskem delu je zavzemalo povrh vsega še urejanje infekcijske klinike same. Večkratne prezidave in adaptacije bivše sirotišnice v Japljevi ulici, kjer je bila po drugi svetovni vojni nameščena infekcijska klinika, so spremenile zanemarjeno in neustrezno stavbo v ugledno klinično ustanovo. Po njegovih zamislih so bili izdelani načrti za prizidek k infekcijski kliniki. Prof. Bedjanič je vztrajno ustno in pisno utemeljeval nujnost gradnje in uspelo mu je zagotoviti materialna sredstva za celotno izgradnjo. L. 1967 je klinika dobila prizidek z ustreznim odstotkom enoposteljnih sob in

otročkim oddelkom, ki s prizidano in adaptirano stavbo tvori moderno, medicinskim in epidemiološkim načelom ustrezajočo infekcijsko kliniko.

Velik del svojih sil je prof. Bedjanič posvetil strokovnemu razvoju klinike na področju diagnostike in terapije. Stanovitno je sledil novim infektološkim smerem in splošnemu razvoju medicine v najširšem smislu besede. Za profesorja Bedjaniča je značilen vpliv Horingove teorije o »cikličnih generaliziranih infekcijah«. Temu teoretičnemu prijemu je prilagodil obravnavo odnosa med organizmom in mikrobi, predvsem s patofiziološkega, kliničnega in terapevtskega vidika.

Razvoj infekcijske patologije in razvoj medicine je spodbudil prof. Bedjaniča, da je nakazal novo smer pri specializaciji infektologije. Predlog je oblikoval že l. 1961 ob ustanovitvi infektološke sekcije SZD. L. 1973 je dokončno izrazil svoje stališče na občnem zboru SZD v Novem mestu: »V reševanju problemov na področju infekcije organov in organskih sistemov sodelujejo ali konkurirajo najrazličnejše panoge medicine, kirurški in internistično usmerjene. Nikjer pa tudi ne vidimo infektologa, ki je bil pravzaprav v prvi vrsti poklican, da zdravi infekcijski proces, saj mu je dala znanost v roke zdravila, ki so pri strokovno pravilni rabi zelo uspešna ... To zdravljenje sodi vsekakor v roke infektologa, ki je za to tudi usposobljen.« Prof. Bedjanič se zavzema za specializacijo sodobne oblike: specializacijo iz interne medicine ali iz pediatrije, tej pa naj sledi superspecializacija iz infektologije.

Prof. Bedjanič je vzgajal vse današnje vodilne infektologe, zato ni čudno, da se po vsej republiki čuti težnja po ustrezni ureditvi infekcijskih oddelkov, kakor zahteva sodobna medicinska znanost in sodobna epidemiologija. Skoraj vsi povojni slovenski zdravniki, ki so diplomirali na medicinski fakulteti v Ljubljani, so torej njegovi učenci.

Krog jubilentovih strokovnih sodelavcev daleč presega območje klinike. Vzgojil je znanstvene sodelavce, ki znajo ceniti svojega mentorja. Pri njem je mogoče vsak hip najti trdno oporo, iskreno spodbudo, dobronamerno navodilo in strokovne nasvete. Njegova metodičnost, razsodnost in izkušnost so same po sebi zgled, ki vleče.

Sodelavci cenijo njegovo pravičnost, poštenost, skromnost in odkritosrčnost. S temi lastnostmi, ki jih izraža njegova širokosrčna osebnost, ustvarja vzdušje za najtesnejše sodelovanje in omogoča urejeno skupinsko delo. Ob bolniški postelji ne odkriva samo svoje široke in poglobljene strokovnosti, svojega znanja in izkušnosti, temveč tudi toplo skrb za bolnikovo usodo, svojo plemenito in globoko človečnost. Zato slovi njegova klinika po čistih in poštenih medsebojnih odnosih in zglednem ravnanju z bolniki.

L. 1970 je prof. Bedjanič zapustil mesto predstojnika klinike in odšel v pokoj, vendar je ostal še naprej strokovni sodelavec. Še naprej sodeluje pri vzgoji vseh vrst medicinskih kadrov: medicincem prvega letnika predava latinščino, na kliniki nadaljuje s



Naslovnica prvega slovenskega učbenika infektologije iz l. 1947, ki ga je spisal prof. Milko Bedjanič.



Bedjaničeva delavna knjižica, kjer je njegov priimek napisan nemško, prav tak pa je tudi njegov podpis (ljubeznivo posredovala prim. Jelka Reberšek Gorišek).



Dr. Milko Bedjanič načelnik reševalcev v mariborski bolnišnici pred l. 1947. Sam je zapisal: »Najdragocenejši pa je duh nesebične požrtvovalnosti, ki vodi člane v plemenitem tekmovanju k delu, Bogu v čast – bližnjemu v pomoč.« (Ljubeznivo posredovala prim. Jelka Reberšek Gorišek.)

svojo strokovno in znanstveno dejavnostjo. Slovenski infektologi in zdravniki drugih strok pri njem še vedno iščejo strokovne nasvete in napotke. V letih 1961 do 1970 je neposredno vodil infektološko sekcijo Slovenskega zdravniškega društva, sredi sedemdesetih let pa je bil neposredni pobudnik celotne njene dejavnosti in najpogostejši predavatelj o najaktualnejših vprašanjih imunologije in antibiotične terapije.

L. 1972 je odigral pomembno družbeno vlogo. V Kosmetu so se pojavile črne koze. Prof. Bedjanič je bil imenovan za vodjo republiške skupine strokovnjakov z nalogo, da prepreči vdor bolezni v Slovenijo. Nalogo je opravil z njemu lastno natančnostjo in poklicno etiko.

Lahko sklenemo: strokovno delo mu je bilo vse življenje sredstvo za izviren izraz osebnosti, to ga je neprestano duhovno bogatilo in mu širilo kulturno zavest, ki jo je ogreval z ljubeznijo do glasbe in umetniške tvornosti nasploh, daleč od strokovne ožine, vnet za vse, kar z lepoto lajša življenje.

Z dolgoletnim zdravnikovanjem je bil edini med slovenskimi infektologi, ki mu je bilo dano doživeti velikanski napredek na področju infektologije, in to v patologiji, diagnostiki in terapiji infekcijskih bolezni. Ne samo doživeti: dano mu je bilo, da je sam tvorno in bistveno sodeloval pri odkrivanju in spoznavanju, prav zato pa tudi pri uspešnem zdravljenju in zatiranju infekcijskih bolezni.

L. 1968 je bil izbran za dopisnega člana SAZU, l. 1973 pa izvoljen za akademika, priznanje, s katerim je bil potrjen njegov znanstveni prispevek medicini in priznana plodna delo v slovenski infektologiji. Vodil je tudi medicinski razred SAZU.

Delo prof. Bedjaniča je v slovenski infektologiji prelomnica med klasično in moderno infektologijo. Njegov prispevek za modernizacijo te stroke na Slovenskem je v resnici pomemben, njegova vrednost neprecenljiva po obsežnosti in vsestranskosti, po znanstveni prodornosti in organizacijski uspešnosti. Upravičena je ugotovitev: Njegovo delo v slovenskem zdravništvu je neminljive vrednosti.« (*Lešničar J. Akad. prof. dr. Milko Bedjanič – sedemdesetletnik. Zdrav Vestn 1974; 43 (7-8): 369-72.*)

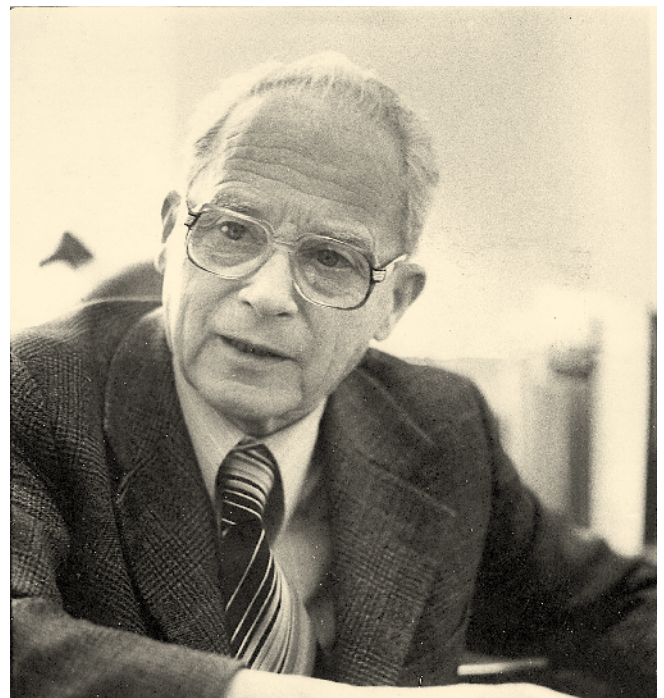
Za sodelovanje in pomoč pri pripravi zapisa se zahvaljujem prof. Petru Bedjaniču, prim. Jelki Reberšek Gorišek, prof. Franju Piklju in Senti Jaunig.

Bogdan Breclj (1906–1986)

Pobudnika slovenske ortopedije in rehabilitacijske medicine akademika Bogdana Breclja so njegovi sodelavci kot priljubljenega predstojnika in jubilaranta večkrat pisno predstavili, zato tudi četrto stoletja po njegovi smrti nismo v zagati, ko želimo oživiti njegov lik. Posebej celovito spisani so prispevki njegovega dolgoletnega sodelavca ortopeda, prof. dr. Srečka Hermana, katerega strokovna besedila so služila za pripravo tega zapisa. Da pa je ta predstavitev tudi bolj osebna, da bralcu predstavi portretiranca ne le v beli halji, ampak tudi v širši

človeški podobi, smo k sodelovanju povabili njegova otroka, zdravnika, kardiovaskularnega kirurga prim. mag. Aleša Breclja in pedopsihiatrinjo prim. Mojco Breclj Kobe. Obema se za sodelovanje lepo zahvaljujem.

Bogdan Breclj se je rodil 6. maja 1906 v Gorici, v družini znanega slovenskega zdravnika Antona Breclja (1875–1943) in matere Alice Casagrande kot najstarejši med 11 otroki. Medicino je študiral na Dunaju in v Innsbrucku, kjer je promoviral novembra 1929. Leta 1935 je opravil specialistični izpit iz kirurgije. Po specializaciji se je posvetil ortopediji in travmatologiji. Izpopolnjeval se je v Nemčiji, Avstriji, Čehoslovaški in v Italiji. Specializacijo iz ortopedije je končal leta 1937 v Italiji. Kot volonter je začel leta 1931 delati na takratnem Prvem kirurškem oddelku v Ljubljani. Na tem oddelku je bil tudi ortopedski pododdelek, kjer je začel sodelovati s takratnim šefom ortopedije prim. Francem Minašem (1889–1950). Od leta 1932 je sodeloval tudi na urološkem oddelku, ki ga je vodil dr. Rihard Jug (1875–1949). Junija 1937 je dr. Breclj prevzel vodenje Ortopedskega oddelka in ga vodil do leta 1942, ko je bil zaradi suma sodelovanja z Osvobodilno fronto (OF) večkrat zaprt. Zaradi pomanjkanja dokazov je bil izpuščen. Leta 1943 je odšel v partizane in bil med ustanovnimi člani sanitetne službe OF za NOV in Partizanske odrede Slovenije (POS). Bil je tudi vodja postojank, namestnik načelnika sanitetnega oddelka glavnega štaba NOV in POS, inštruktor sanitete VII. in IX. korpusa, od septembra 1944 pa glavni kirurg NOV in POS. Po osvoboditvi je posvetil vse svoje moči predvsem organizaciji ortopedске službe. Hkrati je sodeloval pri



Akademik Bogdan Breclj (1906–1986), idejni oče in začetnik razvoja moderne ortopedije in rehabilitacije pri Slovencih (iz arhiva družine Breclj).

organizaciji popolne medicinske fakultete (MF) in je bil njen prvi prodekan. (*Herman S. Akademik profesor dr. Bogdan Breclj. Zdrav Vestn 1993; 62: 287-91. <http://vestnik.sz.d.si/st6-5/st6-5-333-338-1.htm>, datum stika 5. 9.2010.*)

Skrb za razvoj ortopedije pri Slovencih

31. avgusta 1945 je bil dr. Bogdan Breclj imenovan za rednega profesorja ortopedije in predstojnika Ortopedske klinike. V težkih časih po koncu 2. svetovne vojne, ko je čakalo na zdravljenje na stotine neozdravljenih ranjencev, vojnih invalidov in drugih ortopedskih bolnikov, je bil prof. Breclj edini ortoped v Sloveniji. Z izredno energijo in organizacijskimi sposobnostmi je pričel reševati najbolj pereče probleme. Poiskal je sodelavce in jih strokovno usposabljal. Leta 1949 je bil izvoljen za rednega člana Slovenske akademije znanosti in umetnosti (SAZU), leta 1961 za dopisnega člana Srbske akademije znanosti in umetnosti in junija 1963 za dopisnega člana Jugoslovanke akademije znanosti in umetnosti – kasneje je postal tudi njihov redni član. Novembra 1963 ga je akademija medicinskih znanosti Sovjetske zveze v Moskvi izvolila za svojega tujega člana.

Ortopedska klinika je bila v začetku leta 1945 še vedno gost Kirurške klinike. Imela je 35 postelj, leto kasneje pa se je število postelj povečalo na 45. Šele spomladi leta 1947 se je Ortopedska klinika preselila v prostore bivšega sanatorija Šlajmerjev dom, vendar ni dobila celotne stavbe, pač pa le približno polovico, saj je v njej potekalo ambulantno delo, ki se je leta 1957 preselilo v Polikliniko, število ortopedskih postelj pa se je povečalo na 87. Dobila je tudi operacijski dvorani ter boljši dostop do rentgenske

diagnostike. Prve mesece je bil prof. Breclju v pomoč le dr. Herbert Hawlina (1914–1988). Februarja 1946 je prišel na kliniko še dr. France Debevec (1915–2002), v letu 1947 pa še zdravniki Franc Derganc ml. (1911–1973), Radivoj Bobič (r. 1917) ter Edvard Pohar (1912–1997). Leta 1948 je na Ortopedsko kliniko prišla pediaterinja Zvezda Zadnik (1909–2003). Nova klinika je opravljala številne naloge pri zdravljenju ortopedskih bolnikov. Poleg zdravljenja je bila pedagoška ustanova in je razvijala strokovno doktrino. Ustanovila in razvila je službo rehabilitacije s potrebnimi ustanovami, šolami in kadri. Ortopedska klinika se je pod vodstvom prof. Breclja postopoma razvila v vodilno ustanovo ortopedske stroke ne samo v Sloveniji, pač pa tudi v nekdanji Jugoslaviji. Da bi stroka napredovala, je bil prof. Breclj pobudnik sodelovanja z rentgenologiji in je pritegnil k delu prim. Cirila Cirmana (1892–1981), kasneje pa je njegovo delo nadaljeval prof. Ludvik Tabor (1924–1997). Prof. Breclj je bil tudi pobudnik uvajanja novih metod dela, ki jih je po sodelovanju na mednarodnih srečanjih prenesel domov. Uvedel je številne nove operativne metode in tehnike. V letu 1947 je uvedel fiksacijo kostnih odlomkov oz. kostnih delov po osteotomijah s ploščicami vitalium in vijaki. Začel je uporabljati kostne avtotransplantate in zato leta 1952 organiziral kostno banko s homotransplantati. Konservacija kosti je bila najprej kemična z mertiosalom, nato pa so po dveh letih prešli na globoko zmrzovanje kosti. Skupaj s kemičnim inštitutom MF, s prof. Dušanom Štucinom (1915–1976) in Železarno Jesenice so izbrali nerjaveče jeklo prokrom XI in po načrtih prof. Franceta Debeveca izdelali razne vrste in oblike plošč in vijakov za osteosinteze. Oktobra 1968 je bila vsajena tudi prva totalna endoproteza kolka. Velika zasluga prof. Breclja je tudi



Čemšenik, februar 1983. Smučarske tekme Ortopedske klinike. Akad. Bogdan Breclj testira smučišče (iz arhiva družine Breclj).



Jugoslovanski predsednik Tito Broz in njegov zdravniški tim v ljubljanskem Kliničnem centru. Z leve sedijo internist prof. Stanislav Mahkota, Titova soproga Jovanka Broz, Tito, ortoped akad. Bogdan Breclj, kirurg prof. Martin Benedik in radiolog prof. Ludvik Tabor (iz arhiva družine Breclj).

zgodnje odkrivanje in zdravljenje nepravilnosti otroškega kolka. Z zgodnjim odkrivanjem, izobraževanjem mater in rednimi kontrolami je problem, ki je bil po vojni zelo pereč, praktično rešil. Danes izpah kolka praktično ne predstavlja več zdravstvenega problema. Njegova zasluga in zasluga prof. Debevca je, da sta že v letu 1962 uvedla sodobno metodo osteosinteze po švicarski AO-tehniki. Med predstojništvom prof. Breclja so uvedli tudi mehanično podaljševanje udov s pomočjo distrakcije kosti. Za to metodo so razvili lastno modifikacijo Andersonovega elongacijskega aparata, kasneje pa je prof. Srakar uvedel lasten zunanji fiksater in distraktor. Kako dober posluh za otroke je imel prof. Breclj, kaže tudi to, da je zaradi dolgotrajne hospitalizacije otrok že v letu 1959 uvedel šolski pouk za hospitalizirane otroke, kjer so se redno izmenjevali učitelji Osnovne šole Ledina. Prof. Breclj je vedel, da za dobro rehabilitacijo ortopedskih bolnikov potrebuje dobre fizioterapevte, zato je že leta 1947 sprožil problem organizacije in ustanovitve šole za fizioterapevte. Tako je bila leta 1947 organizirana srednja šola za fizioterapevte, ki je bila prva v takratni skupni državi. Vodili so jo ortopedi Ortopedske klinike. (*Breclj B. Razvoj ortopedije na Slovenskem. V: Smerdu F (ur.). Poslanstvo slovenskega zdravnika. Ljubljana: Slovenska matica, 1965: 180-2. Herman S, Srakar F. Ortopedija. V: Enciklopedija Slovenije, zv. 8. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1994: 173-4.*)

Skrb za medicinsko rehabilitacijo

Zaradi velikega števila bolnikov s kostno tuberkulozo je bila že poleti 1945 organizirana Bolnišnica za kostno tuberkulozo v Valdoltri. Bila je prva specializirana bolnišnica za osteoartikularno tuberkulozo in jo je v začetku strokovno vodil prof. Breclj. Organiziral je še bolnišnice v Rovinju in Šempetru pri Gorici. Invalidnim otrokom nista bili nujno potrebni samo medicinska oskrba in ortopedsko zdravljenje, temveč tudi fizikalno



Na Triglavu l. 1936. Z desne: Stane Hudnik, Bogdan Breclj, Nada Hudnik.

zdravljenje in izobraževanje ter poklicno usposabljanje, zato je bil aprila 1947 ustanovljen dom za invalidno mladino v Kamniku. Na pobudo prof. Breclja je bil po programu rehabilitacijske službe, ki so ga izdelali strokovnjaki Ortopedske klinike v leta 1954, organiziran in ustanovljen Republiški zavod za rehabilitacijo invalidov. Ortopedi so sodelovali pri načrtovanju in pri prvem strokovnem vodstvu zavoda. V letu 1953 so zaradi epidemije otroške paralize, da bi razbremenili Infekcijsko kliniko, reorganizirali in prenovili zdravilišče Laško v moderno rehabilitacijsko ustanovo. Ob prizadevanjih prof. Breclja sta leta 1952 dobili fizikalna medicina in rehabilitacija mesto tudi v učnem programu MF. Kljub delu z bolniki, obremenitvam s pedagoškim delom in številnim organizacijskim nalogam je prof. Breclj leta 1950 začel raziskovati sklepno tekočino pri različnih vnetjih, raziskoval konzerviranje in uporabo kostnih presadkov, uporabo radioaktivnih izotopov pri zdravljenju nekaterih ortopedskih bolezni in preučeval nove načine zdravljenja kostne tuberkuloze. (*Derganc F. Razvoj medicinske rehabilitacije v SR Sloveniji. V: Smerdu F (ur.). Poslanstvo slovenskega zdravnika. Ljubljana: Slovenska matica, 1965: 189-90.*)

Večino raziskovalnega dela pa je prof. Breclj namenil problemom prirojenega izpaha kolkov. Organiziral in vodil je več raziskovalnih projektov s tega področja. Največji med njimi, ki je stekel leta 1968, je vključeval večje centre iz vse takratne skupne države Jugoslavije. Odkril je nove zakonitosti in nove oblike pri razvoju prirojnih malformacij kolka. Njegovo delo je prineslo znanstveno osnovo za popolno preventivo in zgodnje odkrivanje teh prirojnih nepravilnosti.

Delovno in prijateljsko vzdušje na Ortopedski kliniki se ni odražalo le v številnih strokovnih uspehih klinike, pač pa tudi v družabnem življenju. Znale so bile vsakoletne novoletne proslave



Ob 80-letnici akad. Bogdana Breclja na Ortopedski kliniki v Ljubljani leta 1986. Z leve sedijo: predsednik SAZU in specialist forenzične medicine akad. Janez Milčinski s soprogo Vido Milčinski, akad. Bogdan Breclj, patofiziologinja prof. Živa Majcen, patofiziolog akad. Andrej O. Župančič, zadaj ortoped prof. France Srakar (iz arhiva družine Breclj).

na kliniki, sindikalni izleti na Pšinc, kjer je imel prof. Breclj skromno planinsko kočo, ki si jo je delil s planinskimi prijatelji (Stane Hudnik, Miro Jeršič, Nevina Prevec). Ortopedska klinika je prva v takratni Klinični bolnišnici organizirala smučarske tekme za svoje delavce. Po njenem vzoru so nato v KC vrsto let organizirali zimske in poletne športne igre in tekme. Že takrat so se zdravstveni delavci zavedali, da je nujno potrebno z zgledom vsakodnevno dokazovati, da zdrav duh potrebuje zdravo telo in da je preprečevanje bolezní enako, če ne še bolj pomembno od uspešnega zdravljenja bolezní. Zato so propagirali rekreacijo.

Svoje znanje in izkušnje je prof. Breclj posredoval tudi drugim ustanovam in republikam. Bil je idejni vodja in glavni organizator priprav na organizacijo travmatološke službe v federaciji, nato pa je sodeloval tudi pri prvem zveznem programu za rehabilitacijo invalidov. Izdelal je podroben program službe za rehabilitacijo za Bosno in Hercegovino. Sodeloval je tudi pri ustanavljanju medicinskih fakultet v Sarajevu in v Skopju. Ob škopskem potresu je bil s svojo zdravstveno ekipo izredno uspešen. Zaradi velikih uspehov pri razvoju ortopedske in rehabilitacijske službe, zaradi številnih znanstvenih publikacij in obsežnega znanstvenoraziskovalnega dela je bil izvoljen med člane uglednih akademij in v strokovna združenja. Bil je član društva za ortopedijo in travmatologijo Francije, član društva ortopedov in travmatologov Bolgarije, član mednarodnega društva za rehabilitacijo invalidov v New Yorku, častni član mednarodnega združenja za ortopedijo (SICOT) v Bruslju, častni član Združenja slovenskih zdravniških društev in častni član jugoslovanskega ortopedskega združenja ter zaslužni profesor ljubljanske Univerze. Prof. Breclj je vrsto let spremljal predsednika Jugoslavije maršala Tita na njegovih številnih državnih obiskih v Evropi in po svetu, med njegovim zdravljenjem v Kliničnem centru je bil vodja njegove zdravniške ekipe. Za izredno obsežno strokovno znanstveno in organizacijsko delo je dobil več družbenih priznanj in odlikovanj. Bil je nosilec partizanske spomenice 1941, za delo na področju ortopedije in medicinske rehabilitacije je leta 1986 prejel Kidričevo nagrado.

Ljubezen do gora

Ob predanosti medicinski stroki in znanosti so v prostem času prof. Breclja osvojile gore. Z njimi se je spoznal že v mladih šolskih letih. V letih študija medicine v Innsbrucku se je že odpravljaj v gorska brezpotja in se razvil v odličnega plezalca alpinista. V Innsbrucku je skupaj z nekaterimi slovenskimi kolegi dodobra spoznal tirolsko-avstrijski alpinizem, njegove dosežke in tehniko, posebno pa plezalsko in reševalno opremo. To znanje je prinesel domov in se izpopolnjeval, ko je postal odbornik osrednjega odbora Slovenskega planinskega društva (SPD) v Ljubljani. Plezal, hodil in smučal po gorah pa ni le za lastno zabavo, bil je alpinistični in gorskoreševalni predavatelj ter inštruktor na tečajih in vajah v organizaciji SPD, pa tudi praktični reševalec. Nekaj časa je bil tudi načelnik tedanjega osrednjega reševalnega odseka SPD v Ljubljani. Leta 1933 je napisal za tiste čase poučno brošuro Prva pomoč in reševanje v gorah, kjer je prvi opredelil in začrtal osnovno organizacijo naše gorske reševalne

službe in potek reševanja. Prof. Bogdan Breclj je tudi po vojni, kljub številnim poklicnim in družbenim dolžnostim, veliko prostega časa posvečal goram. Leta 1952, v znanem zapletu ob majski tragediji v Severni steni Špika, je znova prevzel načelstvo takrat na novo ustanovljene komisije za gorsko reševalno službo pri Planinski zvezi Slovenije. Pomiril je duhove in razprtije med reševalci, službo pa organiziral in izpopolnil na posodobljenih načelih. Za svoje pionirsko delo v gorski reševalni službi in v razvoju planinstva ter za delovanje v planinskih vrstah je prejel vsa priznanja in častne znake PZS in PZJ. (*Potočnik M. Prvi je začrtal osnovno organizacijo naše gorske reševalne službe. Planinski vestnik 1986; 10: 466–7.*)

V družinskem krogu

Vojna je posegla v marsikatero osebno življenje in tako je razdrla tudi prvi zakon Bogdana Breclja z Ursulo Wuttke, sposobno fizioterapevtko, ki jo je spoznal na specializaciji v Berlinu in imel z njo tri otroke. Po vojni je spoznal zdravnico dr. Damjano Bebler, specialistko higijene in epidemiologije, s katero si je ponovno ustvaril družinsko srečo. V novi družini je odraščalo vseh njenih pet otrok, trije so sledili poklicni poti staršev, dve pa sta končali študij prava in arhitekture. Posebej povezovalni za vse družinske člane so bili živahni večerni pogovori ob okrogli mizi v dnevi sobi. Tam so bili prav na veliko zadovoljstvo očeta Breclja dobrodošli tudi prijatelji mlajše in starejše generacije. Bogato in polno življenje pa mu žal ni prizaneslo z žalostno prezgodnjo izgubo najstarejše hčerke. Vse življenje je imel iskrene in zveste prijatelje, med njimi so bili profesorji Dušan Štucin, Janez Milčinski, Živa Majcen, Andrej Župančič, Dorče Sarđoč, Mike Leinbach in številni drugi, ki so prav tako zahajali v njegov dom. Z nekaterimi izmed njih je užival v planinah, ko mu je čas to dopuščal. Tega pa je bilo vse manj in manj. Najbližjim so ostali veseli spomini na božične večere pri noni in novoletna praznovanja z obljubami za »vito novo«, z obljubo predvsem ženi Damjani, da bo v novem letu vse drugače in predvsem, da bo več časa za družino in tudi zdravje. Brecljeva mati je dočakala enaindevetdeset let in bila nanj zelo ponosna. Vse življenje mu je za rojstni dan pripravljala posebno slaščico po starih vipavskih receptih. V pozni starosti ji je po zlomu kolka vstavil totalno endoprotezo in bil zaskrbljen, kako bo prenesla novico, zato je menil, da je bolje, da se podrobnosti zamolči. Pa ga je prehitela rekoč; daj no daj, Bogdan, misliš, da ne vem, da si mi dal umetni kolk, saj sem brala v časopisu, da to sedaj delate... Lepo se je rehabilitirala in tako ji je življenje podaljšal gotovo za deset let.

Bogdan Breclj je bil osebno zelo delaven in skromen in je te vrednote prenesel tudi na svoje bližnje. Kot zdravnik je imel izjemen čut za bolnika kot človeka, pa tudi za njegove osebne težave, zato so se številni obračali nanj po nasvete še dolgo potem, ko ni več operiral in delal v ambulanti. Vsakemu se je osebno posvetil in do konca spoštoval osnovna zdravnikova načela, to je enakost do vseh in molčečnost. Zanj in za njegove sodelavce je vedno veljal le zakon »Salus aegroti suprema lex.«



Staroste slovenske ortopedije na novoletnem srečanju leta 1974. Z leve si sledijo profesorji Franc Debevec, Bogdan Breclj, Edvard Pohar, Herbert Hawlina in Radivoj Bobič (iz arhiva Ortopedske klinike).



Kolektiv Ortopedske klinike leta 1957 s študenti Višje šole za fizioterapevte. Z desne: dr. Ivan Pintarič, NN, prof. Edvard Pohar, prof. Bogdan Breclj in NN (iz arhiva Ortopedske klinike).

Ujemanje metod merjenja – praktični pristop

Jaro Lajovic

Sta različni vrsti merilnih instrumentov med seboj izmenljivi? Lahko uporabimo enega namesto drugega? Kako dobro se ujemajo z njima izmerjene vrednosti? In kako naj ocenimo njuno ujemanje? Preden začnemo v praksi uporabljati nov merilni instrument, želimo ugotoviti njegovo ujemanje z nekimi drugim, že uveljavljenim ali referenčnim. Za ocenjevanje ujemanja moramo izbrati prave, relevantne atribute merjenja in povedne načine njihovega povzemanja oz. prikaza. Prispevek predstavlja praktični pristop k ocenjevanju ujemanja.

Uvod

Ocenjevanje ujemanja merilnih naprav ali metod – po navadi dveh, lahko pa tudi več – je pomembno na številnih področjih. Medicina je eno tistih, kjer je dinamika razvoja novih, preprostejših, cenovno ugodnejših ali kako drugače primernejših naprav zelo živahna. Pomemben segment so naprave za samomerjenje, ki bolnikom pomagajo obvladovati bolezen in preprečevati zaplete, od merilnikov krvnega tlaka prek tistih za merjenje največjega pretoka izdihanega zraka do merilnikov glukoze v krvi; ocenjevanje ujemanja je pri takšnih pripomočkih še zlasti pomembno in zanimivo.

Za praktični prikaz nekaterih načel in postopkov ocenjevanja ujemanja smo izbrali simulirane podatke resničnega primerjanja dveh vrst merilnikov glukoze v krvi. Za (inter)aktivno spremljanje tega prispevka so podatki dostopni na spletni strani <http://rosigma.si/clanki/ujemanje/>, kjer so na voljo še nekateri drugi viri oz. povezave.

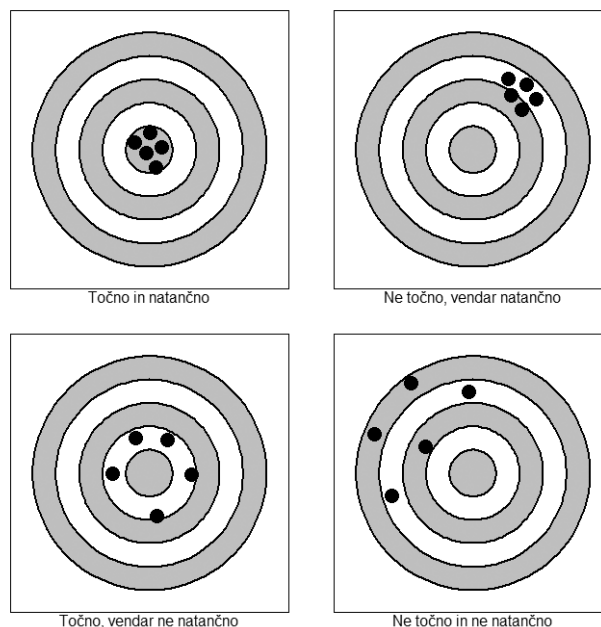
Članek najprej predstavi pojma točnost in natančnost, ki sta ključna v ocenjevanju ujemanja. Nato se dotakne dveh znanih, za vrednotenje ujemanja nepravih, a še vedno pogosto rabljenih metod. V osrednjem delu obravnava tri praktične, deloma komplementarne načine za grafični prikaz in opisno oceno ujemanja. Na koncu pa sta predstavljeni dve metodološko zahtevnejši, formalni statistični metodi analize ujemanja.

Točnost in natančnost merjenja

Ključna pojma na področju merjenja sta točnost in natančnost. *Točnost* (angleško: accuracy) pove, kako blizu je izmerjena vrednost dejanski, resnični vrednosti. *Natančnost* (angleško: precision) pove, kako blizu so si izmerjene vrednosti ene in iste količine, merjene pod enakimi pogoji. Merilni instrument mora biti točen in natančen – mogoča pa je tudi katerakoli druga kombinacija: lahko je točen in nenatančen, netočen in

natančen ali kar netočen in nenatančen hkrati. Nazoren prikaz tega je ilustracija s tarčo (slika 1). Točnost razkriva, kako blizu sredini tarče (resnični vrednosti) so naši zadetki (meritve), natančnost pove, kako razpršeni (variabilni) so. Tako je npr. izid na tretjem prikazu (»točno, vendar ne natančno«) slike točen, ker so vsi zadetki razporejeni okrog resnične vrednosti, ni pa natančen, ker so razsejani precej široko okrog nje.

Popolno ujemanje pomeni enako točnost in enako natančnost dveh metod. Čeprav seveda vedno želimo, da bi bila pričakovana vrednost meritev čim bližje resnični vrednosti R in da bi bila variabilnost čim manjša, to dvoje ni predmet ocenjevanja ujemanja. Zavedati se namreč moramo, da za razliko od ilustracije pri ocenjevanju ujemanja tarče v resnici ne vidimo. Pred seboj nimamo njenih krogov, ampak le zadetke. Tarčo bi nam v teh okoliščinah »naredil vidno« nek zlati standard merjenja, a potem ne bi šlo več za ujemanje, temveč za vprašanje kalibracije, umerjanja testiranega instrumenta. Pri ocenjevanju ujemanja pa resnične vrednosti ne poznamo.



Slika 1. Točnost in natančnost pri streljanju v tarčo. Vsaka pika predstavlja en strel – to pri merjenju ustreza eni meritvi.

Klasični model merjenja predstavlja odnos med izmerjeno vrednostjo x , resnično vrednostjo R ter sistematično napako (pristranskostjo) β in slučajno napako merjenja ε z enačbo:

$$x = R + \beta + \varepsilon \quad [1]$$

Vsaka izmerjena vrednost torej vključuje nek odklon od resnične vrednosti, ki ga ustvarjata obe napaki. Sistematična je pogosto povezana z instrumentom ali (dosledno) nepravilnim izvajanjem merjenja. Slučajna je plod številnih slučajnih vplivov, zato praviloma privzamemo, da je porazdeljena normalno s srednjo vrednostjo 0.

Ker resnične vrednosti ne poznamo, nam za ocenjevanje ostane sistematična in slučajna napaka β in ε . Seveda želimo, da se metodi sistematično ne razhajata in da je njuna (skupna) variabilnost čim manjša – torej želimo, da je $\beta = 0$ in ε čim manjši. Iz enačbe [1] je razvidno, da se lahko za ovrednotenje obeh napak pravzaprav opremo le na razlike parov meritev, opravljenih z eno in drugo, starejšo in novejšo, referenčno in primerjano metodo. To dejstvo je ključno za nadaljnje razmišljanje.

Tukaj sta potrebni dve opombi. Prvič: pri preskušanju nove metode ocenjevalci v praksi starejšo, dotlej rabljeno metodo radi obravnavajo kot zlati standard. To je praviloma neutemeljeno in zato neustrezno. In drugič: pri ocenjevanju ujemanja je v ospredju praktična sprejemljivost, ta pa je zelo odvisna od konkretnih okoliščin. Zgled: razumljivo je, da je sprejemljivost ujemanja drugačna, če je nek merilnik namenjen množični presejalni uporabi, kot če je namenjen uporabi v enoti za intenzivno nego. Formalno statistično testiranje, ki se ga dotikamo na koncu prispevka, zaradi tega nikakor ne more nadomestiti vsebinskega preudarka. Zato je *izredno pomembno*, da pri ocenjevanju ujemanja meje sprejemljivosti vedno *vneprej opredelimo* pred izvedbo postopkov, opisanih v nadaljevanju.

Povzemimo: pri oceni ujemanja nas zanimata točnost in natančnost, pričakovana vrednost in variabilnost oz. sistematična in slučajna napaka meritev. Da bo ocena ujemanja relevantna, mora zajeti enega teh parov. Zgornji razmisleki so ustrezno izhodišče tako za izbiro metod analize ujemanja kot za vrednotenje poročil o analizah. Prav v takšnih poročilih pa kot metodi ocenjevanja ujemanja še vedno pogosto srečamo korelacijo in linearno regresijo, čeprav zanj nista primerni in tudi ne ustrezni. Poglejmo, zakaj.

Brez zelenega odgovora: korelacija in linearna regresija

Korelacijski koeficient

Korelacija je mera (linearne) povezanosti. Najpogosteje je izražena s Pearsonovim korelacijskim koeficientom kot razmerje

med kovarianco rezultatov obeh metod in zmnožkom njunih standardnih odklonov:

$$\rho_{XY} = \frac{\sigma_{XY}^2}{\sigma_X \sigma_Y}$$

Gre torej za razmerje med skupno variabilnostjo rezultatov obeh metod in variabilnostjo rezultatov vsake metode zase. Koeficient korelacije ne zajema točnosti. Prav tako ne zajema variabilnosti razlik parov, ki nam kažejo natančnost. Primerja le obe skupini rezultatov v celoti, ne parov. Zato za ocenjevanje ujemanja ni primeren.

O neustreznosti govori še nekaj drugih dejstev. Tako npr. vemo, da metodi za merjenje istega parametra gotovo korelirata v tolikšni meri, da je ocenjevanje statistične značilnosti korelacije brez pomena.¹ Ker korelacija ne vključuje točnosti, lahko med seboj povsem korelirajo ($\rho = 1$) tudi vrednosti, ki se ne ujema. Ujemanje je popolno le pri tistih, ki ležijo na črti enakosti ($x = y$), oz. je dobro pri tistih, ki ležijo dovolj blizu nje. Poleg tega se korelacija z razponom merjenih vrednosti povečuje: ker za preverjanje metod praviloma uporabljamo meritve v celotnem razponu možnih vrednosti, to pripomore k večji korelaciji, a je brez pomena za vrednotenje ujemanja. In ne nazadnje: korelacija je lahko zelo visoka kljub slabemu ujemanju metod (to je mogoče preveriti z naborom podatkov na spletni strani, ki tukaj ni prikazan).

Čeprav je Pearsonov korelacijski koeficient za ocenjevanje ujemanja očitno neprimeren, obstajajo nekateri drugi koeficienti, ki so izračunani drugače in so za takšno ocenjevanje primernejši. Dva od njih sta na kratko predstavljena na koncu članka.

Linearna regresija

Z linearno regresijo želimo izraziti razmerje med (korelirani) spremenljivkama z linearno enačbo oblike:

$$y = kx + n$$

Osnovni namen je napovedovanje vrednosti ene spremenljivke na podlagi druge. Konstanta k pri tem pomeni naklon regresijske premice in n njeno presečišče na ordinatni osi.

Podobno kot korelacija tudi regresija ne daje vpogleda v točnost in natančnost. Po drugi strani pa nas pri ocenjevanju ujemanja ne zanima napovedovanje rezultatov ene metode iz rezultatov druge. Na prvi pogled se sicer lahko zazdi, da je mogoče ujemanje oceniti iz vrednosti naklona in presečišča (naklon 1 kot

¹ Bland JM, Altman DG. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet*. 1986; 1(8476): 307–10.

domnevna ustreznica natančnosti in presečišče 0 kot domnevna ustreznica točnosti). Vendar s tem v resnici ocenimo povprečno skladanje za skupino, ne za posamezne pare meritev; pripadajoča variabilnost ocene k in n pa pravzaprav onemogoča praktično interpretacijo. Poleg tega linearna regresija predpostavlja vrednosti neodvisne spremenljivke brez merske napake, pri ocenjevanju ujemanja pa imata napako obe spremenljivki (kar celo v primeru umestne regresijske analize zahteva drugačno metodo, npr. Demingovo regresijo).

Regresija sicer ima svoje mesto v drugih okvirih primerjav (npr. kalibracija, dejansko napovedovanje rezultatov ene metode na podlagi druge). Toda če nas zanima praktična enakovrednost metod oziroma če se sprašujemo, ali lahko z novo metodo nadomestimo staro, moramo ovrednotiti njuno ujemanje: v tem primeru velja prej zapisano.

Nazorne rešitve: grafični prikazi

Poglejmo zdaj tri načine, ki nazorno, grafično prikažejo ujemanje metod in omogočajo opisno oceno ujemanja. To so Bland-Altmanov diagram ali diagram razlik, Krouwer-Montijev diagram, bolj znan kot gorski diagram, in diagram Luiza in sodelavcev, poimenovan diagram preživetja ujemanja. Najbolj uveljavljeni med njimi, Bland-Altmanov, ostaja temeljni način grafičnega prikaza, ki ga druga dva povedno dopolnita.

Poudarimo še enkrat, da je treba pred uporabo teh prikazov vnaprej opredeliti praktično sprejemljivo mejo razlik med metodama, oz. rečeno drugače, praktično nepomembno razliko (po navadi jo označimo z δ_0).

Bland-Altmanov diagram (diagram razlik)

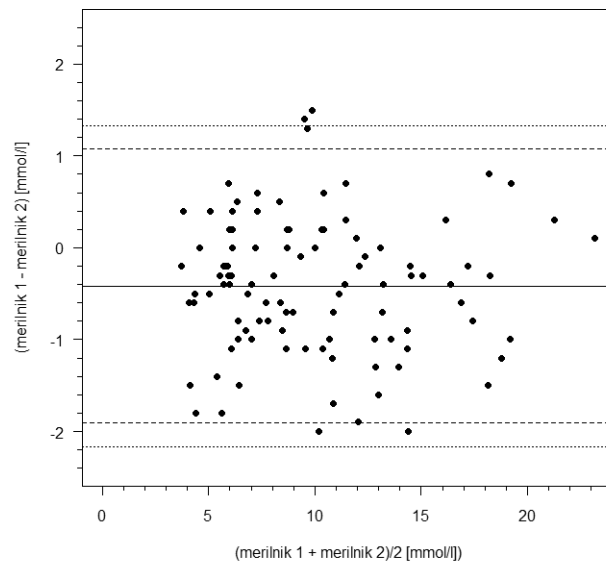
V članku, ki je postal najbolj citiran prispevek v zgodovini ugledne revije *The Lancet*, sta Bland in Altman¹ za ocenjevanje ujemanja predlagala metodo, ki je postala standard. Metodo sta pozneje še nadgradila.²

Postopek je, da izračunamo povprečja vseh parov meritev in razlike vseh parov meritev dveh merilnikov. Povprečja naneseemo na absciso in pripadajoče razlike na ordinato (slika 2).

Ker resnične vrednosti v posameznem paru meritev ne poznamo, pravita avtorja, je njena najboljša ocena povprečje obeh meritev. Podobno z razlikami posameznih parov meritev ocenimo variabilnost. Povprečje teh razlik nam služi za oceno sistematične napake (pristranskosti). Vse povedano je mogoče izpeljati iz enačbe [1]. Pomembni sta še meji, ki ju imenujemo 95-odstotni meji ujemanja. Če povprečje razlik označimo z μ , njihov standardni odklon s σ in predpostavimo normalno porazdelitev razlik (tj. napak), sta 95-odstotni meji ujemanja $\mu + 1,96 \sigma$ in $\mu - 1,96 \sigma$. Ker sta ti meji ujemanja vzorčni oceni s svojo lastno standardno napako, je to napako treba upoštevati za natančno določitev razpona meja ujemanja; njena velikost je seveda odvisna od variabilnosti razlik in velikosti vzorca.

² Bland JM, Altman DG. Measuring agreement in method comparison studies. *Stat Methods Med Res.* 1999; 8(2): 135–60.

Bland-Altmanov diagram razlik



Slika 2. Bland-Altmanov diagram razlik za dva merilnika glukoze v krvi. Polna črta označuje povprečje razlik, črtkani črti 95-odstotni meji ujemanja, pikčasti črti pa »zunanji« meji 95-odstotnega intervala zaupanja za ti meji ujemanja. Povprečje razlik je $-0,4$ mmol/l, kar pomeni, da merilnik 2 v povprečju pokaže za $0,4$ mmol/l večje vrednosti kot merilnik 1 (pristranskost oz. sistematična napaka). Trenda ni, prav tako ni spreminjanja variabilnosti (tj. heteroskedastičnosti).

O ustreznem ujemanju metod govorimo, če je dovolj velik delež razlik na Bland-Altmanovem prikazu dovolj majhen oz. dovolj blizu 0. Kaj pa je dovolj blizu 0, moramo vnaprej, pred testiranjem, določiti z izbiro ustrezne δ_0 .

Bland-Altmanov diagram prikaže (relativno) točnost s povprečjem razlik in natančnost z razpršenostjo razlik. S tem po drugi strani zelo nazorno prikaže odmike tega dvojega. Odmik povprečja razlik od 0 pomeni sistematično napako (pristranskost); če na diagramu ni drugih odklonov, je to napako mogoče računsko korigirati. Velika variabilnost napak pa je resna pomanjkljivost (tudi brez sistematične napake, z njo pa še bolj), ki bistveno vpliva na oceno sprejemljivosti ujemanja.

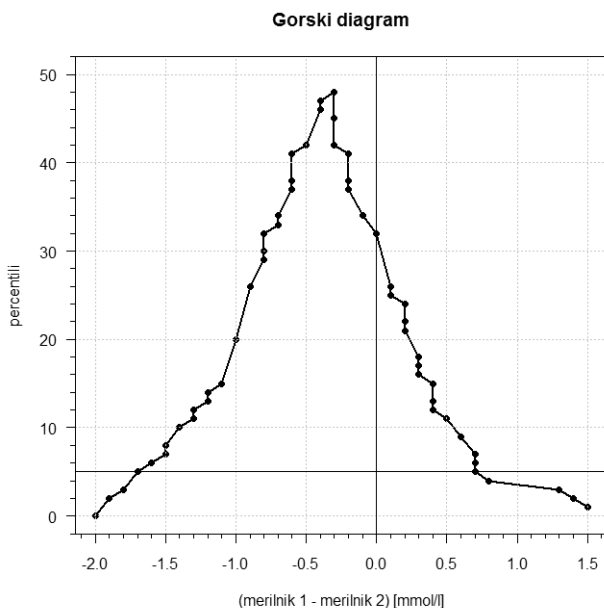
Poleg pristranskosti in prevelike variabilnosti lahko diagram razkrije zlasti še dva druga odklona: (1) trend (povprečna napaka se spreminja z velikostjo merjene vrednosti) in (2) spreminjanje variabilnosti (t.i. heteroskedastičnost: porazdelitev točk na diagramu v obliki troblje). V takšnih primerih pride v poštev analiza s transformacijo (npr. logaritemska transformacija) podatkov. Podrobnosti presegajo okvir tega prispevka, so pa predstavljene v članku Blanda in Altmana.²

Gorski diagram

Krouwer in Monti³ sta zasnovala grafični prikaz, komplementaren Bland-Altmanovemu. Formalno nosi ime »diagram prepognjene empirične kumulativne porazdelitve«, kratko in nazorno pa sta ga imenovala »gorski diagram«.

Postopek je, da izračunamo razlike vseh parov meritev, te razlike rangiramo in rangiranim vrednostim dodelimo percentile. Dobljene percentilne vrednosti »prepognemo« tako, da vsem percentilom > 50 priredimo vrednost 100 – percentile. Ko na absciso naneseemo razlike parov vrednosti in na ordinato izračunane »prepognjene percentile«, dobimo prikaz porazdelitve razlik med metodama (slika 3).

Poudarek gorskega diagrama je predvsem na centru podatkov in njihovih repih. Če med metodama ni sistematičnega razhajanja, je vrh krivulje (»gore«) nad 0, sicer je vrh nad mediano razliko. Repa krivulje kažeta razhajanje med metodama: kolikor krajša sta, toliko manjše je razhajanje. Med prednostmi tega prikaza so: neobčutljivost za osamelce (tj. skrajne vrednosti, ki v Bland-Altmanovem prikazu razširijo meji ujemanja), lažje ugotavljanje osrednjih 95-odstotnih podatkov (tudi če porazdelitev ni normalna), lažja ocena percentilov velikih razlik in lažja primerjava različnih porazdelitev. Praktična prednost pa je, da lahko na



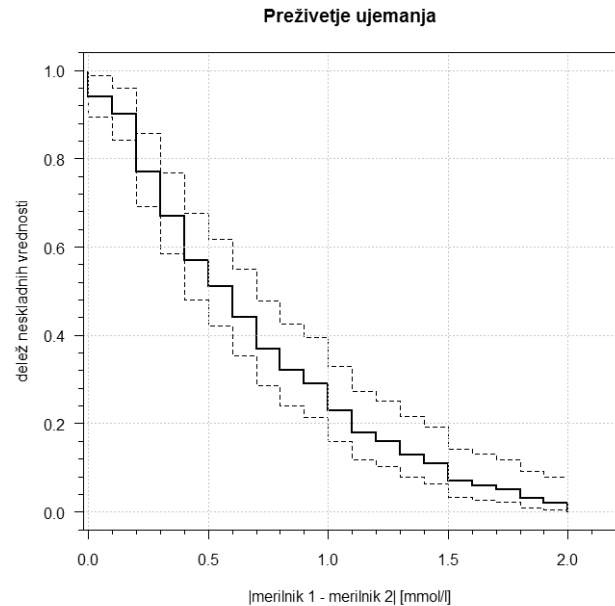
Slika 3. »Gorski diagram« Krouwerja in Montija. Polna navpična črta označuje razliko 0; ker vrh ni na njej, to kaže sistematično napako: merilnik 2 pokaže 0,4 mmol/l večje vrednosti. Vodoravna polna črta označuje 5. oz. 95. percentil. Krivulja je primerno simetrična, kar je zaželeno.

istem diagramu prikažemo krivulje za več parov metod in tako obnašanje dveh ali več novih metod v primerjavi z referenčno.

Diagram preživetja ujemanja

Ta prikaz je novejši in manj znan. Luiz in sodelavci⁴ so ga poimenovali tako, ker temelji na krivulji, podobni Kaplan-Meierjevi krivulji iz analize preživetja.

Postopek je, da izračunamo absolutne razlike parov meritev in vsaki razliki priredimo kumulativni delež razlik, večjih od nje



Slika 4. Diagram »preživetja ujemanja« po Luiziu in sod. Polna črta prikazuje delež neskladnosti pri posamezni vrednosti absolutne razlike med metodama. Črtkani črti označujeta zgornjo in spodnjo mejo 95-odstotnega intervala zaupanja.

(delež neskladnosti). Na absciso naneseemo absolutne razlike, na ordinato delež neskladnosti. Dobljeno krivuljo lahko obravnavamo kot krivuljo preživetja (le da je namesto časa absolutna razlika parov, pari pa »preživijo« natanko do točke svoje absolutne razlike). Tako kot za Kaplan-Meierjevo krivuljo je mogoče izračunati tudi intervale zaupanja. Krivuljo preživetja ujemanja s 95-odstotnimi intervali zaupanja prikazuje slika 4.

Na abscisi izberemo razliko in na ordinati odčitamo delež (ne)skladnosti. Tako npr. vidimo, da se za več kot 0,3 mmol/l razlikuje ~70 odstotkov meritev in za več kot 0,5 mmol/l ~55 odstotkov. Delež razlik, manjših od določene, odčitamo od zgornje meje diagrama (tj. odštejemo od 1: za 0,3 oz. 0,5 mmol/l npr. znašata ~30 odstotkov in ~45 odstotkov). Diagram

3 Krouwer JS, Monti KL. A simple, graphical method to evaluate laboratory assays. Eur J Clin Chem Clin Biochem. 1995; 33(8):525-7.

4 Luiz RR, Costa AJ, Kale PL, Werneck GL. Assessment of agreement of a quantitative variable: a new graphical approach. J Clin Epidemiol. 2003; 56(10):963-7.

pomaga oceniti praktični pomen razlik v ujemanju: če bi npr. za δ_0 izbrali ≤ 1 mmol/l, temu ustreza ~70 odstotkov meritev, če bi izbrali $\leq 1,5$ mmol/l, jih ustreza ~90 odstotkov. Za oba deleža lahko ocenimo tudi 95-odstotni interval zaupanja (v prvem primeru je ~60–80 odstotkov in v drugem ~80–95 odstotkov).

V nasprotju z Bland-Altmanovim diagramom ta diagram ne razkrije sistematične razlike med metodama in tudi ne omogoča odkrivanja heteroskedastičnosti ali trenda. Primeren je torej kot dopolnilo Bland-Altmanovemu. Kar zadeva prednosti, avtorji kot eno navajajo možnost analize vpliva sopsremenljivk in kot drugo (čeprav gre v prvi vrsti za opisni način) možnost formalnega statističnega preverjanja značilnih razlik med krivuljami.

Formalno primerjanje

Z omembo formalnega testiranja se dotikamo področja, s katerega bomo le na kratko orisali dve takšni metodi za zvezne spremenljivke: intraklasni korelacijski koeficient (ICC) in konkordančni korelacijski koeficient (CCC). V prispevku smo se sicer osredotočili na primerjavo dveh metod, a omenjena koeficienta omogočata tudi primerjavo več kot dveh hkrati.

Intraklasni korelacijski koeficient

Intraklasni korelacijski koeficient (ICC) temelji na analizi variance (ANOVA) s ponavljajočimi se meritvami. Zamisel je, da celotno variabilnost podatkov razčlenimo na variabilnost merjenih vzorcev, variabilnost merilnih metod in variabilnost slučajne napake. Koeficient lahko izračunamo iz vrednosti ustrezne tabele ANOVA, je pa v bistvu razmerje med variabilnostjo merjenih vzorcev in celotno variabilnostjo. En možni zapis je:⁵

$$\rho_I = \frac{\sigma_V^2}{\sigma_V^2 + \sigma_\beta^2 + \sigma_\varepsilon^2}$$

pri čemer so σ^2 variance, indeksi pa pomenijo: V med vzorci, β med metodami in ε slučajnih napak. Obstaja več različic ICC. Vrednost ICC je precej težko tolmačiti. Obstajajo sicer razvrstitve, ki intervalom teh vrednosti prirejajo opisne ocene (odlično, dobro, slabo ... ujemanje), toda v resnici je oceno treba ovrednotiti od primera do primera.

Zavedati se je treba določenih omejitev metode. Najbolj očitna je, da je občutljiva na variabilnost vrednosti: večja variabilnost merjenih vrednosti med vzorci povečuje možnost visokega ICC (in obratno). Ker metode praviloma ocenjujemo v čim širšem

razponu vrednosti, je možnost takšnega vpliva precejšnja. Poleg tega je metoda parametrična in tako zahteva normalno porazdelitev spremenljivk, enakost varianc in neodvisnost napak.

Konkordančni korelacijski koeficient

Konkordančni korelacijski koeficient (CCC), po svojem avtorju znan tudi kot Linov koeficient, je indeks ujemanja, opredeljen kot:

$$\rho_C = \frac{2\rho\sigma_X\sigma_Y}{(\mu_X - \mu_Y)^2 + \sigma_X^2 + \sigma_Y^2}$$

pri čemer pomeni μ pričakovano vrednost, σ standardni odklon (oz. σ^2 varianco), ρ korelacijo, indeksa X in Y pa eno in drugo primerjano metodo. Koeficient predstavlja pričakovano kvadratno razdaljo para meritev od črte enakosti ($x = y$), prilagojeno tako, da leži med -1 in 1. Po Linu lahko zgornjo formulo razstavimo na »komponento točnosti« in »komponento natančnosti«,⁵ za uporabo pa priporoča vnaprejšnjo opredelitev tiste najmanjše vrednosti CCC, ki smo jo pripravljene sprejeti kot zadovoljivo ujemanje. Na tej podlagi je mogoče tudi formalno testirati značilnost.

Podobno kot ICC ima tudi CCC več različic. CCC je ICC podoben tudi sicer, zlasti v primeru primerjave le dveh metod. Podobne so tudi njegove omejitve: občutljivost na variabilnost med vzorci, netrivialno vrednotenje številske vrednosti in strnjjenost v enem rezultatu, ki onemogoča enostavno ugotavljanje vzroka v primeru nezadostnega ujemanja.

Zaključek

Pregled načinov za ocenjevanje ujemanja potrjuje staro spoznanje, da slika pove več kot tisoč besed – kaj šele, kot ena sama številka. Formalni načini, kot sta ICC in CCC, namreč vse informacije v podatkih strnejo v eno samo vrednost. Poleg poznavanja področja je tako za uporabo teh načinov med drugim potrebno dobro poznavanje njihovega matematičnega ozadja in predpostavk, saj je sicer interpretacija dobljenega rezultata v najboljšem primeru vprašljiva.

Na drugi strani pa so grafični načini analize neprimerno bolj nazorni, bolj intuitivni in jih je lažje tolmačiti. Zato so za praktično uporabo mnogo primernejši in ob vnaprejšnji opredelitvi mej sprejemljivosti omogočajo dobro ocenjevanje ujemanja merilnih metod oziroma instrumentov.

5 Choudhary PK, Nagaraja HN. Measuring Agreement in Method Comparison Studies – A Review. In: N. Balakrishnan N, Kannan N, Nagaraja HN, eds: Advances in Ranking and Selection, Multiple Comparisons, and Reliability: Methodology and Applications. Boston: Birkhäuser Boston, 2005, 215-244.

Iz anatomske učilnice Leonarda da Vincija (1452–1519)

Zvonka Zupanič Slavec, Ksenija Slavec

Srednjeveška medicina predstavlja v zgodovini medicine eno najdaljših obdobj. Traja kar 14 stoletij, čas, v katerem se je v »beli stroki« zgodilo le malo dramatičnega. Zato postopen propad fevdalnega sistema, krepitev vloge buržoazije, rušenje avtoritet, iskanje navdiha v antični umetnosti in kulturi, pojav renesančne znanosti in umetnosti pomenijo pravo svežino po dolgem zatišju. Zdravniki se ponovno vračajo k idejam Hipokrata, opuščajo tisočletno galenistično in arabsko medicino, ki ju je podprla katoliška Cerkev. V svetlobi novih idej ni več prostora za mistično in spekulativno medicino, za astrologijo, alkimijo in druge paramedicinske vede. Gutenbergovo odkritje tiska (1440) in z njim širjenje opismenjenosti in znanja, odkritje Nove zemlje (1492) in z njim pojav novih bolezni (sifilis) in zdravil, odkritje smodnika in z njim pojav drugačnih poškodb ter še drugi vzroki so zbudili medicino iz srednjeveške dremavice. Cerkev je poudarjala, da je telo le posoda za nesmrtno dušo in je bil ves trud srednjeveške medicine usmerjen v reševanje duše. Toda preporod znanosti najprej v 14. in 15. stol. v Italiji, nato pa tudi drugod po Evropi z novimi strokovnimi in znanstvenimi spoznanji, je začel rušiti preživele avtoritete. Cerkev se je z inkvizicijo in grmadami branila pred spremembami, toda toka znanosti ni mogla ustaviti. Napredek v temeljnih medicinskih vedah, anatomiji, fiziologiji in patologiji je zaznamoval medicino po 15. stoletju.

Anatomske sekcije so bile v srednjem veku strogo prepovedane. Prve humane sekcije so se začele na najstarejših evropskih univerzah in njihovih medicinskih fakultetah. Bile so posamične, zdravniki pa so od oblasti dobili truplo ali dve letno, običajno usmrčene kaznjence in hudodelce. Kar nekaj srednjeveških mojstrov čopiča je to skrivnostno vzdušje ob sekcijah tudi naslikalo. Najznamenitejše delo je gotovo Rembrandtova slika Anatom- ska ura dr. Nicolaesa Tulpa (1632).



Leonardo da Vinci pri anatomske sekciji.

Anatomi druge polovice 15. stoletja so bili večinoma reakcionarno galenistično usmerjeni. Na redkih sekcijah, ki so jih izvajali, so predvsem želeli potrjevati pravilnost Galenovih anatomske spoznanj, ki pa so večinoma izhajala iz sekcij prašičev. Četudi so naleteli na razlike, so jih pojasnili kot nefiziološke oz. patološke. Prav svetoskrunsko se je bilo upreti Galenovi avtoriteti ter arabskim medicinskim korifejem, kot sta bila Avicenna in Razas. A kljub temu so se postopoma porajala nova spoznanja. Da Vincijeva anatomska sodobnika sta bila profesorja anatomije Jacopo Berengario da Carpa (1470–1530) iz Bologne in Jacobus Sylvius (Jacques Dubois, 1478–1555) iz Pariza. Oba sta prišla do novih anatomske odkritij, vendar sta bila nenaklonjena spreminjanju dogme. Katera so bila njuna spoznanja?

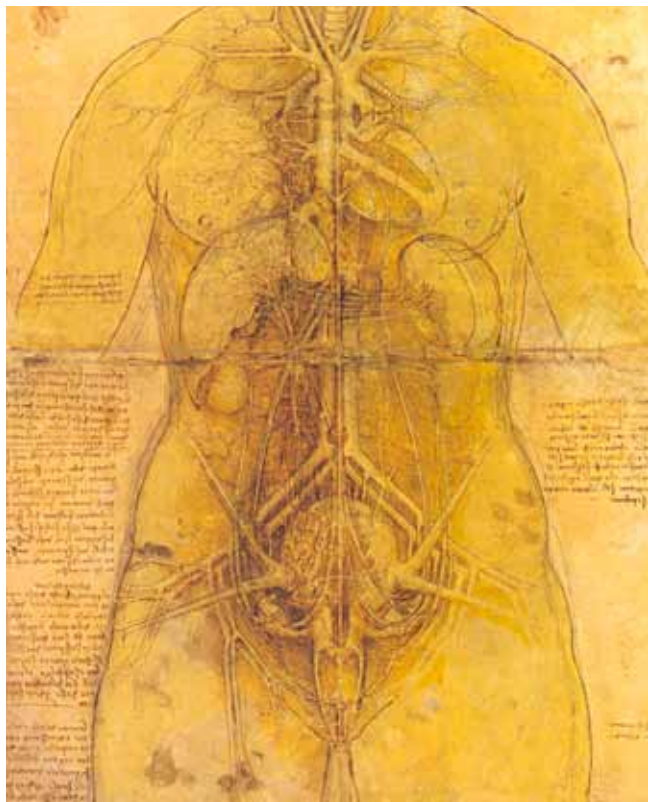
Prva sta opisala slepič (appendix), priželjč (thymus) in sfenoidno lobanjsko kost (os sphenoidale); izvrstno sta opisala hrbtenico z vsemi detajli ter ledvice, srčne zaklopke, hrustance grla in celo venske zaklopke, ki so vodile k revolucionarnemu Harveyevemu odkritju krvnega obtoka (1628).

Medtem ko so bili vsi predstavniki uradne znanosti dogmat- sko nepopustljivi, je eden največjih renesančnih umetnikov Leonardo da Vinci začel povsem samostojno preučevati gradnjo človeškega telesa, neobremenjen s starimi anatomske besedili, polnimi napačnih trditev, kot npr.:

- da ima moški 11 parov reber, ženska pa 12,
- da so v srcu tudi kosti (kot pri govedu),
- da je grodnica sestavljena iz sedmih delov in ne treh,
- da ima maternica dve do sedem votlin in ne samo eno,
- da je spodnja čeljustnica zgrajena iz dveh delov in ne samo enega itd.

Da Vincijevo približevanje anatomiji

Univerzalni renesančni um in znanstvenik Leonardo da Vinci ni le na zunaj opazoval človeškega telesa. Sprva se je anatomije učil v Firencah v delavnici svojega slikarskega učitelja Paola Verrochia. Tam so se vajenci učili t.i. »plastične anatomije« za umetnike. Prisostvoval je raztelesenjem, risal skice in pisal zabeleške. Od leta 1488 je samostojno obduciral. Sprva v bolnišnici Santa Maria Nuova v Firencah, nato v milanskem obdobju v tamkajšnji bolnišnici Maggiore in končno v Rimu v bolnišnici Santo Spirito. Človeško telo si je želel prikazati na topografski in funkcijski način. Zanimali so ga tudi notranji organi in njihovo delovanje. Tako je v približno 30 letih opravil okoli 30 humanih sekcij moških in ženskih trupel različnih starosti. Pri



Mojsterski da Vincijev prikaz topografske anatomije.

delu je sodeloval dr. Marcantonio della Torre (1481–1512), ki je sprva živel v Firencah, nato pa v Pavii. Domnevno sta pripravljala izdajo teoretičnega dela o anatomiji. Da Vinci je v vsem tem obdobju zrisal nad 200 zelo natančnih in tudi po umetniški plati izjemnih risb. Leta 1512 je dr. della Torre umrl v epidemiji kužne bolezni in je izdaja knjige zastala vse do leta 1580, ko je v skrajšani izdaji vendarle ugledala luč sveta pod naslovom Traktat o slikarstvu.

Da Vincijska funkcionalna anatomija oz. zgodnja fiziologija

Anatomskih raziskav se je da Vinci lotil kot zrel znanstvenik in umetnik. Bistroumno je opazoval in intuitivno razumel srž problemov. Bil je briljantno nadarjen in je do virtuoznosti izpopolnil anatomsko ilustracijo. Hkrati je bil silno discipliniran in zelo samokritičen; zato je marsikatero njegovo delo ostalo nedokončano. Bilo je preprosto premalo dobro za njegova merila.

Zastopal je tudi mišljenje, da morajo naslikane podobe ustrezati resničnosti in morajo ustvariti vtis gibanja. V sebi je nosil idejo o »gibanju duha«. Anatomijo – torej obliko – je vedno znova poskusil dopolniti s funkcijo. Zato je pogosto primerjal fiziologijo pri živem (človeku ali živali) in anatomijo pri kadavru. Iz oblike je sklepal na funkcijo. Bil je izreden opazovalec. S



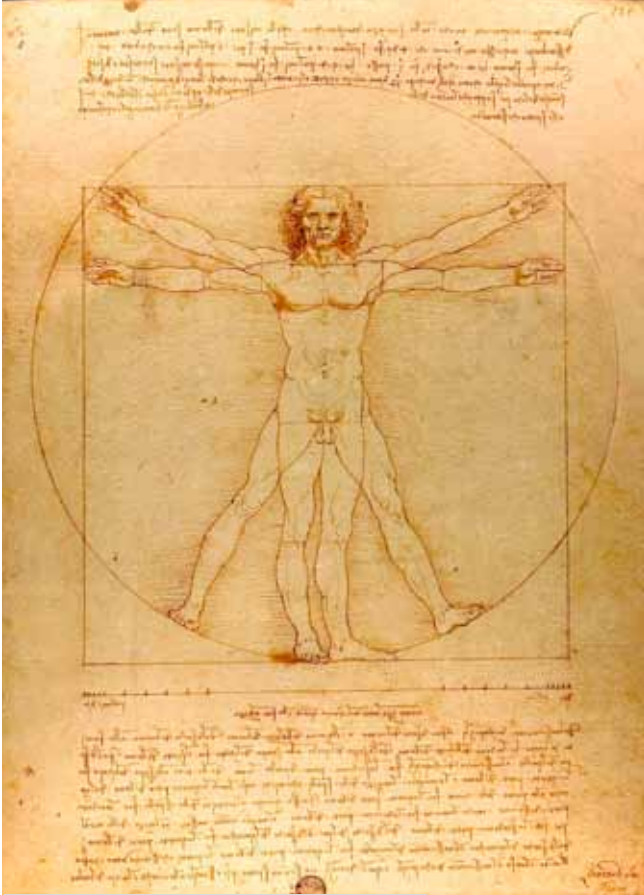
Prikaz gravidne maternice.

poskusi, ki jih je opravljal zaradi preučevanja funkcije, je postal zgodnji znanilec fiziologije. Ta izraz, predvsem pa sama veda, se pojavi namreč šele dve stoletji po da Vinciju. Poskušal je odgovoriti na vprašanja, kako se premikajo mišice, kako nastane v očesu slika in grlu glas, kako pride do govora. Ker se je z navedenimi vprašanji ukvarjal veliko pred časom, so se med njegovimi odgovori pojavljale tudi napake.

Temelji primerjalne anatomije

Poleg človeških trupel je da Vinci seciral tudi različne živali. Preučeval je zunanjo gradnjo telesa, notranje organe, živčni sistem in gibala. Da Vinci je nameraval pripraviti knjigo o človeškem razvoju od spočetja do starosti. Zato je tudi seciral gravidne živali, predvsem krave, nikoli pa ni naletel na truplo nosečnice in videl in vivo humane gravidne maternice s plodom. Pri sekcijah je Leonardo pozorno opazoval procese staranja. S humanimi in veterinarskimi anatomskimi študijami je postavil temelje primerjalni anatomiji, ki jo je temeljito razvil dunajski anatom 19. stol. Joseph Hyrtl.

Leonardo da Vinci je uporabljal pri anatomskih študijah dve metodi: obdukcijo in maceracijo; s slednjo je prišel do sklepov in kosti. Hkrati je kot znanstveno metodo uporabljal eksperimentiranje in ga štel za sredstvo dojemanja ter analizo obstoječih principov.



Da Vincijevi proporci človeškega telesa.

Za raziskave možganov je uporabljal tehniko vbrizgavanja tekočega voska v možganske prekate. Delal je preseke lobanje in dolgih kosti, da bi prikazal lobanjske votline in sinuse, kakor tudi (diafizarne) kanale dolgih kosti. S shemami je poskušal predstaviti tridimenzionalne strukture. Preučeval je gibe mišic, zanimal ga je mehanski učinek. Preučeval je tudi čutila. Pri tem sta mu kot metoda služili opazovanje in eksperiment. Znan je da Vincijev kanon proporcev človeškega telesa in obraza. Na svojih risbah da Vinci teži k evritmiji, umetniški ubranosti med deli in celoto.

Govorica da Vincijeve anatomske risbe

Da Vinci je risal celotni človeški skelet, pa tudi posamezne dele, npr. lobanjo, hrbtenico, prsni koš, medenico in okončine. Skelet je prikazoval vedno znova v funkciji, saj je raziskoval mehaniko gibanja. Pri raziskovanju lobanje je napravil frontalne, sagitalne in transverzalne reze, lobanjsko votlino je napolnil z voskom in dobil odlitek. Zanimali so ga tudi sinusi lobanjskih kosti.

Na hrbtenici je da Vinci opisal dvojni S in nagib medenice ter križnice. Poudaril je, da križnica sestoji iz petih zraščanih vretenc, dotlej je namreč veljalo, da je to ena kost. Pri prsnem



Raziskovanje lobanjske votline.

košu, ki ga je zelo natančno zrisal in tudi temeljito opisal, je želel spoznati mehaniko dihanja. Skeletne risbe okončin štejejo med njegove najboljše anatomske risbe. Te je za roke in noge zrisal v celoti, pa tudi po delih. Zelo natančno in odlično je predstavil dlan in roko, pa lopatico in ključnico. Sklepe je opisoval posamič, njihova funkcija pa je bila objavljena v Traktatu o slikarstvu (1580).

Da Vinci se je resno lotil tudi preučevanja anatomije mišic in njihove funkcije. Predlagal je celo klasifikacijo mišic človeškega telesa po njihovi obliki, tetivah, pripenjanju na kosti (origo, insertio). Poznal je mišične sinergiste in antagoniste. Opisal in narisal je celo pronacijo in supinacijo mišic rok. Mišice je risal shematsko, manjše v obliki traku, da se je videl njihov izvor in njihovo narastišče oz. mesto pripenjanja.

Mišice obraza – zelo ga je zanimala fiziognomija obraza, zato je skrbno študiral mišice obraza. Prvi je tudi narisal grlo, spoznal je oživčenje glasilk – n. laryngealis, ki je nujen za nastanek glasu. Pri da Vinciju ne smemo vedno iskati 100-odstotne natančnosti njegovih risb, ker je mnoge anatomske risbe gledal na mehanski način. Celotno sam je napisal: »Naj ne poskušajo tolmačiti mojih risb tisti, ki se ne spoznajo na mehaniko in matematiko.« Pogosto je risal mišice vratu in ramen, še posebno:



Risbe skeleta.

m. trapezius, m. sternocleidomastoideus in m. deltoideus. Temeljito je zrisal tudi hrbtnne mišice, od površinskih do globokih. Prav tako je zelo natančno zrisal mišice nadlahti in podlahti m. biceps brachii, njegovo origo in insertio. Zrisal je tudi vse tetive prstnih fleksorjev. Mišice nog, stegen in zadnjice (regio glutealis) je zrisal z raznih perspektiv. Za medicince bi bilo zanimivo, da je odlično narisal m. tensor fasciae latae, m. sartorius (krojaško mišico), m. triceps surae, mm. peronei. Prikazal je tudi ekstenzorne mišice prstov nog, posebej palca.

Mišice prsnega koša – mišici serratus anteriorus je pripisoval pomembno vlogo pri dihanju. Preučeval je medrebrne mišice, še posebej skupno z njihovo funkcijo. Poznal je tudi vlogo diafragme, ki ločuje prsno votlino od trebušne. Opisal jo je kot tetivno mišično formacijo, vezano na konce reber in na rebrne hrustance.

Oživčenje mišic ter način njihovega delovanja da Vinciju niso bili popolnoma jasni. Nič čudnega za takratno poznavanje fiziologije. Zato so tudi njegove anatomske risbe veliko natančneje kot pa opisi in interpretacije.



Tetive vratnih mišic.

Notranji organi, srce in velike žile

Da Vinci je detajlno prikazal gradnjo srca in si prizadeval razložiti gibanje krvi. Z opazovanjem, seciranjem in eksperimentiranjem na živalih je poskušal priti do odgovora. Uganko kroženja krvi je šele leta 1628 rešil angleški zdravnik William Harvey (1578–1657).

Da Vinci je goveje srce podobno kot lobanjsko votlino napolnil s tekočim voskom in prikazal odtis srčnih votlin.

Sapnik in pljuča – da bi proučil funkcijo dihanja in mehanizem nastanka glasu, je seciral sapnik in pljuča kadavrov ter živali. Pljuča je poskušal polniti z zrakom. Kot fonetika ga dolgo niso poznali, bil pa je med prvimi, ki je temeljito zrisal in preučil vse anatomske prvine, pomembne za glas in govor.

Trebušni organi – ohranjene so njegove risbe želodca, črevesa, jeter, ledvic, sečnega mehurja, mezenterija, moških in ženskih spolovil. Narisal je celo koitus.

Živčevje – vršil je poskuse na žabah in na njih preizkušal delovanje živčnega sistema. Možganske ventrikle je prikazal v različnih projekcijah in jih je štel za središče življenjskih funkcij. Poskuse na možganih je delal npr. pri žabah in zapisal, da le-te živijo še nekaj ur po dekapitaciji. Zelo ga je zanimal prenos



impulzov po živcih do mišic in nazaj. Sprepariral je tudi vseh 12 možganskih živcev.

Okoli je študiral kot pravi znanstvenik. Da bi preučil njegovo zgradbo, ga je fiksiral v jajčni beljakovini, ga koaguliral s toploto in delal prereze. Da bi se dokopal do spoznanja, kako nastane slika, je skonstruiral tudi model očesa, a mu je to vendarle ostalo nerazkrito. Vid je študiral tudi na nekaterih pticah in mačkah. Spotoma je opazoval patološke spremembe oči.

Študije človeških likov Leonarda da Vinci

Med številnimi deli, ki jih je genialni da Vinci ustvaril v svojem plodovitem življenju, zavzemajo prav posebno mesto risbe človeških likov, moških in žensk različne starosti. Videti je, da je te risbe risal neprestano, ko je študiral in izpopolnjeval proporce človeškega telesa, še posebej mimike in izraza. Obraze je obravnaval kot umetnik in znanstvenik. Bil je izjemen opazovalec človeške fiziognomije, iskal je vzroke za drugačen videz posameznika. Na obrazih je prikazoval kontrast med mladostjo in starostjo, spremljal fiziognomijo obraza ob boleznih in nasploh pogosto risal starostno spremenjene obraze. Njegove risbe starostnikov predstavljajo pravo zbirko posebnosti, predvsem moških, ki po družbenih normah veljajo za grde. Videti je, da da Vinci ni bil naklonjen starosti. Na teh obrazih so zarisane poteze močnih življenjskih strasti in boleznih, ki so se skozi leta poglobljale in razorale ter izkazile obraz.

Številni strokovnjaki menijo, da so te karikature bolj realistične, kot se zdi na prvi pogled. Verjetno je, da je da Vinci sam iskal posebnosti. Taki ljudje so mu spontano padli v oči. Na teh karikaturah izstopajo nekateri poudarki in bi narisane lahko poimenovali »človek-usta«, »človek-nos« itd. Risal je obraze s pretirano poudarjenimi ličnicami, zobmi ali spodnjimi čeljustnicami. Nič ni smešnega na teh karikiranih obrazih; bolj gre za umetnikovo iskanje priložnosti, da nariše vse možne prototipe obrazov, glede na različne anatomske danosti.

Nekatero risbo so pospremljene z avtorjevim komentarjem: »Vsi delci živega telesa morajo odgovarjati svoji celoti«. Ali »Figura mora predstavljati skladnost posameznih delov«. Očitno je da Vinci iskal evritmijo, umetniško ubranost, lepoto, pravilno razmerje med deli in celoto. Tudi pri tako drugačnih obrazih je znal videti t.i. »pravilne nepravilnosti« in jih spraviti v nek zakon, ritem. Pri tem je poskušal, kako vpliva na videz obraza, če premakne čelo ali brado naprej ali nazaj.

Da Vinci je ves čas iskal pravilne proporce med posameznimi deli človeškega telesa; hotel je spoznati zakone narave, kanon, ki bi držal za vse večne čase. Zato je v toliko obrazih vrisana mreža, kvadrati, diagonale idr. Karikirani obrazi so tako dobro zrisani, ker je umetnik odlično poznal anatomijo. Da Vincijeve risbe starcev in posebnosti nosijo v sebi toliko svežine, govorijo s tako prepričljivo likovno govorico, da je njihovo sporočilo brezčasno.

Kot kontrast prikazanim karikaturam »grdunov« pa pogledjmo še prelepe slike žensk in otrok. Tu je čistoča linije tako neizmerena, da fascinira s svojo preprostostjo in večno lepoto.

Da Vincijeva anatomska spoznanja so bila objavljena v knjigi Traktat o slikarstvu šele 60 let po njegovi smrti. Slikarjem je knjiga prinesla številne dragocene napotke, zlata pravila slikanja človeške figure. Samo kot zgled pogledjmo, kaj je da Vinci napisal o upodabljanju žensk, otrok in starih ljudi: » ... Ženska naj bo upodobljena s sramežljivimi kretnjami, s stisnjenimi nogami, s sklenjenimi rokami, s sklonjenimi in nagnjenimi glavami na eno stran.« Za risanje otrok je priporočal: »Majhni otroci, kadar sedijo, naj bodo narisani s hitrimi, nerodnimi, nepravilnimi gibi, če stojijo, pa s plašnimi in prestrašenimi gibi.« Za stare ljudi je napisal, da naj bodo narisani okornih, počasnih kretnj, z nogami, ki so v kolenih upognjene, kadar stojijo, s stopali, ki stojijo





Portreti posebnežev.

vzporedno, pa vendar ločeno drugo od drugega. Njihovi hrbti naj bodo upognjeni, glava naj bo sklonjena naprej in roke naj ne bodo preveč iztegnjene od telesa.

Dal pa je tudi navodilo slikarjem, kako naj slikajo in rišejo mišice: »Slikar opozarjam te, da pri upodabljanju gibov oseb, ki jih rišeš, poudariš samo mišice, ki imajo funkcijo pri gibanju in hoji tvoje osebe, tako da je mišica, ki je v takem primeru najbolj obremenjena, najbolj poudarjena, tista pa, ki ni obremenjena, ostane sproščena ter mehka in komajda opazna. Zato te rotim, študiraj anatomijo mišic, kit in kosti, saj boš brez tega znanja naredil bore malo. Če rišeš na osnovi živih bitij, se lahko zgodi, da model, ki si ga izbral, ne bo imel dobro razvitih mišic v položaju, ki naj bi ga zavzel. Ni vselej lahko dobiti dobrih golih modelov in vselej se jih ne da narisati. Bolje in koristneje je za tebe, da vadiš risanje raznolikosti in si jo vtisneš v spomin.«

Da Vinci je umetnost je brezčasna, kakor je večna narava, ki mu je bila osrednje vodilo. V njegovem primeru navdušuje »očarljiva vzajemnost med znanostjo, izumiteljstvom in umetnostjo.« Le kdo bi da Vincijevemu delu prisodil že petsto let!?

Sklep

Če se torej po tem razmišljanju vprašamo, kako je renesančna anatomija vplivala na likovni izraz Leonarda da Vincija, moramo reči, da je bil on tisti, ki je neobremenjen od srednjeveške anatomske dogme pri humanih sekcijah risal tisto, kar so videle njegove oči, in ne, kar je trdila dogmatska srednjeveška medicina. Kot nezdravnik je neobremenjen demistificiral številne zablude anatomije preteklega časa, vendar njegova spoznanja niso vplivala na renesančno anatomijo (16. stoletja), ker so ji ostala prikrita. Da Vinci je anatomsko odkritja so morali ponovno odkriti renesančni anatomi.



Brezčasna Mona Lisa.

Da Vincijevega genialnega duha je gnala neustavljiva želja, da pogleda stvarem v oči, da si razodene skrite resnice, da razume govorico in gibanje živih bitij ter vse to prenese v likovno upodobitev, v umetnino. Njegov neponovljivi čut za opazovanje, izjemna sposobnost intuitivnega dojemanja in silna samokritičnost so pripomogli k rojevanju večnih lepot.

Žal je bila povezanost znanstvenikov pred pol tisočletja še slaba, knjiga šele dobro uveljavljena, zato pretok novic počasen. V tem tiči tudi razlog, da so ostala da Vincijeva revolucionarna anatomska spoznanja po kužni smrti njegovega sodelavca zdravnika Marcantonija della Torreja (1481–1512) in skorajšnji da Vincijevi kapi in kasnejši smrti neobjavljena vse do leta 1580. Medtem pa se je pojavil danes priznani osrednji reformator renesančne medicine Belgijec Andreas Vesalius (1514–1564) in z epohalnim anatomskim delom »De humani corporis fabrica libri septem« leta 1543 zadal smrtni udarec galenistični medicini. 300 imenitnih lesorezov Tizianovega učenca Stephana van Calcarja je naredilo tudi to knjigo z 200 novimi spoznanji ne le znanstveno napredno, ampak tudi estetsko in likovno dopadljivo.

Leonardo da Vinci bi lahko vsaj za 30 let pospešil razvoj renesančne anatomije, vendar je naključje hotelo, da so njegova spoznanja ostala medicini nepoznana še 60 let po njegovi

smrti. Ker pa da Vinci ni imel namena tekmovati z medicino, ta tekma zanj ni mogla biti izgubljena. Z okoli 200 nesmrtnimi anatomskimi risbami je začrtal pot novi dobi upodablajočih umetnosti. Slikarstvo in kiparstvo je s poglobljenim poznavanjem anatomskih struktur pri živih bitjih povečalo svojo izrazno moč, obogatilo realnost in plastičnost upodobitev. In za da Vincijem so prihajali novi in novi rodovi umetnikov, ki so se zgledovali po njegovih delih, jemali v roke njegove slikarske kane, ki jih je črpal iz narave. Ta je bila njegova večna učiteljica. Otroška zvedavost, neminljiva umetnikova spremljevalka, ga je spodbujala skozi vse življenje in ga gnala v pionirsko delo na mnogih področjih. Zato medicina da Vincija upravičeno šteje med renesančne anatome, saj perfekcionizem njegovih risb po umetniški plati presega vse dotlej narisano.



Družina.



Avtoporet.

Magnezij in hipertenzija

Rudi Pavlin

Med sodobnimi zdravili in zdravilnimi pripomočki je ponudba magnezija in njegovih soli razmeroma pogosta. Med drugim priporočajo zlasti v ZDA njegovo rabo tudi za zdravljenje hipertenzije. Morebiten uspeh bi seveda bil izredna sreča za vsakega hipertonika. Posebej ugodna sta magnezijeva preprosta raba in nizka cena. Žal pa raba magnezija kot antihipertoni-ka zaradi nezanesljivih uspehov še ni ustaljena niti službeno nasvetovana.

Magnezij katalizira več kot 300 celičnih encimskih procesov. Na dan ga dobimo s hrano kakih 400 mg, največ z zelenjavo, manj z mesno hrano. Dobimo ga tudi s pitno vodo. Pomanjkanje magnezija v telesu je največkrat posledica premajhnega vnosa ali pa pomanjkljive absorpcije. Pomanjkanje je lahko tudi pri alkoholikih, ob jemanju diuretikov (furosemid), pri starejših ljudeh (ob že oslavljenih ledvicah zaužijejo premalo vode), pri športnikih (znojenje), diabetikih (izguba z urinom) in metabolični acidozi. Znaki pomanjkanja so: splošna slabost, parestezije, tremorji in srčna aritmija.

Magnezij je potreben za fiziološko uravnavanje krvnega tlaka. Zmanjšanja njegove koncentracije lahko prispevajo k etiologiji hipertenzije (zvečan žilni tonus, zvečan odgovor na vazokonstriktorske agense), natančnega mehanizma pa še ne poznamo. Ne znamo razložiti niti različnih odgovorov na zdravljenje hipertenzije z magnezijem. Odgovor ni odvisen od velikosti odmerka, zato Harrison v svojem učbeniku interne medicine priporoča odmerek od 54 pa kar do 483 mg magnezija na dan. Tudi po velikih odmerkih ni bilo znakov hiperma-gnezemije, opisana pa so statistično potrjena zboljšanja elastičnosti velikih žil. Kontraindikaciji za dajanje magnezija sta okvara ledvičnega delovanja in miokardna okvara.

Po vseh izkušnjah o rabi magnezija kot antihipertenzivnega zdravila je težko dati jasen nasvet. Morebiten neuspeh zdravljenja z magnezijem lahko izniči voljo zdravnika, da bi bolj dolgotrajno poskušal vsaj z majhnimi odmerki. Takšno je današnje stanje v svetu, žal pa traja že kar vrsto let. Bomo dočakali rešitev?

Bakterije NDM-1

Mirjana Stantič Pavlinič

Na podlagi epidemiološkega spremljanja gibanja na antibiotike odpornih bakterij že dalj časa po svetu opozarjamo na naraščanje odpornosti enterobakterij na antibiotike. Enterobakterije so sicer del normalne bakterijske črevesne flore, pogosto pa povzročajo tudi okužbe črevesja, sečil, sepse, pljučnice, bolnišnične okužbe in drugo.

Bakterije, označene kot NDM-1 (New Delhi metalo- β -laktamaza), so poimenovane po encimu, ki ga ustvarja gen na kodirani DNK. Na evropskih prostorih so te bakterije spoznali leta 2008 pri bolniku, ki je bil po vrnitvi z zdravljenja v Indiji zdravljen na Švedskem. Navzočnost odpornosti bakterij, ki sloni na NDM-1, prepričljivo narašča na ozemlju Velike Britanije, ugotovljena pa je bila tudi v Indiji, Pakistanu, Bangladešu, Avstraliji, ZDA, Kanadi, Nemčiji, na Nizozemskem in v Belgiji. Povezujejo je z naraščajočim medicinskim turizmom in mednarodnim prometom potnikov. Bolniki, ki so jih spoznali kot nosilce teh bakterij, so bili velikokrat pred okužbo kirurško zdravljeni ali pa so prejeli nujno medicinsko pomoč na manj razvitih delih sveta. Tam je navzočnost na antibiotike odpornih bakterij precejšnja (npr. Indija, Pakistan). Tudi vsi trije primeri, ugotovljeni v letu 2010 v ZDA, se povezujejo s prejšnjim zdravljenjem v Indiji. Z druge strani indijsko ministrstvo za zdravstvo zanika obtožbe, da so se pacienti iz tujine okužili v njihovih zdravstvenih ustanovah.

Bakterije NDM-1 vsebujejo gen za ustvarjanje beta laktamaze in med njimi so bile ugotovljene *E. coli* in *K. pneumoniae*. Možen je prenos na druge bakterije. Odpornost se prenaša s plazmidi, kar omogoča, da se širi dokaj hitro in preprosto. Bakterija se prenaša od osebe na osebo v bolnišničnem okolju. Okužbe so različno intenzivne. Opisujejo tudi primere, ki so se končali usodno.

Večina bakterij, ki ustvarja NDM-1, je še vedno občutljiva na kolistin in tigeciklin, značilna pa je odpornost na karbapeneme oz. betalaktamske antibiotike. Poudarjajo potrebo po razvoju novega antibiotika, ki naj bi bil učinkovit tudi za na novo spoznano bakterijsko odpornost.

Protokoli, ki se nanašajo na nadzor kolonizacije in infekcije z odpornimi bakterijami, so po mnenju Centra za nadzor bolezni v Atlanti primerni tudi za nadzor NDM-1: spoznavanje navzočnosti NDM-1 v kliničnih vzorcih, preprečevanje kontaktnega prenosa, izolacija inficiranih ali koloniziranih primerov, aktivni nadzor v skupinah rizičnih bolnikov in občasne študije prevalence. Potekajo dogovori, da bi izolate na karbapenem odpornih bakterij testirali tudi na NDM-1 v primerih, ko so bolniki v zadnjih šestih mesecih zdravljeni na ozemlju Indije ali Pakistana.

ECDC (Evropski center za nadzor in preprečevanje bolezni) načrtuje izdelavo ocene tveganja za širjenje odpornih

enterobakterij znotraj zdravstvenih ustanov s posebnim poudarkom na mednarodnem prenosu. Izolacija bolnikov, higienski ukrepi in mikrobiološko presejanje bodo vsekakor nujni za preprečevanje nadaljnjega širjenja odpornih bakterij. Priporočajo tudi upoštevanje razumnih oz. znanstvenih usmeritev, ki se nanašajo na splošno uporabo antibiotikov.

http://www.ecdc.europa.eu/en/activities/sciadvicelists/ECDC%20Reviews/ECDC_DispForm.aspx?List=512ff74f%2D77d4%2D4ad8%2Db6d6%2Dbf0f23083f30&ID=931&RootFolder=%2Fen%2Factivities%2Fsciadvicelists%2FECDC%20Reviews

<http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5924.pdf>

Povečana pogostost bakterije *Escherichia coli* z ESBL v Sloveniji - razlog za alarm?

Iztok Štrumbelj, Tjaša Čretnik Žohar, Jerneja Fišer, Tatjana Harlander, Martina Kavčič, Veronika Križan Hergouth, Dušan Novak, Irena Piltaver, Helena Ribič, Ljudmila Sarjanović, Katja Seme, Viktorija Tomič

Uvod

Proti protimikrobnim zdravilom (PMZ) odporne po Gramu negativne bakterije so v mnogih državah sveta vsak dan večji problem pri zdravljenju. So vse pogostejše, novih PMZ proti njim pa ni.

Začetni problem so praviloma tiste po Gramu negativne bakterije, ki izločajo laktamaze beta z razširjenim spektrom delovanja (ESBL, angl. »extended-spectrum beta-lactamases«). ESBL so bakterijski encimi, ki razgrajujejo številne laktame beta, vključno s cefalosporini tretje generacije, karbapenemov praviloma ne razgrajujejo in klavulanska kislina jih praviloma zavira. To ne pomeni, da so vsi izolati z ESBL občutljivi za amoksicilin s klavulansko kislino – nekateri so, nekateri niso. Večina genov za ESBL je na plazmidih, ki poleg odpornosti proti laktamom beta lahko vsebujejo gene za odpornost proti številnim drugim PMZ (npr. proti kinolonom, trimetoprimu s sulfametoksazolom, aminoglikozidom), tako da so bakterije z ESBL primer večkratno odporne mikroorganizmov, proti katerim delujejo le redka PMZ.

ESBL lahko izločajo različne vrste enterobakterij. Enterobakterije so del črevesne mikrobiote, v zanje ugodnih okoliščinah pa povzročijo različne okužbe. Najpogostejši vrsti enterobakterij z ESBL sta *Escherichia coli* (EC-ESBL) in *Klebsiella pneumoniae* (KP-ESBL). Epidemiološko se KP-ESBL in EC-ESBL razlikujeta predvsem v tem, da se KP-ESBL manj širi izven bolnišnic, EC-ESBL pa bolj. Zaradi velike pogostosti *E. coli* lahko število bolnikov z EC-ESBL hitro preseže število bolnikov s KP-ESBL, čeprav je delež izolatov z ESBL pri *K. pneumoniae* pogosto večji kot pri *E. coli*.

Običajno gre pri ESBL bakterijah najprej za bolnišnične bakterije, kasneje pa se odporni sevi preselijo tudi v zunajbolnišnično okolje. Pri EC-ESBL je zaporedje dogodkov lahko obrnjeno.

Širjenje bakterij z ESBL se močno pospeši, ko se pojavi klon, ki ni le odporen proti PMZ, ampak je tudi močno virulent in sposoben širjenja. Te lastnosti ima globalno prisotni klon EC-ESBL ST 131.

Posledice so številne. Bakterije z ESBL lahko povzročijo zmanjšanje uspešnosti zdravljenja, podaljšajo ležalne dobe in povečajo stroške zdravljenja. Ker so odporne proti mnogim PMZ, povečana prevalenca ESBL-bakterij povzroči večjo rabo karbapenemskih antibiotikov. Nastanejo razmere, ugodne za bakterije, ki so odporne tudi proti karbapenemom. Običajno so to najprej nefermentativne bakterije (*Pseudomonas aeruginosa* in *Acinetobacter baumannii*), sledijo epidemiološko bolj nevarne enterobakterije s karbapenemazami. Sledi uporaba zadnjih razpoložljivih PMZ (npr. kolistin), na koncu poti ostanejo bakterije, odporne proti vsem PMZ (ta pojav je zaenkrat redek). Opisani scenarij ni teorija, ampak je povzetek mnogih opisanih dogodkov.

Namen prispevka

E. coli je najpogostejša povzročiteljica nezapletenih in zapletenih okužb sečil, tako v splošni populaciji kot v bolnišnicah. Namen tega prispevka je prikazati pogostost izolatov EC-ESBL iz vzorcev urina v Sloveniji v prvih štirih mesecih let 2009 in 2010. Pri izolatih iz leta 2010 smo prikazali tudi občutljivost za različna PMZ in razporeditev bolnikov po starosti in spolu.

Zasnova raziskave

Sodelovali so vsi mikrobiološki laboratoriji Zavodov za zdravstveno varstvo (ZZV), Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani (IMI) ter bolnišnični mikrobiološki laboratoriji Splošne bolnišnice (SB) dr. Franca Derganca, Šempeter pri Novi Gorici, SB Slovenj Gradec in Klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik (KOPA).

Kot regije smo v tem prispevku šteli naslednja področja (v oklepaju je naveden sodelujoči mikrobiološki laboratorij): osrednja regija (IMI), celjska regija (ZZV Celje), Koroška (SB Slovenj Gradec), mariborska regija (ZZV Maribor), Pomurje (ZZV Murska Sobota), Dolenjska (ZZV Novo mesto), južna Primorska (ZZV Koper), severna Primorska (ZZV Nova Gorica in SB dr. Franca Derganca) in Gorenjska (ZZV Kranj in KOPA Golnik). Regije smo v smeri urinega kazalca razvrstili okrog osrednje regije.

Analizirali smo izolate *E. coli* iz kliničnih vzorcev urina, odvzetih od 1. januarja do 30. aprila leta 2009 in iz istega obdobja leta 2010. Upoštevali smo le prvi izolat pri bolniku. Za določitev občutljivosti za PMZ in za potrditev ESBL smo uporabljali smernice CLSI (angl. Clinical Laboratory Standards Institute, ZDA) iz leta 2009.

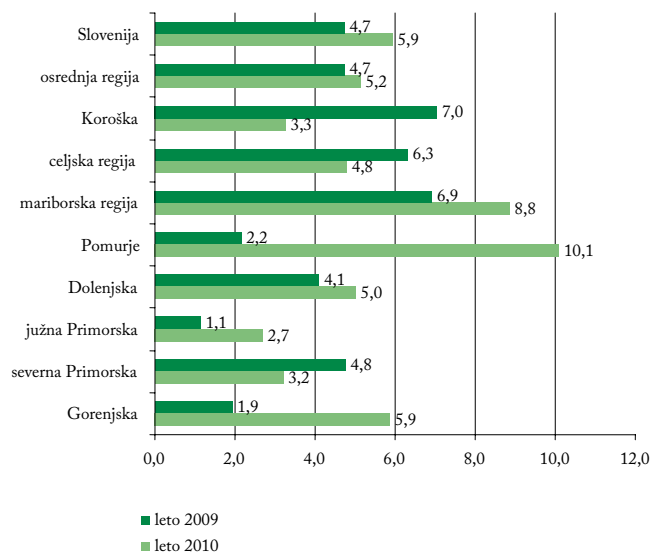
Za vsako obdobje smo izračunali delež izolatov EC-ESBL med vsemi izolati *E. coli*.

Za izolate EC-ESBL iz leta 2010 smo ugotavljali delež občutljivih izolatov za izbrana PMZ in razporeditev bolnikov z EC-ESBL po spolu in starosti.

Rezultati

Pogostost izolatov EC-ESBL iz urina leta 2009 in 2010

V prvih štirih mesecih leta 2009 je bil v Sloveniji med izolati *E. coli* iz urina delež izolatov z ESBL 4,7 odstotka (242 izolatov EC-ESBL med 5116 izolati *E. coli*), v prvih štirih mesecih leta 2010 pa je bil delež izolatov EC-ESBL 5,9 odstotka (287 izolatov EC-ESBL med 4832 izolati *E. coli*). Rezultati za Slovenijo in posamezne regije so prikazani na sliki 1.



Slika 1. Deleži izolatov EC-ESBL med vsemi izolati *E. coli* iz urina v obdobju od 1. januarja do 30. aprila v letih 2009 in 2010 (v odstotkih).

Razporeditev izolatov EC-ESBL iz urina iz leta 2010 po spolu in starosti

Razporeditev izolatov EC-ESBL po spolu in starosti bolnikov je prikazana v preglednici 1.

	Ženske (%)	Moški (%)	Starost ≤ 64 let (%)	Starost ≥ 65 let (%)
Slovenija	60	40	29	71
osrednja regija	68	32	38	62
Koroška	56	44	33	67
celjska regija	81	19	26	74
mariborska regija	30	70	26	74
Pomurje	70	30	25	75
Dolenjska	67	33	44	56
južna Primorska	56	44	22	78
severna Primorska	86	14	71	29
Gorenjska	88	13	4	96

Preglednica 1. Razporeditev bolnikov z izolati EC-ESBL, osamljenimi iz urina v prvih štirih mesecih leta 2010, po spolu in starosti (v odstotkih).

Občutljivost izolatov EC-ESBL iz urina leta 2010

Občutljivost izolatov EC-ESBL iz urina v prvih štirih mesecih leta 2010 je prikazana v preglednici 2.

Protimikrobno zdravilo (število testiranih izolatov)	Delež občutljivih izolatov (%)	
	Slovenija	Regije - razpon
penicilini in cefalosporini (287)*	0	0
trimetoprim - sulfametoksazol (287)	17	0 - 41
ciprofloksacin (287)	11	0 - 21
amoksicilin s klavulansko kislino (287)	10	0 - 43
nitrofurantoin (197) **	94	89 - 100
piperacilin-tazobaktam (261) **	80	22 - 100
gentamicin (287)	54	14 - 90
netilmicin (218) **	86	82 - 90
amikacin (279) **	89	67 - 96
ertapenem (190) **	99	99 - 100
meropenem (113) **	100	100
imipenem (287)	100	100

* po uporabljenih smernicah CLSI (2009) so vsi izolati EC-ESBL odporni proti vsem penicilinom in cefalosporinom

** rezultat velja za testirane izolate

Preglednica 2. Občutljivost za izbrana protimikrobna zdravila pri 287 izolatih EC-ESBL, ki so bili v Sloveniji osamljeni iz vzorcev urina v prvih štirih mesecih leta 2010.

Razprava

Pogostost izolatov EC-ESBL in razporeditev bolnikov po spolu in starosti

Za obdobje pred našo raziskavo, od leta 2005 do 2008, nacionalnih podatkov o občutljivosti izolatov *E. coli* iz urina nimamo.

Približno sliko o občutljivosti *E. coli* v Evropi za to obdobje si lahko ustvarimo iz podatkov mreže EARSS (angl. European Antimicrobial Resistance Surveillance System), ki zbira podatke o invazivnih izolatih iz krvi in likvorja. EARSS poroča o deležu proti cefalosporinom tretje generacije odpornih izolatov *E. coli* – večinoma so to izolati z ESBL. Leta 2008 je bil položaj Slovenije primerjalno ugoden. Sodili smo v skupino 14 od 33 sodelujočih držav, ki so imele delež proti cefalosporinom tretje generacije odpornih izolatov manjši od 5 odstotkov. V 11 državah je bil delež 10 odstotkov ali več, največji delež je bil v Turčiji (42 odstotkov). Neugoden je trend, saj se je v Sloveniji od leta 2004 do 2008 delež proti cefalosporinom tretje generacije odpornih invazivnih izolatov *E. coli* povečal z 1 na 4 odstotke.

V obdobju, ki smo ga analizirali v naši raziskavi, se je delež izolatov EC-ESBL iz urina v Sloveniji povečal s 4,7 odstotka leta 2009 na 5,9 odstotka leta 2010.

Iz slike 1 in preglednice 1 so razvidne velike razlike med regijami. V treh regijah se je v tem obdobju delež izolatov EC-ESBL zmanjšal, v šestih regijah se je povečal, od tega v treh več kot na dvakratnik izhodiščne vrednosti. Razpon deležev izolatov EC-ESBL po regijah je leta 2009 znašal od 1,1 do 7 odstotkov, leta 2010 pa od 2,7 do 10,1 odstotka. V večini regij med bolniki, pri katerih so bili iz urina osamljeni izolati EC-ESBL, prevladujejo ženske in starejši od 64 let.

V osmih mesecih, ki jih je zajela naša raziskava, smo iz vzorcev urina EC-ESBL osamili pri 529 bolnikih. Vedeti moramo, da je poleg bolnikov veliko nosilcev EC-ESBL, ki so z bakterijo samo kolonizirani, kar pomeni, da bakterija samo naseljuje njihovo črevesje in ne povzroča okužbe. Ti nosilci so pomembni, s kliničnimi vzorci kužnin neprepoznan rezervoar EC-ESBL. Ker kolonizacija z EC-ESBL v črevesju praviloma traja nekaj mesecev (včasih tudi več kot dve leti), utemeljeno domnevamo, da rezervoar nosilcev EC-ESBL pri nas narašča.

Občutljivost izolatov EC-ESBL iz leta 2010 za PMZ

Iz preglednice 2 je razvidno, da so izolati večkratno odporni, to pomeni odporni proti več različnim skupinam PMZ. Najbolj zaskrbljujoča je odpornost EC-ESBL proti zdravilom izbora za izkustveno zdravljenje okužb sečil (glej Čižman M, Beović B. Kako predpisujemo protimikrobna zdravila v bolnišnicah. Sekcija za kemoterapijo Slovenskega zdravniškega društva. Ljubljana, 2007: 1–144.).

Med oralnimi učinkovinami so bili testirani izolati EC-ESBL pogosto občutljivi za nitrofurantoin, ki pa je primeren le za zdravljenje nezapletenih okužb sečil. Tudi med parenteralnimi

PMZ je izbor učinkovitih zdravil zelo omejen. Ugotovili smo en izolat EC-ESBL, odporen proti ertapenemu.

Strokovnjaki v svetu opozarjajo, da lahko brez učinkovitih ukrepov za preprečevanje širjenja enterobakterij z ESBL sčasoma zdravilo izbora za izkustveno zdravljenje resnejših okužb sečil postanejo karbapenemi. S tem bi se raba karbapenemov skokovito povečala. Pogosta raba karbapenemov pa je ugodno okolje za nastanek in širjenje bakterij, ki so odporne tudi proti njim.

Kako ukrepati?

Glede na prikazane razlike med regijami mora biti raziskovanje in ukrepanje hkrati regionalno in nacionalno. Ukrepi morajo biti usmerjeni tudi v odkrivanje in omejevanje problema izven bolnišnic, saj je to okolje pri EC-ESBL zelo pomembno. Dosedanjim ukrepom, brez katerih bi bil problem verjetno še večji, je potrebno dodati nove.

O izvoru in poteh širjenja EC-ESBL v Sloveniji nimamo dovolj podatkov. Potrebno je urediti zbiranje in dostopnost obstoječih mikrobioloških podatkov, ki jim mora slediti molekularno podprto epidemiološko raziskovanje. Nujno je na reprezentativnem vzorcu izolatov na nacionalni ravni z molekularnimi raziskavami ugotoviti, katere ESBL krožijo v našem okolju in kakšna je razširjenost klona EC-ESBL ST 131. Ugotoviti moramo pogostost bakterij z ESBL v bolnišnicah, v socialnih zavodih in v domačem okolju ter preučiti faktorje tveganja za kolonizacijo.

Za upočasnitev širjenja bakterij z ESBL sta nujno potrebna vsaj dva sklopa ukrepov – ukrepi za smiselno rabo PMZ v humani in veterinarski medicini ter ukrepi za preprečevanje prenosa bakterij z ESBL. Zadostno število ustrezno usposobljenega in motiviranega osebja in primerne prostorske zmogljivosti v zdravstvenih in varstvenih ustanovah sta osnovna pogoja za učinkovito preprečevanje prenosa.

Številni ukrepi so zapleteni, zahtevajo usklajeno timsko delo, redno izobraževanje vseh vpletenih in dosledno izvajanje sprejetih ukrepov. Čim večje bo število bolnikov z bakterijami z ESBL, težje, dražje in manj učinkovito bo ukrepanje, zato je takojšnje ukrepanje nujno. Osnovni namen našega članka je opozoriti, da so bakterije z ESBL naraščajoč problem celotnega zdravstvenega sistema, tako ambulantne kot bolnišnične dejavnosti. Splošno zavedanje medicinske stroke o prisotnosti in razširjenosti ESBL in o grozem problemu širjenja bakterij s karbapenemazami je pogoj za uvajanje učinkovitih ukrepov in njihovo dosledno izvajanje.

Literatura je na voljo pri avtorjih.

Širši vidik problematike kajenja – povezanost med kajenjem in nekaterimi psihosocialnimi dejavniki

Marina Sučić Vuković, Živa Žerjal, Milan Krek, Irena Majcan Kopilović, Eva Stergar

Obležitev svetovnega dne brez tobaka 2010 je bila usmerjena predvsem na ženske. Zaradi pomembne vloge, ki jo imajo ženske in dekleta kot bodoče žene in matere pri ohranjanju zdravja populacije, smo se na Zavodu za zdravstveno varstvo Koper v analizah podatkov iz opravljenih raziskav osredotočili na to specifično populacijo. Namen prispevka je boljše razumevanje problematike kajenja, kar je lahko osnova za preventivne in terapevtske programe.

V prispevku so predstavljeni rezultati raziskave »Z zdravjem povezan vedenjski slog 2008 pri odraslih prebivalcih zdravstvene regije Koper« in mednarodne raziskave ESPAD 2007 (Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino). Rezultati so pokazali statistično pomembno večji delež kadilk med mlajšimi odraslimi ženskami v mestnem bivalnem okolju, ki so opravljale lažja fizična in storitvena dela. Analiza podatkov raziskave ESPAD 2007 je pokazala statistično pomembno povezavo med kajenjem deklet in odnosom s starši, poskusom samomora in razmišljanjem o samopoškodovanju.

Programi preprečevanja kajenja in programi opuščanja kajenja bi morali biti osnovani na čim boljšem razumevanju pojava kajenja.

Uvod

Geslo svetovnega dne brez tobaka 2010 je bilo »Ženske in tobak – Vpliv kajenja in trženja tobanih izdelkov na ženske«. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je leta 1987 proglašila 31. maj za svetovni dan brez tobaka. Po podatkih SZO se v svetu delež žensk, ki kadijo, povečuje, medtem ko so deleži kadilcev med moškimi že dosegli največje vrednosti in marsikje že upadajo.

Izsledki znanstvenih raziskav odkrivajo številne negativne vplive kajenja na zdravje ljudi, škodljivo delovanje tobaka pa se začne že v nosečnosti in se kasneje odraža v motnjah pri razvoju otroka. Zaradi pomembne vloge, ki jo imajo ženske in dekleta kot bodoče žene in matere pri ohranjanju zdravja populacije, smo se na Zavodu za zdravstveno varstvo Koper (ZZV Koper) v analizah podatkov iz opravljenih raziskav osredotočili na to specifično populacijo.

Pojav kajenja smo osvetlili v širšem kontekstu s predstavitvijo demografskih, socioekonomskih in geografskih značilnosti kadilk ter povezanosti med kajenjem in nekaterimi psihosocialnimi dejavniki. Na ta način smo skušali prikazati problematiko kajenja širše, kot se običajno prikazuje v javnosti.

Namen in cilj

Namen prispevka je boljše razumevanje problematike kajenja, kar je lahko osnova za preventivne in terapevtske programe. Zastavili smo si dva cilja:

1. predstavitev demografskih, socioekonomskih in geografskih značilnosti odraslih kadilk,
2. ugotavljanje in predstavitev povezanosti med kajenjem in nekaterimi psihosocialnimi dejavniki pri mladostnicah.

Material in metode

V prispevku smo predstavili rezultate analize podatkov o kajenju iz raziskave »Z zdravjem povezan vedenjski slog 2008 pri odraslih prebivalcih zdravstvene regije Koper« in mednarodne raziskave ESPAD 2007 (Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino). Za obdelavo podatkov smo uporabili razpoložljivo različico računalniškega statističnega programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) za okolje Windows, za vnos podatkov v zbirko podatkov pa program Microsoft Excel.

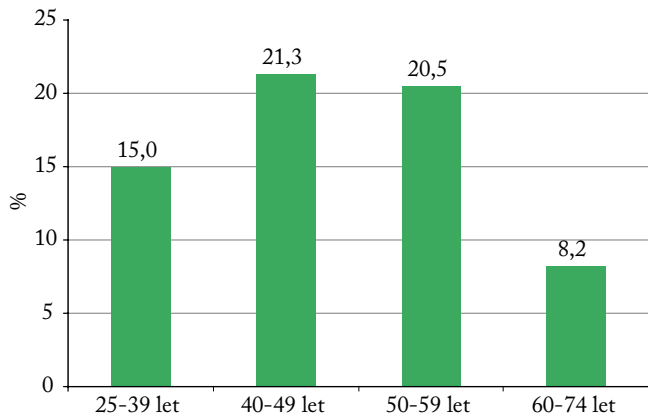
Rezultati in razprava

Značilnosti odraslih kadilk

V literaturi so navedene povezave med kajenjem in izobrazbo ter socioekonomskim statusom. Praviloma velja, da je pri bolj izobrazbenih prebivalcih in pripadnikih višjega družbenega sloja manjši odstotek kadilcev.

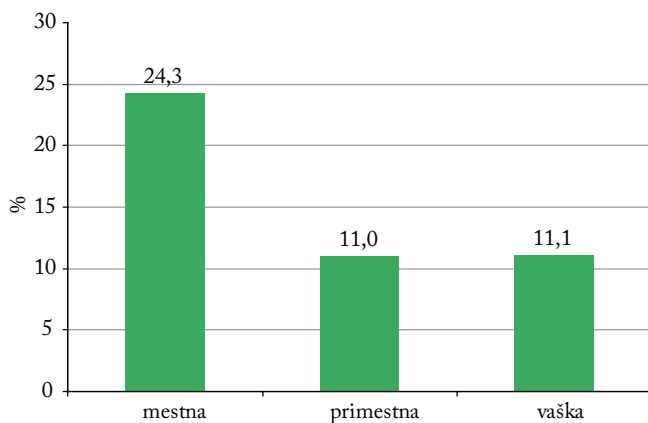
Po podatkih iz raziskave »Z zdravjem povezan vedenjski slog 2008 pri odraslih prebivalcih zdravstvene regije Koper« je bilo med ženskami zdravstvene regije Koper (regija Koper), starimi od 25 do 74 let, približno 16 odstotkov kadilk. Statistično pomembno večji delež kadilk smo ugotovili med mlajšimi prebivalkami kot med starejšimi od 60 let (slika 1) ter med ženskami, ki živijo v mestni bivalni skupnosti v primerjavi s prebivalkami primestnega in vaškega bivalnega okolja (slika 2). Glede na vrsto dela je bil pomembno večji delež kadilk med ženskami, ki so opravljale lažja fizična in storitvena dela.

V literaturi avtorji ugotavljajo povezanost med kajenjem ter uživanjem alkohola in drugih drog. Pri kadilcih je ugotovljeno bolj pogosto uživanje večje količine alkohola oziroma drugih drog v primerjavi z nekadilci. Rezultati raziskav ZZV Koper glede pozitivne povezanosti med uživanjem tobaka in alkohola



Slika 1. Delež (%) kadilk po starostnih skupinah, zdravstvena regija Koper, 2008.

Vir: Z zdravjem povezan vedenjski slog 2008 pri odraslih prebivalcih zdravstvene regije Koper, ZZV Koper.



Slika 2. Delež (%) kadilk po bivalnih skupnostih, zdravstvena regija Koper, 2008.

Vir: Z zdravjem povezan vedenjski slog 2008 pri odraslih prebivalcih zdravstvene regije Koper, ZZV Koper.

so potrdili skladnost z navedenimi ugotovitvami iz literature. Ugotovili smo, da so kadilke v regiji Koper statistično pomembno pogosteje uživale večjo količino alkoholnih pijač v primerjavi z nekadilkami.

Mladostnice in kajenje

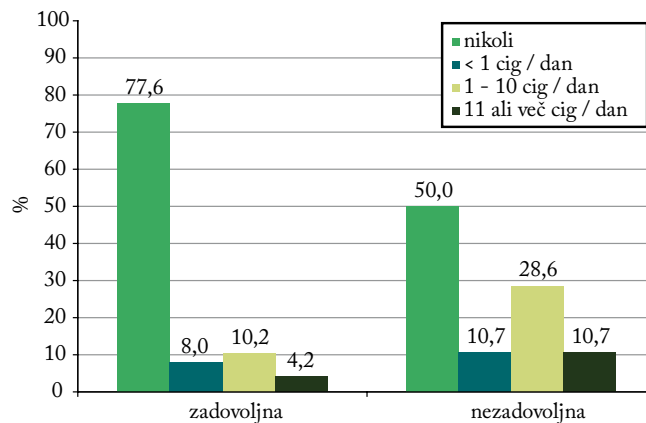
Članki iz dosegljive literature obravnavajo povezavo med kajenjem in različnimi psihosocialnimi dejavniki. V okviru mednarodne raziskave ESPAD 2007 (Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino) smo pri vključenih srednješolkah, starih 15 let, ugotavljali povezanost med kajenjem in nekaterimi psihosocialnimi dejavniki. Rezultate regije Koper smo primerjali z rezultati v drugih državah, ki so sodelovale v raziskavi ESPAD 2007, ter z rezultati drugih avtorjev v dosegljivi literaturi. V regijski analizi smo se osredotočili

na posamezne vprašanja, s katerimi smo ugotavljali povezavo med kajenjem deklet ter njihovim odnosom s starši, pojavom znakov depresije, samospoštovanjem, poskusom samomora in razmišljanjem o samopoškodovanju. Pri ugotavljanju znakov depresije in nizkega samospoštovanja so v vprašalniku ESPAD 2007 uporabljena metodološko določena vprašanja iz nekoliko skrajšanih standardnih lestvic za vrednotenje.

Podatki regijske raziskave ESPAD 2007 so pokazali, da je med dekleti regije Koper približno 20 odstotkov anketirank pokadilo vsaj eno cigareto dnevno v mesecu pred anketiranjem (v Sloveniji je ta odstotek znašal 22 odstotkov). Povprečje vključenih držav je bilo 18 odstotkov, pri tem je bil najnižji odstotek v Armeniji (0 odstotkov), na Portugalskem (8 odstotkov), na Poljskem (11 odstotkov) in Islandiji (11 odstotkov), najvišji pa v Avstriji (48 odstotkov), na Češkem (44 odstotkov) in v Bolgariji (35 odstotkov).

Glede povezave med kajenjem in odnosom s starši so rezultati regijske raziskave ESPAD 2007 pokazali, da je bil med dekleti, ki niso bila zadovoljna z odnosom s svojimi starši, večji odstotek kadilk v primerjavi z dekleti, ki so bila zadovoljna z odnosom s svojimi starši (slika 3). Poleg tega se je izkazalo, da obstaja povezava med kajenjem deklet in seznanjenostjo njihovih staršev o tem, kje in s kom preživljajo večere. Ugotovili smo višji odstotek kadilk med dekleti, ki so odgovorila, da njihovi starši redko ali nikoli ne vedo, kje in s kom preživljajo večere. Dobljeni rezultati so skladni z ugotovitvami drugih avtorjev iz literature, ki tudi navajajo pomembno povezanost med odnosom mladostniki – njihovi starši ter kajenjem mladostnikov.

Glede povezave med samospoštovanjem in kajenjem različni avtorji navajajo različne rezultate. Nekateri navajajo pogostejši pojav kajenja pri mladih z nizkim samospoštovanjem, drugi ravno obratne rezultate ali pa nepovezanost med pojavoma. V regijski raziskavi ESPAD 2007 smo samospoštovanje vrednotili z 10 vprašanji ene od standardnih lestvic, ki je uporabljena



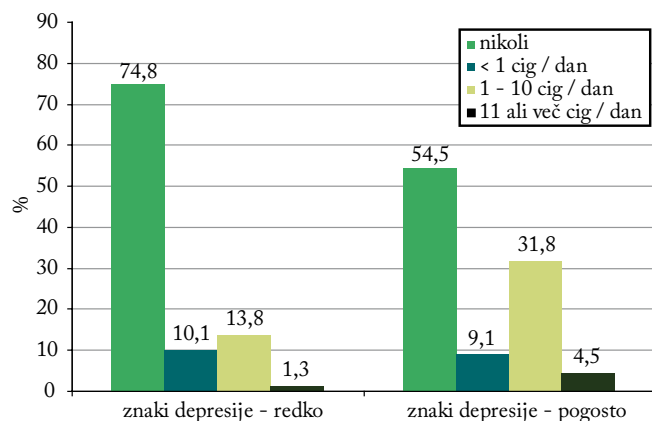
Slika 3. Zadovoljstvo z odnosom s starši in kajenje deklet v mesecu pred anketiranjem, zdravstvena regija Koper, 2007. Vir: ESPAD, zdravstvena regija Koper 2007, ZZV Koper.

v vprašalniku ESPAD. Rezultati niso pokazali statistično pomembne povezave med samospoštovanjem in kajenjem. Nasprotno temu so rezultati iz mednarodnega poročila ESPAD 2007 za 15 vključenih držav pokazali negativno povezanost med samospoštovanjem ter intenziteto kajenja. Anketiranci z nižjim samospoštovanjem so pokadili večje število cigaret.

V literaturi najdemo podatke o povezavi med kajenjem in pojavom različnih psihičnih motenj (anksioznost, depresija, čustvena nestabilnost). Poleg tega v literaturi avtorji poročajo tudi o pozitivni povezanosti med kajenjem in osebnostnimi značilnostmi, kot sta impulzivnost in iskanje razburjenja, ter negativno povezanost med kajenjem in značilnostmi, kot sta vztrajnost in premissljenost. Pri kadilcih so ugotovili bolj izraženi značilnosti impulzivnosti ter pogostejšega iskanja razburjenja v primerjavi z nekadilci, manj izraženi pa sta bili vztrajnost in premissljenost.

V regijski raziskavi ESPAD 2007 smo ugotavljali povezavo med kajenjem in znaki depresije. Znake depresije smo ugotavljali in vrednotili z vprašanji ene od standardnih lestvic, ki je uporabljena v vprašalniku ESPAD. Rezultati so pokazali povezavo med pogostnostjo znakov depresije in intenziteto kajenja oziroma številom pokajenih cigaret. Med dekleti, ki so poročala o pogosto izraženih znakih depresije, je bil večji odstotek kadilk v primerjavi z dekleti, ki so poročala o redko izraženih znakih depresije (slika 4). Podobne rezultate so predstavili tudi v mednarodnem poročilu ESPAD 2007 za 15 vključenih držav.

V literaturi različni avtorji navajajo povezanost med kajenjem in samomorilnostjo. V raziskavi ESPAD 2007 so anketirani dijaki odgovarjali na vprašanje, ali so že kdaj poskusili storiti samomor. Rezultati za regijo Koper kažejo, da je 11,4 odstotka anketiranih deklet že poskusilo storiti samomor kadarkoli v življenju. Iz mednarodnega poročila ESPAD 2007 za 15 vključenih držav je razvidno, da je najvišji odstotek deklet poskusilo storiti samomor na Madžarskem (30 odstotkov), najnižji odstotek v Armeniji (6 odstotkov), slovensko povprečje za dekleta pa je znašalo 17 odstotkov. Pri ugotavljanju povezave med poskusi



Slika 4. Pogostnost znakov depresije in kajenje deklet v mesecu pred anketiranjem, zdravstvena regija Koper, 2007.
Vir: ESPAD, zdravstvena regija Koper 2007, ZZV Koper.

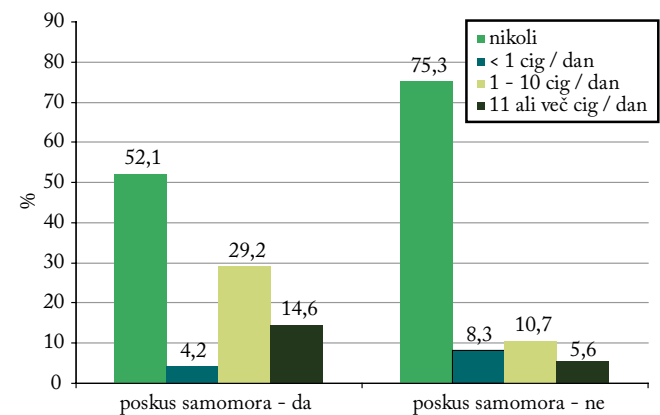
samomora in kajenjem so bili rezultati za regijo Koper skladni z ugotovitvami drugih avtorjev ter mednarodnim poročilom ESPAD 2007 za 15 vključenih držav. Med dekleti, ki so poročala o poskusu samomora, je bil pomembno večji delež kadilk v primerjavi z dekleti, ki niso poskusila storiti samomora (slika 5).

Ugotavljali smo tudi povezanost med kajenjem in samopoškodovanjem. Rezultati za regijo Koper so pokazali, da je približno tretjina anketiranih deklet (36,3 odstotka) že razmišljala o tem, da bi se poškodovala. Iz mednarodnega poročila ESPAD 2007 za 15 vključenih držav je razvidno, da je bil odstotek deklet, ki so razmišljala, da bi se poškodovala, najnižji v Armeniji (18 odstotkov), najvišji v Latviji (55 odstotkov), slovensko povprečje za dekleta pa je znašalo 45 odstotkov (slika 6). Pri ugotavljanju povezave med samopoškodovanjem in kajenjem so bili rezultati za regijo Koper skladni z mednarodnim poročilom ESPAD 2007 za 15 vključenih držav. Med anketiranimi dekleti, ki so poročala, da so razmišljala o tem, da bi se poškodovala, je bil pomembno večji delež kadilk v primerjavi z dekleti, ki niso poročala o razmišljanju, da bi se samopoškodovala (slika 7).

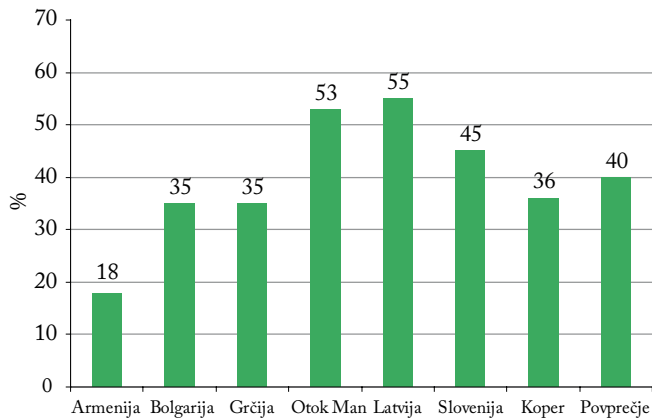
Zaključek

S prispevkom smo želeli vzpodbuditi širši pogled na kajenje kot kompleksen družbeni pojav, povezan z različnimi psihičnimi, socialnimi, ekonomskimi in biološkimi dejavniki, ki se med seboj prepletajo. Ne moremo pa mimo dejstva, da gre pri kroničnih kadilcih za odvisnost.

Programi preprečevanja kajenja in programi opuščanja kajenja bi morali biti osnovani na čim boljšem razumevanju pojava kajenja in poznavanju dejavnikov, ki vplivajo na kajenje ali so povezani s kajenjem v konkretni populaciji. Poleg tega bi morali pri pripravi preventivnih programov upoštevati značilnosti posameznih skupin in ponuditi različne preventivne programe, ustrezne za posamezne skupine. Na ta način bi lahko vplivali tudi na skupine, ki z obstoječimi programi ostanejo nedosegljive in kot take izven obstoječih preventivnih aktivnosti.

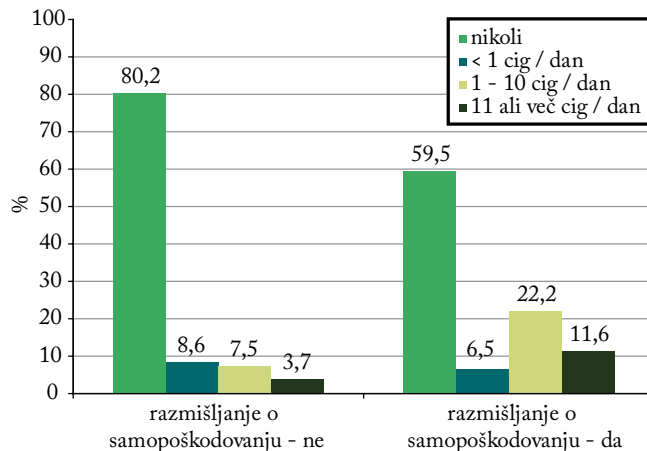


Slika 5. Poskus samomora in kajenje deklet v mesecu pred anketiranjem, zdravstvena regija Koper, 2007.
Vir: ESPAD, zdravstvena regija Koper 2007, ZZV Koper.



Slika 6. Delež (%) deklet, ki so razmišljala o samopoškodovanju, mednarodno poročilo ESPAD 2007 za 15 vključenih držav. Vir: The ESPAD 2007 report, The Swedish Council for information on alcohol and other drugs, Stockholm, Švedska.

Po podatkih iz literature se je večina do sedaj uporabljenih programov opuščanja kajenja v različnih obdobjih spremljanja vključenih kadilcev izkazalo za uspešne le v 15 do 30 odstotkih, kar je podoben uspeh, kot ga zasledimo pri zdravljenju drugih odvisnosti. Zato avtorji priporočajo individualni strokovni pristop in obravnavo vsakega posameznega kadilca v kombinaciji z njegovim aktivnim vključevanjem v skupinsko delo. Ti pristopi



Slika 7. Razmišljanje o samopoškodovanju in kajenje deklet v mesecu pred anketiranjem, zdravstvena regija Koper, 2007. Vir: ESPAD, zdravstvena regija Koper 2007, ZZV Koper.

so že dobro znani iz vsakodnevne prakse pri obravnavi odvisnih od drugih psihoaktivnih snovi.

Ta priporočila bi morali upoštevati tudi pri pripravi in izvajanju naših programov opuščanja kajenja, da bi na ta način dosegli skupine kadilcev, ki sedaj ne vstopajo v programe odvajanja kajenja, ter da bi povečali uspešnost pri odvijanju od kajenja tobaka.

Literatura je na voljo pri avtorjih.

Na kratko o 9. kongresu združenja EUROPAD

Jasna Čuk Rupnik

Konference EUROPAD (European Opiate Addiction Treatment Association) vedno postrežejo z vrhunskim znanjem na področju zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog s poudarkom na zasvojenosti s heroinom. Letošnja, ki je potekala od 28. do 30. maja v Zagrebu, je strokovni radovednosti vsekakor dala nov zagon. Čeprav gre za evropsko združenje, so pomembni predstavniki stroke prišli tudi iz drugih delov sveta (ZDA, Avstralija, Nova Zelandija...). Izmenjava izkušenj pač veliko šteje.

Obsežnejše vsebinsko poročilo o kongresu bo pripravljeno jeseni za Zdravniški vestnik, tu je le nekaj vsebin. Poudarki konference so bili: varnost bolnikov, izboljšave programov, razlike v zdravljenju, ki so posledica razlik med spoloma, delo z materami z boleznijo odvisnosti, zakonska regulativa in smernice za zdravljenje, boleznijo odvisnosti v povezavi z infekcijskimi boleznimi in psihiatrično komorbidnostjo, vpletanje sindroma odvisnosti od alkohola v patologijo drugih zasvojenosti in

predstavitev zavor pri razvoju programov zdravljenja opiatne odvisnosti v deželah nekdanje Sovjetske zveze. Toliko na kratko o vsebini.

Konference spremlja tudi tradicionalno podeljevanje priznanja Hymera. Podelili so nagrade za predano delo zdravniku iz Ukrajine, iz Lizbone ter prof. Slavku Sakomanu, zdravniku in vodji programov zdravljenja v Republiki Hrvaški. Nagrado za življenjsko delo je dobila profesorica pediatrije Loretta Finnegan iz ZDA. Gospa se je s prvim 1400-gramskim novorojenčkom, zahiranim in zelo bolnim zaradi izpostavljenosti drogam v času materine nosečnosti, srečala že pred več kot štiridesetimi leti. »Hudo trpljenje tega drobcenega bitja,« kot je rekla, jo je zvalo v svet medicine odvisnosti. Neutrudno je razvijala in izpopolnjevala učinkovite protokole pomoči materam in njihovim otrokom, prizadetim zaradi zasvojenosti z drogami. Predano je sodelovala v programih zdravljenja z opioidnimi zdravili, ki

zelo izboljšajo potek in izid nosečnosti pri zasvojenih ženskah, in to je kot raziskovalka in profesorica na univerzi v New Yorku dokazala s številnimi raziskavami v ZDA in v tujini.

V sklopu konference je potekala tudi predstavitev knjižice *Methadone Treatment*. Avtor Icro Maremmani, profesor medicine odvisnosti Univerze v Pisi in Sieni (Italija), šef enote za dvojne diagnoze na oddelku za psihiatrijo v Pisi, z mladimi in strokovno zelo prodornimi sodelavci univerze v knjižici prikazuje številna dejstva, s katerimi se metadon uvršča med uveljavljena

zdravila. V množici drugih zdravil je prav metadon eno najbolj raziskanih in najbolj preučevanih zdravil.

S strokovnimi prispevki na konferenci so sodelovali **tudi slovenski avtorji**: Andrej Kastelic s temo Kontinuum zdravljenja iz skupnosti v zapor in spet nazaj, Mercedes Lovrečič se je v raziskavi spraševala, ali je zasvojenost s heroinom vezana na nacionalnost ali spol, Rok Podkrajšek je sodeloval z raziskavo o psihoterapevtski dostopnosti bolnikov z opiatno odvisnostjo ter Jasna Čuk Rupnik s temo Opioidna zdravila in vožnja.

Gastroinfektološki dan na Debelem rtiču

Breda Prunk Franetič

Le še slabo leto nas loči od desete obletnice rtiških strokovnih srečanj pediaterov in šolskih zdravnikov v Mladinskem zdravilišču in letovišču Debeli rtič. 29. maja 2010 je namreč potekalo že IX. rtiško srečanje in je bilo prav tako uspešno kot vsa predhodna. Sončna sobota je privabila 100 udeležencev, pediaterov in specialistov šolske medicine, iz vse Slovenije. K številčni udeležbi je morda prispevalo tudi organizirano varstvo za otroke udeležencev. Zanje so poskrbeli vzgojitelji z zabavnim programom in kopanjem.

Tudi letos smo izbrali nadvse zanimivo temo in odlične predavatelje. Nadaljevali smo z v letu 2009 začetim sklopom predavanj z naslovom Gastroinfektološka problematika v otroškem obdobju. Sobotno dopoldne smo posvetili problemu zaprtja v dobi dojenčka in otroški dobi ter kirurškim zapletom pri akutnih in kroničnih vnetjih ušes. Strokovni program sta skrbno pripravila kolegica in kolega, pediatra z gastroenterološkega oddelka Pediatrične klinike v Ljubljani, in kolegica, specialistka otorinolaringologije z Otorinolaringološke klinike v Ljubljani. Po kosilu so sledile delavnice. Letošnje srečanje se je bistveno razlikovalo od predhodnih. Nadvse ponosni smo, da smo udeležence IX. rtiškega srečanje gostili v novih prostorih, v sodobno opremljeni predavalnici v novem objektu Arija, ki razpolaga s 25-metrskim notranjim bazenom z ogrevano morskovo vodo, s sodobno opremljenimi ambulantnimi prostori in prostori fizioterapije, 123 ležišči v 2- do 4-posteljnih sobah... Strokovno srečanje zdravnikov je dejansko pomenilo odprtje novega kongresnega centra v Mladinskem zdravilišču Debeli rtič in verjamem, da mu bodo sledila še številna druga.

Po kratkem kulturnem programu otrok z zdraviliškega oddelka in pozdravnem nagovoru sta vodenje strokovnega dela prevzela prim. dr. Marjeta Sedmak in asist. dr. Matjaž Homan, pediatra z gastroenterološkega oddelka Pediatrične klinike v Ljubljani. Predstavila sta problem zaprtja pri dojenčkih in pri malih otrocih ter »šolo kakanja«. Asist. dr. Matjaž Homan je poudaril, da je zaprtje pri otrocih zelo resen in pogost problem. Samo 10 odstotkov obstipacij je organsko

pogojenih in kar 90 odstotkov funkcionalnih. Srečujemo se z dojenčkovo dishezijo, funkcionalnim zaprtjem, funkcionalnim zaprtjem z enkoprezo ali pa enkopreza brez zaprtja. Najpogostejši vzroki funkcionalnega zaprtja so: navajanje na kahlico, vstop v šolo, zaprtje zaradi nepravilne prehrane, prehod na adaptirano mlečno formulo, motnje hranjenja, spolna zloraba... Gre za začaran krog, zato je zdravljenje večinoma trdovratno in dolgotrajno. V proces zdravljenja so obvezno vključeni tudi starši, katerim predstavimo pogostnost funkcionalnega zaprtja ter izključimo »krivdo« staršev in otroka. Predavatelj je zaključil z mislijo, da je zdravljenje zaprtja pri otrocih multidisciplinarno in predvsem odvisno od otrokove okolice.

Sledilo je predavanje z naslovom Obstipacija pri dojenčkih. Prim. dr. Marjeta Sedmak je najprej ponovila definicijo obstipacije: manj pogosto ali oteženo odvajanje pri otroku, ki traja dva tedna ali več. Spremenjena je konsistenca blata: blato je trdo, odvajanje oteženo, boleče, lahko s prisotnostjo sveže krvi. Ni pomembno število odvajanj, temveč simptomi in znaki, ki nastanejo zaradi nerednega odvajanja. Za zdravega dojenčka, ki je dojen, je normalno, da odvaja zlato rumeno, mehko blato tudi do 12-krat dnevno ali pa enkrat na tri do štiri tedne. S starostjo se frekvenca odvajanja blata pri zdravih dojenčkih in otrocih zmanjšuje. 97 odstotkov 1- do 4-letnih otrok odvaja trikrat dnevno do enkrat vsak drugi dan. Postopno z rastjo otrok pridobi ritem normalnega odvajanja, kot pri odraslih, to je enkrat dnevno ali enkrat na dva do tri dni. Defekacija zahteva dva koordinirana dogodka: povečan intraabdominalni pritisk in relaksacijo mišic pelvičnega dna. Tudi dr. Marjeta Sedmak je poudarila, da je etiologija obstipacije pretežno funkcionalna. Opravka imamo z dishezijo dojenčka, motnjo v koordinaciji zvišanega intraabdominalnega pritiska in sočasne relaksacije mišic medeničnega dna. Dojenček, mlajši od šest mesecev, se vsaj 10 minut pred odvajanjem napenja in joka, nato pa odvaja mehko blato. Kar 40 odstotkov otrok s funkcionalno obstipacijo razvije simptome že v dobi dojenčka. Kritična obdobja za pojav težav so: ob prenehanju dojenja in prehodu na mlečno formulo ali ob uvajanju dopolnilne, mešane hrane, pri malčkih, ki poskušajo hotno odvajati v kahlico

ali stranišče, pa ob tem občutijo boleče odvajanje, in ob vstopu v šolo, ko otrok zavestno noče odvajati v šoli. Pri obstipiranem otroku se pogosto pojavi tudi enkopreza ali »mazanje« hlačk z mehkim blatom, ki nehotno polzi iz danke. Zdravljenje zajema pogovor s starši, da gre za zelo pogosto motnjo, ki je funkcionalna, ni nevarna in je običajno prehodna. Dojenja ne prekinemo, dojenčku lahko damo laktozo na tešče. Pri dojenčkih, starejših od štiri do šest mesecev, svetujemo balastno dieto s priporočenim dnevnim vnosom 10 g na 1000 kcal vlaknin.

Sledil je težko pričakovani kratek odmor s kavico, nato pa nadaljevanje strokovnega dela. Kirurške zaplete akutnih in kroničnih vnetij ušes je predstavila asist. mag. Saba Battelino. Poudarila je, da imajo tako akutna kot kronična vnetja ušes lahko hude zaplete, kjer je potrebno urgentno kirurško zdravljenje. Zapleti so lahko ekstrakranialni: pareza obraznega živca, akutni mastoiditis, gnojni labirintitis, ali intrakranialni: gnojni meningitis, ekstraduralni ali subduralni ognjok in ognjok velikih in malih možganov. Zato je treba pravočasno, pravilno in dovolj dolgo zdraviti akutna vnetja srednjega ušesa. Zdravljenje moramo slediti in opraviti zadnjo kontrolo ob popolni remisiji zdravljenja. Dovolj zgodaj moramo posumiti na nastajanje zapleta in otroka takoj napotiti na ORL-oddelek. Ob razvoju zapleta je nujno čimprejše kirurško zdravljenje.

Sledila je izčrpna razprava in potrdila, da smo izbrali zanimive in zelo aktualne teme. Dopoldanski strokovni del je zaključila ga. Natalija Fidler s predstavitvijo Lekovih zdravil in nas povabila na zaslužno kosilo. Čas kosila smo izkoristili tudi za ogled najnoveše pridobitve zdravilišča, objekta Arija. Po kosilu smo se razdelili v tri skupine in se po vrstnem redu udeležili



Udeleženci so napolnili predavalnico do zadnjega kotička.

vseh delavnic. Delo v manjših skupinah je bilo zelo kakovostno in poučno, dejansko iz prakse za prakso.

Najlepša hvala vsem predavateljem, še posebej za pravočasno oddane izvlečke, ki smo jih po zaslugi farmacevtske družbe Lek dobili vsi udeleženci ob prihodu v vezani obliki. Zdravniška zbornica Slovenije nam je za udeležbo podelila štiri kreditne točke. Hvala tudi udeležencem in vsem, ki ste kakorkoli pripomogli k izvedbi strokovnega srečanja. Posebna zahvala Milanu Markočiču, s.p. Organizacijo strokovnega srečanja je omogočil Lek, član skupine Sandoz.

Prisrčno vabljeni na jubilejno, X. rtiško srečanje, maja 2011.

Kongres Evropske ortodontske skupnosti 2010

Katja Arko Kampuš

Kongres Evropske ortodontske skupnosti (EOS), ki se vsako leto odvija v mesecu juniju, je vselej eden izmed vrhuncev strokovnega in družabnega dogajanja ortodontov v evropskem, pa tudi svetovnem merilu. Organizacijo 86. kongresa EOS pod predsedstvom dr. Maje Ovsenik nam je Evropska ortodontska skupnost zaupala pred približno petimi leti. Kar 1895 prijavljenih udeležencev iz 70 držav in izkušnje, pridobljene leta 1991, ko smo imeli prvo priložnost organizirati kongres EOS (67. EOS na Bledu), so pokazale, da je organizacija take prireditve zelo zahtevna, še posebej za majhno državo, kot je Slovenija, ki ima približno sedemdeset aktivnih ortodontov. Žal so nam tragične razmere na področju nekdanje Jugoslavije pred skoraj dvajsetimi leti preprečile izvedbo prvega EOS-a v Sloveniji, zato pa smo tokrat izkoristili

priložnost in rezultat več kot dveletnih priprav je bila v vseh pogledih zelo uspešna prireditve.

Kongres je potekal od 15. do 19. junija v kongresnem centru Bernardin v Portorožu in je bil letošnje največje strokovno srečanje ortodontov v Evropi. Program kongresa okvirno določajo pravila, ki jih postavlja EOS, in mora vsebovati: predkongresni tečaj, tečaj za specializante čeljustne in zobne ortopedije, pokongresni tečaj, posterje in ustne predstavitve kongresa, EBO-izpite, spominško predavanje Sheldona Friela, predavanje prejemnikov WJB Houston Memorial Award, razstavo ortodontskega dentalnega materiala, srečanje delovnih skupin EOS, družabni program.

Vsa predavanja, posterji in ustne predstavitve se nanašajo na vodilne teme, ki jih določi znanstveni odbor kongresa. Odbor,

kateremu je predsedoval prof. dr. Franc Farčnik, je za osrednje teme kongresa določil: **Biotehnologija in prihodnost v ortodontiji, Sodobna diagnostika in pristopi zdravljenja, Nepravilnosti razreda III.** Kljub temu, da je bilo uradno odprtje kongresa v torek, so se srečanja različnih organov EOS-a (učiteljski forum, EPSOS – srečanje specializantov ortodontije, sestanek FEO – European Federation of Orthodontics, srečanje EFOSA – European Federation of Orthodontic Specialists Associations) pričela že v nedeljo in ponedeljek.

V ponedeljek je potekal prvi predkongresni tečaj, na katerem je prof. dr. Andrea Wichelhaus predavala o **Biomehanskih vidikih ortodontskega zdravljenja.** Ta dan so se pričeli tudi izpiti za vstop v prestižni krog evropskih ortodontov – EBO. To je priznanje odličnosti, ki ga za svoje delo in znanje prejmejo ortodonti, ki opravijo precej zahteven mednarodni izpit in se izkažejo s svojim delom. Izpit je mogoče opravljati enkrat na leto v času kongresa in letos je izpit opravilo pet ortodontov iz treh evropskih držav. Slovenci zaenkrat še nimamo svojega predstavnika v EBO.

Prvi uradni dan kongresa – torek, sta zaznamovala dva zelo dobro obiskana celodnevna tečaja, in sicer je dr. Tiziano Baccetti vodil tečaj specializantov (*postgraduate course*) z naslovom **Četrta dimenzija v ortodontiji in dentofacialni ortopediji**, trije predavatelji, dr. Hans Peter Bantleon, dr. Friedrich Byllof in dr. Alan Bagden, pa so na 2. predkongresnem tečaju predavali o **Samoza- klepni pasivni in aktivni tehniki: razjasnitev dileme.** Ta dan so se pričele tudi govorne predstavitve prijavljenih udeležencev, ki so trajale približno deset minut, in dopoldansko in popoldansko predavanje vabljenih predavateljev, ki so imeli polurni nastop.



Od leve proti desni: prof. dr. Rajko Kenda, predsednik zdravstvenega sveta UKC, mag. Simon Vrhunec, generalni direktor UKC, prof. dr. Dušan Šuput, dekan MF, doc. dr. Maja Ovsenik, predsednica EOS 2010, prof. dr. Jože Trontelj, predsednik SAZU, prof. dr. Franc Farčnik, predsednik znanstvenega odbora EOS 2010.

Zvečer je bila v dvorani Evropa Grand hotela Bernardin otvoritvena slovesnost, s katero sta bila kongres in dentalna razstava tudi uradno odprta. Uvodno pozdravno besedo je imela predsednica 86. kongresa EOS doc. dr. Maja Ovsenik, nato pa so nekaj besed avditoriju namenili še visoki gostje – akad. prof. dr. Jože Trontelj, predsednik SAZU, in prof. dr. Dušan Šuput, dekan Medicinske fakultete v Ljubljani. Pozdravnim nagovorom je sledil krajši kulturni program ansambla Saše Avsenika, godalnega orkestra Camerata Labacensis in komornega pevskega zbora Limbar. Večer smo zaključili v prenatrpani avli hotela, z bogato pogostitvijo iz bernardinske kuhinje in prijetnim pomenkovanjem s kolegi iz Slovenije in tujine.

Naslednji dan je strokovni del odprl prof. dr. Urban Hagg z medicinske fakultete v Hongkongu. Letos je njemu pripadla čast, da je imel spominsko predavanje Sheldona Friela z naslovom **Spremembe obraznega profila – z ali brez zdravljenja.** Sledila so kratka predavanja Houstonovih nagrajencev (letos so bili štirje), kjer so mladi raziskovalci predstavili rezultate svojega dela. Sledilo je vabljen predavanje prof. dr. Jožeta Trontlja **Etična vprašanja v medicini**, nakar so se zvrstile ustne predstavitve po programu. Ves čas so vzporedno potekale predstavitve znanstvenih in kliničnih posterjev. V Portorožu smo uvedli novost na kongresih EOS, saj so bili posterji prvič predstavljeni na elektronskih zaslonih s pomočjo t.i. *touch-screenov*. Samo deset zaslonov je omogočilo predstavitev več kot 600 prijavljenih posterjev v treh dneh, udeleženci so bili vnaprej obveščeni, kdaj bo kateri poster predstavljen, to pa je omogočilo veliko preglednost za vse, ki so jih teme zanimale. Zvečer je bil v Laguni GH Bernardin uradni sprejem predsednice (*president's reception*), ki si ga bomo zagotovo zapomnili po odlični pogostitvi, plesu in zabavi v res prekrasem okolju s pogledom na morje,

predvsem pa veličastnem ognjemetu z ladje, ki je bil presenečenje večera.

V četrtek in petek so potekale govorne predstavitve, predstavitev posterjev in razstava dentalnega ortodontskega materiala. Izpostavila bi predavanje še drugega slovenskega vabljenega predavatelja, prof. dr. Nataše Ihan Hren, ki je s **Sodobnim zdravljenjem skeletne RIII-nepravilnosti** predstavila svoje obsežno znanje in bogate izkušnje iz te problematike. Tretji dan kongresa smo zaključili v klubu Alaya s tradicionalnim disko večerom za specializante čeljustne in zobne ortopedije, v petek zvečer pa je bila v hotelu Kempinski Palace slavnostna večerja.

V soboto je bil zadnji uradni dan kongresa, zaznamovala sta ga dva pokongresna tečaja. Na prvem je dr. Chung How Kau iz ZDA predstavil **Vlogo preciznih tridimenzionalnih posnetkov v razumevanju**

obrazne morfologije in načrtovanju virtualnega zdravljenja, na drugem pokongresnem tečaju pa je dr. Dirk Wiechmann predstavil **Inkognito-lingvalni ortodontski sistem**. Oba tečaja sta z odličnim praktičnim delom navdušila prisotne.

Poleg večernih zabavnih prireditev, ki so potekala ves teden, vsak EOS-kongres zaznamujeta še dva večja družabna dogodka. Tradicionalni turnir v golfu smo organizirali na golf igrišču v Lipici, za zaključni izlet kongresa pa smo udeležence popeljali v Ljubljano na ogled naše prestolnice.

Ortodontija v času in prostoru

Jasna Cotič

Mednarodni kongresi so odlična priložnost za spoznavanje svetovnih imen stroke. Letošnji kongres Evropskega ortodontskega združenja, ki se je odvijal junija v Portorožu, je bil na tem področju zelo dobro zastopan. Vabilu so se odzvali številni ugledni predavatelji, ki so ustvarili program visoke kakovosti. Sama sem se udeležila dveh delavnic. Obe sta bili izvrstno zasnovani in sta mi vsaka na svoj način razširili obzorja.

Čas – četrta dimenzija ortodontije

Prof. dr. Tiziano Baccetti je zelo iskan in cenjen predavatelj, ki je na področju čeljustne in zobne ortopedije dejaven tako v rodnih Firencah kot na Univerzi v Michiganu. Marca smo ga v Sloveniji že gostili, ko je vodil seminar o zdravljenju nepravilnosti razreda II. V okviru kongresa Evropskega ortodontskega združenja je pripravil nov tečaj, v prvi vrsti namenjen specializantom. V njem je na privlačen in pregleden način strnil izsledke svojih študij s poudarkom na času kot osrednjem dejavniku načrtovanja ortodontske obravnave.

Ker kronološka in dentalna starost nista dovolj natančni metodi za zaznavo obdobja hitre pubertalne rasti, je dr. Baccetti predstavil cervikalno-vertebralno maturacijsko metodo. Na stranskem telerentgenogramu glave lahko iz morfologije vratnih vretenec ocenjujemo zrelost kostnine podobno kot pri rentgenskem slikanju zapestja. Vretenca se iz trapezoidne oblike sčasoma pretvorijo v značilno anatomsko obliko kvadrata s konkavnim spodnjim in konveksnim zgornjim robom. Razvoj je razdeljen na šest stopenj. Pubertalno obdobje hitre rasti je umeščeno med 3. in 4. stopnjo. Okrog tega mejnika se spletajo pomembne strateške odločitve, kdaj je najprimernejši čas za pričetek ortodontskega zdravljenja. Predavatelj je napotke prikazal na nepravilnostih v transverzalni, sagitalni in vertikalni smeri.

Prišel je z ozko zgornjo čeljustjo, ob čemer ugotavljamo eno- ali obojestranski križni griz. Z aparatom za hitro širjenje zgornje čeljusti moramo delovati v dobi, ko nebni šiv še ni zakostenel in ga je razmeroma enostavno razmakniti. Tako dobimo pravo širitev na skeletni ravni, medtem ko pri starejših prostor pridobivamo na račun nagibanja zob. Zaradi možnosti recidiva sta nujni prekomerna razširitev in retencija vsaj pet mesecev. Optimalno

Ob zaključku poročila z veseljem ugotovim, da sta slovenska udeležba in aktivno sodelovanje na kongresih evropske ortodontske skupnosti iz leta v leto večja. Poleg dveh vabljenih predavateljev iz Slovenije so letos na kongresu s svojimi prispevki sodelovali tudi trije mladi raziskovalci: Jasmina Primožič, Staša Melink in Jure Volk, ki so v govornih nastopih predstavili rezultate svojih raziskav, ki jih opravljajo v okviru doktorskega študija. Večje število slovenskih ortodontov je o izbranih temah pripravilo klinične ali znanstvene posterje.

je, da širjenje izvedemo v predpubertalni fazi CS3 in takoj zatem namestimo nesnemni aparat, kar izboljša dolgoročno stabilnost.

Zgodnje ukrepanje je potrebno tudi pri nepravilnosti razreda R III. Spodnja čeljust glede na zgornjo raste hitreje, zato je potrebno razlike zmanjšati. Če v predpubertalnem obdobju poskusimo s funkcijskim aparatom. Če nismo uspešni, v času hitre rasti sledi dvofazna terapija s hitrim širjenjem zgornje čeljusti in obrazno masko po Delairu, ki prek elastik maksilo vleče navzdol in naprej.

Pri nepravilnosti razreda II ravnamo drugače. Tu mora funkcijski aparat delovati v času vrhunca rasti, nakar brez prekinitve namestimo nesnemni aparat. Na ta način je obravnava veliko krajša, kot če bi s funkcijskim aparatom posredovali prezgodaj in zdravljenje do nesnemne faze prekinili. V zgodnejšem obdobju lahko izvedemo nekatere pripravljalne postopke, kot sta derotacija kočnikov in zmanjšanje stopnice z aparatom 2x4.

Posebne značilnosti imajo tudi nepravilnosti v vertikalni smeri. Pri skeletnem odprtem grizu je osrednji cilj korekcija nezadostne višine ramusa mandibule. Tu uporabimo bradno opornico, ki mora delovati v času hitre rasti. Drugi pol vertikalnih nepravilnosti je globoki griz s povečanim previsom, ki ima posebej samosvojo pot razvoja. V predpubertalnem obdobju pred vrhuncem rasti se stanje slabša, kasneje pa se samodejno malce popravi. Če terapijo zaključimo v mešanem zobovju, je tveganje za ponovitev veliko, saj se nepravilnost ravno v tem času poslabšuje. Zato s terapijo počakamo do obdobja hitre rasti v stalnem zobovju. Takrat je previs v celoti izražen in je manj možnosti za ponovitev. Ker se previs kasneje spontano zmanjšuje, prekomerne korekcije niso potrebne.

Dr. Baccetti je zaključil z mislijo, da se tkiva tudi po končanem ortodontskem zdravljenju ne nehajo spreminjati. Skrb za paciente se tedaj ne sme končati, ampak mora trajati vse življenje. Bodoče starostne spremembe moramo predvideti že pri mladih in obravnavo načrtovati tako, da bo doseženo stanje estetsko tudi v letih, ki prihajajo. Če moramo zobe intrudirati, raje intrudiramo spodnje sekalce kot zgornje in ne pretiravamo s kirurškim podaljševanjem kliničnih kron. Svetoval je, naj terapijo zaključimo z 2 do 3 mm dlesni, ki se pokaže ob nasmehu, saj rahel »gummy

smile« postaja nov standard privlačnosti. S tem je zaokrožil odlično predavanje, ki je navdušilo tako mlade zobozdravnike kot izkušene ortodonte. V Sloveniji so njegove smernice naletele na posebej topel odziv, saj pri nas poudarjamo pomen terapije s funkcionalnimi aparati. Prav tako pri odločanju za zdravljenje že uporabljamo cervikalno-vertebralno maturacijsko metodo.

Tridimenzionalno fotografiranje v praksi

Dr. Baccetti je svoje predavanje osnoval okrog informacij, dobljenih s telerentgenskega posnetka. Rentgensko slikanje ostaja najbolj razširjena slikovna diagnostična metoda, vendar imajo v ortodontiji, pa tudi medicini nasploh, vse večjo veljavo tudi podobe v treh dimenzijah. Uveljavljenim, kot sta računalniška tomografija in magnetna resonanca, se pridružujejo novi sistemi za natančen zajem površin. S slednjimi se poglobljeno ukvarja dr. Chung How Kau z Univerze v Alabami. Dr. Kau je na področju tridimenzionalnega zajema in študij obraznih razmerij zelo dejaven, med drugim je v svoje raziskave vključil tudi slovensko populacijo.

Na delavnici nam je predstavil sistem podjetja 3dMD, ki za prikaz prostorskih razmer uporablja aktivno stereofotogrametrijo. Izraz označuje metodo, ki s pomočjo fotografij, posnetih z različnih zornih kotov, sklepa na geometrične lastnosti fotografiranega objekta. Preiskovanec se usede na stol, nameščen med sistem kamer in bliskavic. Glede na postavitev in število fotografskih enot je na voljo 180-stopinjski zajem obraza, 360-stopinjski zajem celotne glave in zajem prsnega koša ter dojk. Postopek je enostaven, neinvaziven in nenevaren, material pa je posnet z ločljivostjo 150 µm in natančnostjo do 0,5 mm. Slikanje poteka sočasno z več kamerami in traja le okrog 1,5 milisekunde. To je občutno hitreje od metode skeniranja z lasersko svetlobo, ki za odčitanje potrebuje 4 do 5 sekund. Napak zaradi preiskovančevega premikanja je tako manj. Poleg tega je v primeru laserja ohranjena le tekstura površine, pri fotogrametriji pa gre za pravo barvno fotografijo, ki jo algoritem zmodelira tako, da

odraža prave, volumetrične dimenzije objekta.

Udeleženci smo imeli priložnost slikanja svojih obrazov, nakar smo tridimenzionalne posnetke prenesli na pripravljene računalnike. Na primerih smo se spoznali z delovanjem in uporabo proizvajalčeve programske opreme 3dMDvultus. Fotografijo je mogoče v programu poljubno obračati, si jo ogledovati iz različnih zornih kotov in nanjo nameščati referenčne točke za analizo. Vultus je namenjen delovanju v Oknih, čemur je prirejen tudi pretežno grafični vmesnik. Večji del opravil poteka z miško in preprostim klikanjem, tako da je osnovna raba dokaj enostavna. Program je primeren tudi za pregledovanje računalniških tomogramov. Tu si lahko s spreminjanjem nastavitve prikazemo posamezna tkiva in postavljamo kostne orientacijske točke za samodejno izračunavanje kotov.

Posebna prednost programa Vultus je v tem, da lahko 3D-fotografijo obraza kot lupino povežemo na površino posnetkov CT. Končni spoj fotografije in tomograma omogoča napredno simulacijo postopkov zdravljenja, recimo kirurške korekcije malokluzij. To je vsekakor dobrodošlo, vendar moramo postopek spajanja opraviti ročno, kar je dokaj zahtevno in zamudno. Pri združevanju potrebujemo odlično prostorsko predstavbo, potrpežljivost in izkušnje pri delu z računalnikom. Prostora za izboljšave je zlasti pri uporabniškem vmesniku še veliko. Na vsak način pa pomeni vključitev računalniške tomografije zanimivo možnost, ki jo bodo nedvomno še dodelovali in razvijali.

Samostojno tridimenzionalno fotografiranje obraza se po drugi strani že zdaj zdi zelo uporabna metoda. Ker dobljen posnetek lahko prosto vrtimo, običajnih slik v različnih projekcijah ne potrebujemo. Zaradi hitrega zajema lahko učinkovito ujamemo različne izraze na obrazu. Udeleženci delavnice smo si bili edini, da nas je osebna izkušnja s prostorskim fotografiranjem obogatila in nam dala privlačen vpogled v eno od možnih poti diagnostike v prihodnosti.



Prof. dr. Tiziano Baccetti iz rok prof. dr. Franca Farčnika prejema častno diplomu srečanja v Portorožu (foto: Zdravko Primožič).



Natančnost in ločljivost posnetkov sta navdušili, prav tako njihov obseg. 3D-fotografija obraza sega od ušesa do ušesa, ob čemer sta dobro zajeta tudi nos in predel pod brado (model na fotografiji sem Jasna Cotič).

88. kongres Mednarodnega združenja za zobne raziskave

Vito Vrbič

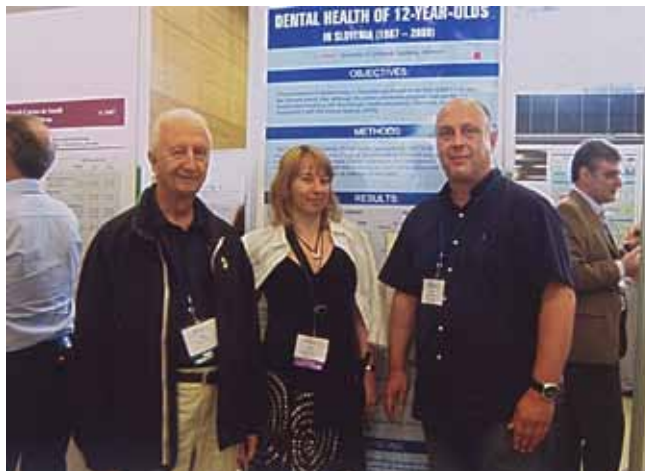
Julija je v Barceloni potekal že 88. kongres Mednarodnega združenja za zobne raziskave (International Association for Dental Research – IADR). Vsakoletnega kongresa se poleg stomatologov udeleži tudi večje število njihovih sodelavcev, ki sodelujejo v interdisciplinarnih raziskavah: kemikov, fizikov, biologov, farmakologov in drugih. Poleg individualnih prispevkov raziskovalcev na 23 raziskovalnih področjih so bili na sporedu tudi številni simpoziji in vabljeni predavanja priznanih raziskovalcev.

Dan pred kongresom je predsednik IADR David M. Williams organiziral odličen simpozij **Globalne neenakosti oralnega zdravlja**. Udeležene so bile posamezne delovne skupine s področja zobnega kariesa, parodontalne bolezni, okužb ustne votline, raka ustne votline, nepravilnosti v razvoju na področju glave in obraza ter zdravstvene službe. Vsaka delovna skupina je podala poročilo o neenakostih znotraj svojega področja, opozorila na pomanjkljivosti znanja in našega razumevanja ter predlagala potrebne raziskave za naslednje tri- do petletno obdobje.

Letošnjega kongresa se je, po poročilu organizatorjev, v skoraj 100-letni zgodovini udeležilo doslej največ udeležencev (nad 6500) s skoraj 5000 prispevki. V začetku so bili kongresi samo v ZDA, pozneje pa so se zaradi naraščanja članstva in sekcij združenja po vseh kontinentih dogovorili, da je kongres vsako tretje leto organiziran izven ZDA. Videti je, da je Barcelona z novim in sodobnim kongresnim centrom primerna in zanimiva destinacija za vse člane.

Tudi iz Slovenije se je kongresa aktivno udeležilo doslej verjetno največ raziskovalcev, s stomatološke klinike in IJS, skupaj kar devet z naslednjimi prispevki: R. Gašperšič: BDNF

pri pacientih s kroničnim parodontitisom; J. Jan: Porazdelitev organoklorovih onesnaževalcev v mlečnih zobeh; P. Jevnikar: Nanostrukturni aluminatni nanos izboljša oprijem na oksidne keramike; T. Kosmač: In vivo staranje zirkonijeve oksidne keramike: rezultati po 1 letu; S. Perko: Porozna zirkonijeva oksidna keramika; K. Renar Sitar: Zdravljenje z relaksacijsko opornico ter razlike v kakovosti življenja med spoloma; E. Skalerič: Fotodinamično zdravljenje agresivnega parodontitisa; U. Skalerič: Velikost parodontalne rane in metabolno stanje pacientov s sladkorno boleznijo; V. Vrbič: Epidemiologija zobnega kariesa v Sloveniji.



Z leve: Vito Vrbič, Janja Jan in Peter Jevnikar

Novosti na področju beljenja zob in estetskega zobozdravstva

Marko Vavpotič

Podjetje Medartis je preko Zdravniške zbornice Slovenije (ZZS) poslalo e-obvestilo o seminarju o novostih in trendih na področju estetskega zobozdravstva in beljenja zob. Če obvestilo ne bi bilo poslano preko ZZS, bi tudi ta e-pošta, kot večina od različnih podjetij, verjetno romala v »koš«. Predavatelj sta bila prof. dr. Paravina in mag. Ontiveros, oba z Univerze v Teksasu, Houston, ZDA. Predavala sta o estetiki v zobozdravstvu in beljenju zob. Moderator je bil priznani slovenski srčni kirurg, prof. dr. Igor Gregorič.

Prvo predavanje je govorilo o sposobnosti zaznavanja barv in njihovih odtenkih ter posledično estetiki. Kar 80 odstotkov ljudi namreč opazi razliko v barvi med zobom in plombo, manj kot 50 odstotkov pa jih je sposobno opaziti razliko med pari barvnih odtenkov na papirju. Sprejemljiva vrednost količnika razlike med barvama (ΔE - color difference) je 3; ta vrednost je pri plombah in prevlekah praviloma večja od 3, razlika med nebrušenim zobom in kovinsko-keramično prevleko pa pogosto znaša tudi 10 ali več.

Barvni ključi so zasnovani na osnovi empiričnih spoznanj; edini barvni ključ, razvit na podlagi znanstvenega dela in dognanj, je Vita-3D-master. Ob tem nam je predavatelj ponovno osvežil znanje o načinu izbiranja barve za stomatoprotetične nadomestke in plombirne materiale. Opozoril je, da se barve med serijami istega materiala pogosto razlikujejo, na barvo porcelana pa vpliva tudi temperatura sintranja. »Kameleonski« učinek restavrativnih materialov v zobozdravstvu je po njegovem mnenju le marketinška poteza proizvajalcev materialov; ta učinek doslej še ni bil znanstveno dokazan.

Izdelava lusk je eden od možnih estetskih načinov obnove zob, zahteva pa elektiven pristop. Rob preparacije naj bi bil vedno supragingivalno. Preveliko obrusnje zoba lahko skrajša življenjsko dobo lusk; luske tudi niso ustrezna estetska rešitev v primeru močno zabarvanih zob, saj se dobljeni barvni odtenek pogosto razlikuje od zelene končne barve zoba. Predstavljeni so bili tudi rezultati analize 10-letnega preživetja lusk: 34 odstotkov jih je počilo, 11 odstotkov lusk je imelo nesprejemljive napake, pri 2/3 lusk pa je popustila obrobna zapora.

Pogost estetski problem, ki moti paciente, je tudi tako imenovani »gummy smile.« Predstavljeni so bili kriteriji, kdaj o tem problemu lahko govorimo (diagnostika), etiologija in terapija. Predstavljene so bile tudi kontraindikacije za zdravljenje tega problema.

O beljenju zob je bilo prelitega že veliko črnila. Beljenje naj bi ne bilo nevarno, lahko pa ima neželene stranske učinke (!?) in je varnejše v ordinaciji kot doma. Pred pričetkom beljenja se je treba temeljito pogovoriti s pacientom. Zobozdravnik mora ugotoviti njegova pričakovanja ter mu predstaviti dejanske možnosti – načeloma velja, da imamo zobozdravniki rajši nekoliko temnejšo barvo zob kot pacienti. Rezultati raziskav o uporabnosti svetlobe s kratko valovno dolžino so si nasprotujoči, vendar najverjetneje uporaba te svetlobe pri beljenju zob s preparati vodikovega peroksida ni potrebna; obstoji pa nevarnost poškodb ustne sluznice v primeru prevelike moči luči.

O zanimivosti tem in ugledu predavateljev verjetno dovolj pove številna udeležba učiteljev Odseka za stomatologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani. Seminar je trajal dalj, kot je bilo predvideno, smo pa za to s svojo aktivno udeležbo med predavanji krivi udeleženci sami.

Izjava o konfliktu interesov

Avtor članka »Novosti na področju beljenja zob in estetskega zobozdravstva« izjavljam, da sem napisal članek na lastno pobudo in s podjetjem Medartis nimam nobenih poslovnih odnosov.

Žilni pristopi za hemodializo

Boštjan Kersnič

Ni se mi še zgodilo, da bi dve izobraževanji potekali tako tesno drugo za drugim. Imel sem namreč izjemno srečo, da sem imel med obema seminarjema vsaj prosto soboto, tako da sem z družino lahko odpotoval na poroko dobrega prijatelja, katerega punca je natanko pred šestimi leti ujela poročni šopek moje žene. Zaradi takšnih okoliščin sem se moral na srečanje za žilne pristope za hemodializo odpraviti kar z osebnim avtom.

Pot je najprej tekla preko Italije, mimo Vincenze, kjer je bilo prvo od obeh srečanj, mimo Milana, Torina in nato skozi predor pod znamenitim Mount Blancem ter praktično preko celotne Francije, skozi Lyon, skoraj čisto mimo Pariza, skozi Orleans, do srednje velikega mesta Tours ob reki Loari. V tem mestu je namreč od 14. do 16. junija potekalo, sicer že tretjič, srečanje multidisciplinarnih strokovnjakov, ki se ukvarjajo z žilnimi pristopi predvsem za hemodializne bolnike. Srečanje je potekalo pod pokroviteljstvom francoske zveze za žilne pristope, ki je ravno v tem letu dopolnila polnoletnost.

Ni naključje, tudi z zgodovinskega vidika, da so za srečanje izbrali prav Tours, saj sta mesto, ki je bilo v srednjem veku celo prestolnica Francije, in njegova okolica polna pomembnih in zanimivih zgodovinskih točk. Naj zaokus naštejemo samo nekatere: grob Riharda Levjesrčnega, grob Leonarda da Vincija,



Prof. dr. Marko Malovrh je imel na omenjenem kongresu vabljen predavanje z naslovom »Omejitve ultrazvočno-dopplerske preiskave«, na sliki pa sta voditelja sklopa o spremljanju in nadzoru žilnega pristopa: nefrolog Michael Allon iz Birminghama, Alabama, in nefrolog Michel Jadoul iz Bruslja, Belgija.

grad Usse, ki je služil kot model za bavarski grad Neuschwanstein, ki je grad iz pravljičnice o Trnuljčici.

Uvodni nagovor je imel eden glavnih organizatorjev srečanja Pierre Bourquelot, sicer znan francoski urolog, ki že dolga leta uspešno operira arteriovenske fistule tudi pri najmanjših bolnikih. Sledil je še pozdrav Patricka Haaga, aktualnega predsednika združenja za žilne pristope, nato pa smo se takoj lotili prve pomembne teme. Naslov prvega sklopa je bil »Najprej podlaket: v kakšni meri še lahko na podlakti naredimo avtogeno fistulo«, v okviru katerega so predstavili kar nekaj predavanj, navezanih na to tematiko. Vsaj zame je bilo najbolj zanimivo predavanje Erica Ladenheima iz Fresno, Kalifornija, v katerem je predstavil uporabo liposukcije kot pomoč pri zagotovitvi kanulacije avtogenih arteriovenskih fistul pri debelih bolnikih. Druga plenarna seja je bila posvečena strategiji in monitoringu žilnih pristopov. Michael Allon iz Birminghama, Alabama, je pokazal pomembnost iniciative »fistula najprej na podlakti«, saj podatki kažejo, da so le-te v splošnem boljše, ker imajo daljši čas delovanja kot ostale fistule. Osvetlili so tudi ameriško iniciativo »najprej fistula«, kjer so prikazali problem iz leta 2000, ko so ameriški dializni bolniki pričneli nadomestno zdravljenje praktično brez arteriovenske fistule (v nadaljevanju AVF) (le 24 odstotkov jih je imelo AVF primerno za uporabo – podatek je iz študije DO-PPS). Podatki iz leta 2008 so tako vzpodbudni, saj se je delež bolnikov, ki pričnejo kronični program z delujočo AVF, dvignil na 52 odstotkov. V tem sklopu je predaval tudi prof. dr. Marko Malovrh, in sicer je imelo njegovo predavanje naslov »Omejitev ultrazvočno-dopplerske preiskave«. V tem sklopu so predstavili tudi srečanje, ki bo v maju 2011 v Istanbulu, mestu z že okoli 15 milijoni prebivalcev. Po popoldanskem sklopu predavanj sem

se udeležil delavnice, kjer sta dva vaskularna kirurga, Volker Micklej iz Nemčije in Frederik Schild iz Združenih držav Amerike, predstavila eksotične vaskularne pristope.

Torkova glavna plenarna seja v jutranjih urah je bila namenjena anevrizmatskim spremembam na fistulah in njihovi kanulaciji, medtem ko je v sosednji dvorani potekal sklop o centralnih venskih katetrih. Popoldanski sklop predavanj je imel naslov Strategija, kjer so predavatelji razpravljali predvsem o pravih odločitvah pri dvomljivih primerih, npr. kdaj pri obstrukciji centralnih ven postaviti stent itd.

Plenarna seja zadnjega dne je imela namen zaokrožiti predavanja z nekaterimi predstavami diagnostičnih in terapevtskih metod pri sindromu kradeža in ishemiji roke. Predaval je tudi nefrolog Mathieu Sacquepee (Noumea, Nova Kaledonija), in sicer o ogrličastih graftih in o tem, ali smo jih pripravljene uporabljati.

Končni vtis srečanja je tako več kot odličen. Tako plenarna srečanja kot tudi delavnice so bili na zelo visoki in hkrati dostopni ravni, saj je komunikacija med vaskularnimi kirurgi, interventnimi radiologi in nefrologi potekala brez ovir. Zelo dobro je videti ljudi, ki so tako predani iskanju rešitev za dober žilni pristop za hemodializne in tudi druge bolnike, ter seveda kako imajo različne države različne logistične rešitve. Kot sem omenil že na začetku tega sestavka, sem se po končanem kongresu odpravil na krajši ogled znamenitosti. Noč, ki je nato sledila, je bila namenjena nabiranju novih moči, saj je bila pred mano ponovno približno 1450 km dolga pot, ki je zahtevala približno 14 ur zbrane vožnje. Pot domov je bila polna misli na kongres, urejanja novih misli na bodoče strokovne podvige in je minila, kot bi trenil. Srečno naprej in morda nasvidenje v Istanbulu 2011!

Novorojenček in družina – pomen razumevanja novorojenčkovega vedenja

Borut Bratanič

Klinični oddelek za neonatologijo je 21. junija 2010, skupaj z Društvom za pomoč bolnim novorojenčkom – prvi koraki, Združenjem za pediatrijo SZD, Inštitutom za varovanje zdravja Republike Slovenije in Društvom Unicef, v veliki predavalnici organiziral mednarodno strokovno srečanje. Ob dveh gostih, znanih psihologih iz tujine, so predavali neonatologinja in psiholog, ki se ukvarjajo z novorojenčki in njihovimi družinami, epidemiologinja, sociologinja ter v neonatologijo in ocenjevanje vedenja usmerjene medicinske sestre.

Po uvodnem kratkem pozdravu strokovnega direktorja prof. dr. Rajka Kende je prva predavala doc. dr. Darja Paro Panjan. Pregledno je predstavila razvoj čutil (tip, vid, vonj, okus, bolečina) od 7. tedna nosečnosti dalje. Gibalni razvoj je pred in po rojstvu najlažje ocenjevati in meriti. Večina plodovih gibov se pojavi med 7. in 15., zametki sesanja in požiranja pa med 12. in 14. tednom

nosečnosti. Raziskovanje zavesti pri plodu in novorojenčku je postalo možno z razvojem sodobnih preiskovalnih metod – funkcionalne magnetne resonance (fMR), magnetoencefalografije in »near-infrared spectroscopy« (NIRS). Zelo uporabne so tudi klasične nevrofiziološke preiskovalne metode – elektroencefalografija (EEG), amplitudno povprečen EEG in vzbujeni potenciali možganskega debla.

Znano je tudi, da so takoj po rojstvu novorojenčki zaradi aktivacije noradrenergičnega sistema v možganih popolnoma budni eno do dve uri. Novorojenček je z reakcijami avtonomnega in motoričnega sistema sposoben pokazati čustva ugodja, gnusa, presenečenja in stiske. Lahko posnema grimase, prepoznavna obraze in kaže enostavne oblike spomina s habituacijo, ki se pojavi pri plodu že med 22. in 23. tednom nosečnosti.

J. Kevin Nugent je psiholog in direktor Brazeltonovega inštituta pri Otroški bolnišnici v Bostonu ter profesor na Harvardski medicinski fakulteti. Je dolgoletni sodelavec in soavtor strokovnih del ter učbenikov T. Berryja Brazeltona. V prvem predavanju je spregovoril o zgodnjih odnosih med starši, kjer nastopajo novorojenci kot »katalizatorji« novih odnosov v družinah. Temu mora nujno slediti osebni razvoj staršev ter razvoj odnosov med starši in novim članom družine. Osrednje bitje v teh odnosih je novorojenček, ki prihaja na svet opremljen s spretnostmi, ki jih uporabi za komuniciranje z okolico in za svojo notranjo organizacijo. Ugotovili so, da novorojenci težijo k organiziranosti svojega vedenja, kar se kaže tudi v jasno razpoznavnih vedenjskih stanjih. Novorojenčki so socialna bitja, ki želijo komunicirati z osebami v bližini. To omogoča zgodnje navezovanje staršev na otroka, kar ima zelo velik pomen tako za otroka kot tudi za starše in razvoj družine. Kljub dokaj bogatim sposobnostim, s katerimi razpolaga novorojenček, pa na začetku potrebuje ustrezno pomoč. Matere prav ob pomoči NBAS (Newborn Behaviour Assessment Scale) ali NBO učinkoviteje obvladajo proces sprejemanja novorojenčka, kakršen v resnici je, in se ločijo od fantazijske podobe iz časa nosečnosti, ki je praviloma daleč od prave podobe, posebno kadar je novorojenček nedonošen ali bolan.

V drugem predavanju je prof. J. Kevin Nugent podrobneje opisal skrajšano obliko NBAS, ki so jo poimenovali sistem NBO (Newborn Behavioural Observations) – sistem opazovanja vedenja novorojenčkov. Zaradi stiske ob boleznih ali nedonošenosti otroka so starši željni razumevanja in poslušanja – pripravljene so na komuniciranje. Večina uspešnih intervencij temelji na spodbujanju komuniciranja in negovanju odnosov. Študije dokazujejo, da tudi NBAS lahko pomaga pri podpori staršev v obdobju, ko imajo novorojenčke, in da je prav to obdobje najprimernejše za prve učne stike. Po številnih praktičnih izkušnjah in raziskovalnih rezultatih NBAS so razvili za obdobje novorojenčkov in do prvih treh mesecev starosti NBO-sistem



Pred začetkom predavanj. Z leve: doc. dr. Darja Paro Panjan, prof. dr. J. Kevin Nugent, dr. Joanna Hawthorne in prof. dr. Rajko Kenda.

opazovanja 18 enot. Po rojstvu novorojenčka čaka vrsta razvojnih izzivov, ki jo z akronimom »AMOR« označujejo: uravnovešanje avtonomnega sistema, motorično uravnavanje, organizacija vedenjskih stanj in razvoj vzorcev budnost – spanje, odzivnost (responsiveness). Kljub relativno dobri nevro-vedenjski opremljenosti za izvenmaterično življenje, pa so novorojenci odprti psiho-biološki sistemi in od vsega začetka potrebujejo podporo negovalk (matere, osebje) za vzdrževanje svoje organiziranosti in napredovanje v razvoju. Z NBO je možno odkriti področja in vrsto pomoči, ki jo potrebujejo posamezni novorojenčki.

Dr. Joanna Hawthorne, psihologinja in direktorica Brazeltonovega centra v Londonu, je v prvem predavanju opisala podporo staršem novorojencev, ki so hospitalizirani v neonatalnih intenzivnih enotah (NIE), z uporabo NBAS. V NIE je fizično okolje zelo obremenjujoče zaradi hrupa, svetlobe, bolečih posegov in dolgotrajnih, zahtevnih preiskav. Na dražljaje se novorojenčki odzivajo z avtonomnim živčnim sistemom (spremembe barve kože, dihalnih vzorcev, kolcanja, odvajanja blata) in z gibalnim sistemom (položajem telesa, udov, mišično napetostjo, gibanjem in aktivnostjo). Kažejo se lahko tudi motnje v otrokovi sposobnosti za interakcijo. Za natančno ocenjevanje vedenja novorojenčkov je tudi v NIE zelo uporabna metoda NBAS. Gre za sistematično opazovanje in interaktivno ocenjevanje nevro-vedenjskih vzorcev do starosti treh mesecev. Čustva staršev, ki imajo novorojenca hospitalizirane v NIE, segajo od začetnega šoka, preko strahu, jeze, občutkov nemoči do občutkov krivde. Branijo se z zanikanjem, projekcijami in odmikom. V pomoč je čustvena podpora staršem, vključevanje v nego njihovih otrok, uporaba materinega izbrizganega mleka za hranjenje in spodbujanje stika kože-na-kožo med materjo (očtom) in novorojenčkom. Principi, kakršne tudi na našem oddelku uporabljamo že vrsto let (Bratanič B, Novosel Sever M, Bren Erjavec M, Konjajev Z. Vloga matere pri negi nedonošenčka in bolnega novorojenca. Slov Pediatr 1995; 1–3: 63–5.).

V drugem predavanju je dr. Joanna Hawthorne predstavila pomembnost razumevanja odnosov med starši in novorojenčkom ter programe intervencij, ki lahko izboljšajo otrokovo duševno zdravje. V Angliji je NBAS v neonatalnem obdobju uradno priznana kot pomembna metoda. V ZDA ob NBAS podpirajo tudi druge programe za izboljšanje starševstva, kot so »Ena in ena« (One plus One), kjer strokovnjaki pomagajo izboljšati duševno počutje otrok in odraslih z izboljšanjem družinskih odnosov. Ponovno ugotavljajo velik pomen očetov, ki jih tudi program NBAS aktivno vključuje v spoznavanje vedenja novorojenčkov.

Otrokovi možgani delujejo na osnovi »uporabi ali izgubi«, ko povezave, ki zaradi zgodnjih izkušenj niso podprte z odnosi z okolico, postopoma odmrejo. Neodzivanje okolice ali preveč stimulacije pomeni stres in poškodbe za socialno občutljivost novorojenčevih možganov. Zato novorojenčki potrebujejo negovalko, ki vidi njihove sposobnosti in jim pomaga preko težav, ter čustveno toplo odzivanje obeh staršev. Potrebujejo vzpostavljanje dialoga z njihovimi negovalkami, ki razumejo variabilnosti v razvoju; igro, avtonomnost in fleksibilnost v odnosih, ki vodi do navezovanja, ter samozavestne starše, ki razumejo vedenje svojega novorojenčka.

Mag. Jana Kodrič, klinična psihologinja, je z Albino Gubanc in Martino Lekan, diplomiranimi medicinskima sestrama s KO za neonatologijo, predstavila skrb za duševno zdravje novorojenčka in družine ter izkušnje na Kliničnem oddelku za neonatologijo. Po opisu teoretičnih izhodišč področja duševnega zdravja novorojenčkov in dojenčkov, ki temeljijo na načelih razvojne psihologije in razvojne psihopatologije. Avtorice so opisale možne intervencije in dejavnosti, ki na KO za neonatologijo potekajo z namenom zagotavljanja duševnega zdravja novorojencev in njihovih družin (Lestvica za ocenjevanje novorojenčkovega vedenja – NBAS, in redni tedenski sestanki skupin za starše hospitaliziranih novorojencev).

Mag. Polonca Truden Dobrin, epidemiologinja, dr. Zalka Drglin, sociologinja, in Barbara Mihevc Ponikvar, vse tri z Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije, so z epidemiološko-sociološkega vidika predstavile dejavnike duševnega zdravja družin z novorojenčki v Sloveniji, kjer je leta 2008 rodilo 21.477 žensk. Med porodi so bili v 71,8 odstotka primerov prisotni očetje. V istem letu je bilo živorojenih 21.757 novorojenčkov. Porodno težo pod 1.500 g je imelo 208 (1 odstotek) živorojenih otrok. Ob odpustu iz porodnišnic je bilo polno dojenih 84,2 odstotka, delno dojenih 12,8 odstotka in nikoli dojenih 2,9 odstotka novorojenčkov.

V Sloveniji je treba nameniti več pozornosti prepoznavanju mater, ki imajo težave pri navezovanju stikov z novorojenčki (poporodna depresija in psihoza). Zato je treba izobraziti zdravstvene strokovnjake v porodnišnicah in na primarni ravni zdravstvenega varstva. V zdravstvenih ustanovah je treba prilagoditi organizacijo dela v smeri podpornega okolja za zdravo starševstvo (Deset korakov do odličnih obporodnih storitev *MamaOtrok*). Razumevanje vedenjskih vzorcev novorojenčka v luči zgodnjega razvoja lahko prispeva

k uspešnejšemu navezovanju mater in otrok, boljšemu vključevanju očetov in s tem k otrokovemu celostnemu razvoju.

Doc. dr. Vislava Globevnik Velikonja, klinična psihologinja s KO za perinatologijo Ginekološke klinike v Ljubljani, je opisala njihove izkušnje z NBAS in učinkovitost preventivnega programa EINT za prezgodaj rojene otroke in njihove starše. Opredelila je pomen zgodnjega fizičnega stika med materjo in nedonošenčkom z zgodovinskega, teoretičnega in praktičnega vidika. Po opisu težav staršev po prezgodnjem porodu (nepripravljenost, porušen proces otrokovega in starševskega razvoja, prekinjene normalne faze priprav na otroka, moten čustven proces ločevanja od otroka, podaljšana hospitalizacija, občutki krivde, anksioznosti, jeze, depresija in pogosto spregledan oče) je opisala preventivni program za starše in nedonošenčke. Uporabljajo »Kangaroo-baby« metodo za tesen stik med materami in nedonošenčki. Pozitivne posledice metode so v primerjavi s kontrolno skupino pogostejše dojenje ob odpustu (56 odstotkov proti 28 odstotkom) ter po šestih mesecih bolj sproščene in samozavestne matere, ki ocenjujejo metodo zelo pozitivno. Pri novorojenčkih so uporabljali tudi NBAS-metodo ocenjevanja vedenja in rezultate primerjali z izobrazbo mater, med donošenimi in nedonošenimi ter deklicami in dečki, kjer so boljše rezultate ugotavljali pri deklicah.

Interdisciplinarni strokovni sestanek z udeležbo domačih in tujih strokovnjakov je ponovno poudaril pomembnost dogajanja v prvih dneh in tednih v življenju novorojencev in njihovih družin. Osrednje mesto ima novorojenček, ki je dobro opremljen za prvo komunikacijo z negovalci, ti pa morajo biti ustrezno izobraženi, da pravilno razberejo njegova sporočila in njemu ter družini pomagajo do zdravega sožitja ter s tem do normalnega telesnega in duševnega razvoja.

Se helikopterska nujna medicinska pomoč v Sloveniji lahko zgleduje po italijanskem modelu?

Uroš Lampič

Člani enote Helikopterske nujne medicinske pomoči (HNMP) se na delovnih obiskih pri naših kolegih v tujini vedno znova prepričamo, da nedaleč od nas izvajajo helikoptersko reševanje tako, kot bi ga morali tudi v Sloveniji, torej po mednarodnih standardih. Kako velike so lahko razlike med državami članicami evropske skupnosti žal občutijo tudi naši pacienti, saj smo ena redkih razvitih držav, ki še vedno nima niti enega namenskega, medicinskega helikopterja. HNMP izvajamo z zastarelimi državnimi helikopterji, ki so občasno zaradi drugih nalog policije in slovenske vojske za izvajanje HNMP celo zasedeni.

V juliju letos smo se v okviru delovnega obiska seznanili z delom italijanske enote HNMP v kraju Erba ob jezeru Como v pokrajini Lombardija. Gre za enoto, ki deluje 24 ur dnevno vse dni v letu

in opravi 660 intervencij letno, od tega 80 odstotkov primarnih intervencij (na terenu), 18 odstotkov medbolnišničnih transportov in 2 odstotka ostalih intervencij (npr. prevoz organov za namen transplantacije). V kolikor gre za že vnaprej znan zelo zahteven medbolnišnični transport, se redni ekipi v helikopterju pridruži še dodatno usposobljena ekipa iz bolnišnice. V primeru, ko je potreben medbolnišnični prevoz otrok v inkubatorju, intervencijo s helikopterjem HNMP opravi ekipa pediatrov intenzivistov, ekipa HNMP pa ostane v bazi. V tem času sočasne HNMP intervencije tega področja pokrivajo sosednje enote HNMP.

Enota pokriva področje provinc Como, Varese in Lecco, veliko 3304 km² (površina je šestkrat manjša od Slovenije), kjer živi 1.800.000 ljudi. V enoti je zaposlenih 12 zdravnikov,

12 reševalcev – zdravstvenih tehnikov in prav toliko gorskih reševalcev letalcev. S svojim delom pokrivajo vse intervencije na terenu, tudi v gorskem svetu, ki v tem delu Italije predstavlja kar tri četrtine površine z najvišjimi vrhovi do 3000 m. Tehnično reševanje v gorah (vitlanje) jim ne predstavlja ovir, saj imajo poleg ustrezne tehnične opreme (celo dva vitla na helikopterju AW 139) tudi vsi opravljena usposabljanja iz tehničnega reševanja s helikopterjem. Evakuacijo in osnovno oskrbo pacienta pri tehnično najtežjih reševanjih opravi gorski reševalec letalec, ki je stalni član ekipe in sodeljuje na vseh intervencijah, tudi pri medbolnišničnih prevozi. Enota HNMP Como je del sistema NMP in spada pod NMP višjega nivoja (MSA – medical advanced rescue). HNMP v tej enoti izvaja zasebno podjetje, ki zagotavlja helikopter, helikoptersko bazo in osebje (zdravstveno osebje in gasilsko službo v bazi). Zasebnik ima s sistemom javne zdravstvene službe na nivoju regije sklenjeno pogodbo za opravljanje HNMP. Zdravniki so v enoti HNMP redno zaposleni za približno 20 odstotkov, preostali del so zaposleni kot zdravniki v zemeljski NMP ali v intenzivnih enotah bolnišnic, del svojega rednega dela pa tudi v centru za obveščanje, kjer odločajo o aktivaciji reševalnih služb, tudi HNMP. Ker je HNMP del javne zdravstvene mreže, pacientom za primer njenega posredovanja ni potrebno plačati stroškov reševanja oziroma za ta namen ni potrebno biti še posebej zavarovan.

Srečanje z dežurno ekipo je bilo prisrčno. Tisti dan so opravili že dve intervenciji. Zgovorna zdravnica Isabella nam je skupaj z vodjo zdravnikov Mauriziom in pilotom predstavila delovanje enote, opremo, bazo in helikopter. Baza je locirana ob comskem jezeru na travniku na robu naselja in že sama lokacija in infrastruktura (manjša hišica kot baza s heliportom in vedno prisotno gasilsko službo) potrjuje naše ugotovitve, da je lokacija baze HNMP na mednarodnem letališču, kot je Brnik, prej ovira kot prednost. Medicinska oprema je zelo podobna naši in tu, razen sodobnejšega ventilatorja, ne zaostajamo. Ob pogledu na helikopter Agusta Westland 139 nam je zmanjkalo besed. Gre za sodoben medicinski helikopter, ki se zaradi svojih lastnosti vse bolj uporablja v helikopterskem reševanju in trenutno predstavlja helikopter, ki je pomaknil standarde na tem področju za nekaj stopnic višje. Sicer je velikosti helikopterja Bell 212/412, ki jih večinoma uporabljamo v Sloveniji, a zaradi napredka tehnologije nudi bistveno večji prostor za ekipo in pacienta, tako da brez težav prepelje številno medicinsko ekipo, dva pacienta in veliko opreme, pa še vedno ostane dovolj prostora za izvajanje nujnih posegov med poletom. Sodoben, hiter, zelo prostoren, varen, pacientu, medicinski ekipi in pilotu prijazen helikopter, s katerim se je vsak od nas na skrivaj spogledoval in obenem zardeval od sramu, ko smo kolegom razlagali, da pri nas ta trenutek uporabljamo večinoma helikopter iz leta 1980, pa še ta nam ni vedno na voljo, saj policija z njim opravlja še druge naloge.

Med obiskom v bazi smo imeli priložnost opazovati odhod ekipe na intervencijo. Ekipa, ki dežura v istih prostorih (dva pilota, letalski mehanik – operater na vitlu, zdravnica, zdravstveni tehnik in gorski reševalec letalec), je bila v nekaj sekundah po zvočnem alarmu v

helikopterju, medtem so pridobivali še dodatne informacije o tem, kam bodo poleteli in kaj se je zgodilo. Brez nepotrebnih ovir in zamud pri aktivaciji, tako značilnih za Slovenijo, je bil helikopter znotraj petih minut od aktivacije v zraku. Prav toliko je še potreboval do mesta prometne nesreče na avtocesti proti Milanu. Čez pol ure so je intervencija zaključila z vrnitvijo v bazo.

Z vtisi, kako so v praksi videti mednarodni standardi na področju helikopterskega reševanja, polni prijetnih občutkov ob sklenitvi novih poznanstev z našimi italijanskimi kolegi in s spomini na zaključni del proizvodnje helikopterjev v bližnji tovarni Agusta, ki smo si jo ogledali istega dne, smo se vračali v Slovenijo. V realnost. Jutri se bomo spet predolgo odpravljali na intervencijo (povprečno 12 minut) s 30 let starim policijskim helikopterjem, za katerega že vemo, da bo zaradi večjega servisa za nas za več mesecev izgubljen in bomo delovali s sicer mlajšim, a zaradi



njegove majhnosti manj uporabnim helikopterjem. Šele ko bomo vanj skušali stlačiti imobiliziranega politravmatiziranega motorista, ki ga bomo pred tem intubirali in umetno ventilirali, poleg tega pa mu prek več intravenskih kanalov nadomeščali tekočine, bomo vedeli, kako dobri smo v improvizaciji nameščanja pacienta v (pre)majhen helikopter. Vsi posegi med poletom bodo seveda nemogoči, saj bova z reševalcem sedela drug proti drugemu tako blizu, kot bi plesala katerega izmed temperamentnih plesov, obdana z obilo nujno potrebne medicinske opreme.

In spet bomo vsak dan znova prepričevali odgovorne, da HNMP v Sloveniji ne deluje po mednarodnih standardih, da Slovenija še vedno ne premore niti enega medicinskega namenskega helikopterja in da so prebivalci v Sloveniji v neenakem položaju, saj za tiste v zahodni polovici HNMP poveča možnosti za preživetje in ugodnejši razplet bolezni ali poškodbe, Štajercem, Prekmurcem, Korošcem in Zasavcem pa zaradi oddaljenosti od edine baze na Brniku žal ne moremo pomagati zadosti hitro.

Italijanski model izvajanja HNMP se zdi zelo uporaben tudi za naš prostor. Prej ali slej bo treba službe, ki izvajajo helikopterski medicinski transport v Sloveniji (HNMP, GRS, službi UKC Ljubljana za medbolnišnični transport odraslih in majhnih otrok) racionalizirati in enakomerno razporediti baze po državi (poleg

baze na Brniku ali v Lescah še bazi v Mariboru in Postojni). Tip helikopterja, kakršnega smo videli v Comu, bi bil za tak način dela zelo primeren. Še posebej bi se lahko zgledovali po enoti HNMP v Comu pri oblikovanju skupne helikopterske enote HNMP in GRS v osrednji Sloveniji, širše gledano pa predstavljajo vse, za kar se v Sloveniji nekateri borimo že leta. Imajo sodoben, prostoren, namenski medicinski helikopter, ki jim je vedno na voljo in je namenjen le HNMP. Imajo bazo, ki ni obremenjena z bližino mednarodnega letališča in v kateri dežurajo v istih prostorih vsi člani ekipe, tako piloti kot medicinski del ekipe, kar močno skrajša aktivacijski čas in poveča zaupanje med člani v ekipo. Imajo vse podporne službe, ki enoti HNMP zagotavljajo ustrezno delovanje (tudi zdravstveni sistem za obveščanje). Še najbolj smo si verjetno podobni ljudje, ki izvajamo nujno medicinsko pomoč s helikopterjem. Vsi veliki zanesenjaki, le da v Sloveniji še vedno brezuspešno čakamo, da se razvoj službe, ki še kar deluje na ravni pilotnega projekta izpred sedmih let, premakne na višjo raven. Kot kaže, je argumentov za ureditev razmer na tem področju dovolj. In predlogov tudi. Odgovornim torej predlagam, da se odpravijo čez mejo in se prepričajo sami, da tisto, o čemer govorimo, v resnici tudi obstaja.

Foto: Miroslav Pogačar

Poročilo o štiriletnem obdobju delovanja Slovenskega združenja za zdravljenje bolečine

Marija Cesar Komar

V preteklem štiriletnem obdobju (december 2005–december 2009) je bilo naše združenje zelo aktivno, tako na strokovno-izobraževalnem področju kot na področju obveščanja in osveščanja širše slovenske javnosti o bolečini in problemih, povezanih z njo.

I. Spremenili smo **celostno podobo z novim znakom** našega združenja. Izbrali smo stiliziran makov cvet in ga podčrtali z zaokroženo, optimistično linijo in kratico našega imena.



II. Februarja 2006 smo skupaj z združenjem za anestezijo in intenzivno medicino – SZAIM, organizirali v Mariboru strokovni simpozij z naslovom Bolečinska akademija. Tema je bila pooperacijska bolečina.

III. Velik projekt, na katerega smo najbolj ponosni, je bila izvedba prevalenčne študije **Pojavnost kronične bolečine v Sloveniji**. Študija je bila opravljena po vzoru velike evropske študije pod vodstvom Brejvika, v katero je bilo vključenih 15 evropskih držav in Izrael. Uporabili smo isto metodologijo (CATI – computer assisted telephone interview). Vključenih je bilo 1010 naključno izbranih imetnikov telefonskega priključka v Sloveniji v starosti od 18 do 75 let. Študijo smo opravili z namenom pridobitve primerljivih podatkov, da uvrstimo Slovenijo na evropski zemljevid pojavnosti kronične bolečine. Imamo izhodišče za oceno uspešnosti naših prizadevanj za izboljšanja terapije bolečine in za zmanjšanje števila bolnikov v Sloveniji, ki trpijo za kronično bolečino. Podatki so primerljivi z evropsko študijo in zato toliko pomembnejši. V Sloveniji se pojavlja kronična bolečina v **23 odstotkih**, kar je več kot povprečno v Evropi, kjer se pojavlja v **19 odstotkih**. Je na 4. do 5. mestu za Norveško, Poljsko, Italijo, z istim deležem kot Belgija. Presenetljivo je, da je bila prisotnost dolgotrajne kronične bolečine (5 let in več) manjša kot evropsko povprečje. To kaže na kar dobro

zdravljenje kronične bolečine v Sloveniji. S ponavljanjem študije na določena časovna obdobja – nekaj let, bomo lahko sledili gibanju pojavnosti kronične bolečine.

- IV.** Vsako leto v juniju smo nadaljevali z organiziranjem tradicionalnega **seminarja o terapiji bolečine** v Splošni bolnišnici Maribor:

10. seminar o terapiji bolečine je bil posvečen **paliativni medicini** (9. in 10. junij 2006 v Splošni bolnišnici Maribor);

11. seminar o terapiji bolečine je obravnaval **akutno bolečino** (1. in 2. junij 2007 v Splošni bolnišnici Maribor);

12. seminar o terapiji bolečine z mednarodno udeležbo je bil posvečen **pooperacijski bolečini** (6. in 7. junij 2008 v UKC Maribor).

Seminarji so zelo uspešni, saj k njihovi pripravi in izvedbi povabimo vsako leto strokovnjake s področja bolečine iz Slovenije in tujine. Ob tem je vsako leto organiziran tudi seminar za medicinske sestre, s specifičnimi bolečinskimi temami. V program so vsako leto razpisani in uvrščeni posterji, ki prikažejo dejavnost zdravljenja bolečine po slovenskih zdravstvenih ustanovah. Odziv je dober, prav tako tudi udeležba poslušalcev, ki so strokovnjaki mnogih različnih medicinskih specialnosti, saj je bolečina tema, ki zadeva vse zdravnike. Za seminarje smo zagotovili kreditne točke pri Zdravniški zbornici Slovenije.

- V.** V letu 2009 smo organizirali **prvi kongres SZZB** v sodelovanju s Sekcijo za nevrofiziologijo in Nevrofiziološkim inštitutom UKC Ljubljana z naslovom **1. kongres SZZB s simpozijem o nevrofiziologiji bolečine s spominskim predavanjem dr. Janeza Faganela z mednarodno udeležbo (Bled, 9. in 10. oktober 2009)**.

Kongres je bil naše veliko delo. Našemu vabilu k sodelovanju se je odzvalo veliko strokovnjakov s področja bolečine, predavateljev iz Slovenije in tujine – Evrope in ostalega razvitega sveta. Kongresa se je udeležil predsednik EFIC (European Federation of IASP Chapters), prof. G. Varrassi iz Italije, s predavanjem. Poslušalcev je bilo veliko. Strokovna komisija je v program uvrstila dobre, prispеле posterje. Trije najboljši so bili nagrajeni s knjižnimi nagradami. V okviru kongresa so se odvijale delavnice o uporabi ultrazvoka v diagnosticiranju struktur, o radiofrekvenčni terapiji ter tri delavnice s področja nevrofiziologije.

Zlasti smo veseli tudi poslušalcev iz tujine, predvsem številnih iz bližnje Hrvaške. Pohvale domačih in tujih strokovnjakov, avtoritet s področja bolečine, so nam potrditev, da je bil kongres dober v organizacijskem in strokovnem smislu. Sklenili smo, da bo kongres tradicionalen, potekal bo na vsaka tri leta in bo tudi v prihodnje pripravljen s sodelovanjem drugih strokovnih sekcij. Zavrnilo smo glavni argument proti organiziranju kongresa, in sicer, da smo zanj premajhni. Kongres je podal presek protibolečinske dejavnosti v Sloveniji in dobili smo potrditev, da je naša terapija bolečine na prav tako visoki ravni kot v ostali Evropi in svetu.

- VI.** Aktivnosti **ob vsakoletnem svetovnem dnevu bolečine IASP in EFIC**. Svetovna organizacija določi za svetovni

dan bolečine dan v oktobru, z izbrano temo, kateri se posebej posvečamo vse naslednje leto, do naslednjega svetovnega dne. Organizirali smo vsakoletne **novinarske konference** o izbrani temi, katerih namen je, da preko medijev seznanimo širšo slovensko javnost o naših prizadevanjih. To nam je s številnimi radijskimi in televizijskimi intervjuji, članki v dnevnem časopisu in v strokovnih revijah tudi uspelo.

- VII.** Predstavljali smo **nova zdravila – analgetike, ali zdravila za zdravljenje stranskih učinkov** zdravil. Bili smo aktivni tudi pri **Komisiji za zdravila Republike Slovenije**. Dosegli smo razširitev možnosti predpisovanja določenih zdravil (lyrica). Prizadevamo si za prestavitve zdravil z negativne na pozitivno listo (menadex, versatis). Dosegli smo možnost predpisovanja in izenačitve vseh transkutanih oblik opioidov (durogesic, transtec).

- VIII.** Naš obsežen projekt izobraževanja je »**Pain course**« – interaktivni bolečinski tečaj, ki se pri nas imenuje **Premagajmo bolečino**. Lastnik tečaja je družba Grunental, avtor pa prof. R. Sittl ob sodelovanju strokovnega mednarodnega odbora za noveliranje. Grunental nam je prijazno ponudil možnost sponzoriranja tečaja, pri čemer SZZB zagotavlja nosilce posameznih sklopov in predavatelje. Tečaj je trislopeski: osnovni, nadaljevalni in najvišji. Pri nas predavamo osnovni tečaj s šestimi sklopi: 1. **osteoartritis** – bolečina v kolenu, 2. **nevropatska bolečina**, 3. **karcinomska bolečina**, 4. **glavobol**, 5. **bolečina v križu** in 6. **akutna bolečina**. Doslej je bilo 10 tečajev, treh sklopov, po različnih krajih Slovenije (bolečina v kolenu, karcinomska bolečina in nevropatska bolečina). Letos načrtujemo nov sklop (bolečina v križu). Udeležencev vsakega tečaja je od 20 do 25. Zagotovljene so kreditne točke za izobraževanje pri Zdravniški zbornici Slovenije. Udeleženci so zdravniki različnih specialnosti.

- IX.** Pomemben segment naše aktivnosti je prizadevanje za priznanje, ovrednotenje in uvedbo **novih šifer** za storitve, ki se opravljajo v protibolečinski medicini, pa doslej še niso evidentirane in plačane. Na upravnem odboru smo sestavili seznam le-teh, postavili časovni in kadrovski normativ. Seznam smo poslali na Zdravniško zbornico Slovenije za umestitev, upoštevanje pri novi sestavi šifranta storitev. Potrebno je tudi posredovanje na zavarovalnici za plačevanje teh storitev.

- X.** **Smernice za uporabo opioidov za zdravljenje bolečine, ki ni posledica rakavega obolenja, v Sloveniji**. Že leta 2003 smo sestavili **prvo projektno skupino**, ki je pripravila smernice za uporabo opioidov za nemaligno bolečino. V skrajšani obliki so objavljene v Zdravniškem vestniku (2007). Pri predpisovanju opioidov za nemaligno bolečino se pojavlja dosti nepravilnosti, ki lahko bolniku povzročijo nepopravljivo škodo, škodijo njegovi okolici in posredno širši družbeni skupnosti. Smernice je treba razširiti in dopolniti z najnovejšo strokovno literaturo. V ta namen smo sestavili **drugo projektno skupino**, ki je multidisciplinarno sestavljena, iz različnih specialnosti, za razliko od prve, ki so jo

sestavljali le anesteziologi. Druga projektna skupina dela še ni končala. Namen je razširiti smernice, jih izdati v knjižici z vsemi prilogami, privolitvami bolnika in zdravnika ter knjižico informacij za bolnike. Tudi v svetu smo priča velikim polemikam o tej temi, ko opažajo, da so stvari nekako ušle z vajeti (IASP). Prav tako se v slovenskem prostoru pojavlja dosti nepravilnosti na tem področju. Predvsem je treba **omejiti, kdo lahko začenja s to terapijo**. Posledice nepravilnega predpisovanja se kažejo predvsem pri mlajši starostni skupini bolnikov, ki so še delovno aktivni. Opioidi so nevarna zdravila (zasvojenosti, odvisnosti, zmanjšanje funkcije imunskega sistema). Zavzemamo se, da se lahko prične s to terapijo le, ko je bila izčrpana vsa druga možna protibolečinska terapija in ni bila uspešna. To terapijo lahko začnejo le specialisti v protibolečinskih ambulantah. Ko je odmerek opioida zadovoljiv, jo lahko nadaljujejo vsi drugi zdravniki. Ob morebitnih problemih je nujen pregled v protibolečinski ambulanti.

XI. Člani SZZZB aktivno in pasivno sodelujejo na mednarodnih kongresih, seminarjih, sestankih in simpozijih. Pomembno je **sodelovanje SZZZB z drugimi zdravniškimi združenji** in sekcijami Slovenskega zdravniškega društva (Sekcija za anestezijo in intenzivno medicino, nevrologijo, družinsko medicino, kirurgijo, ginekologijo...), kajti bolečina je problem, s katerim se srečujejo zdravniki vseh specialnosti. Najvažnejša in prednostna naloga našega združenja pa je, da **postane odprto**, da privabi in vključi čim več različnih specialistov, saj bo s tem napredek protibolečinske terapije večji, terapija bo boljša in trpljenje bolnikov manjše. Od ustanovnega sestanka v letu 1996 v Ljubljani, ko nas je bilo 30 ustanovnih članov, večinoma samih anesteziologov, smo se sedaj odprli in vključujemo v naše vrste veliko drugih specialistov. Pomembno nalogo osveščanja strokovne in laične javnosti o dosežkih na področju bolečine so naši člani opravili z objavo preko 60 intervjujev in različnih člankov.

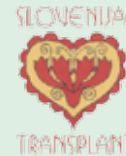
XII. Pomembna je racionalna poraba finančnih sredstev združenja. Prostovoljno organiziranje bolečinskih seminarjev nam je prineslo kar nekaj finančnih sredstev. Denar nameravamo porabiti za strokovno izpopolnjevanje in izdajanje strokovne literature. Načrtujemo izobraževanje iz uporabe ultrazvoka v protibolečinski medicini in radiofrekvenčne terapije.

XIII. Obstaja nekaj nejasnosti v zvezi z veljavnim statutom SZZZB. **Statut SZZZB** so ob ustanovitvi leta 1996 spisali kolegi zdravniki, prijavljen je na Upravni enoti Maribor, kjer je v UKC Maribor sedež našega združenja. Naš statut mora biti v skladu z zakonom o društvih, ker pa je SZZZB pridružno združenje Slovenskega zdravniškega društva, mora biti usklajen tudi s statutom zdravniškega društva. Predvidene so še nadaljnje aktivnosti na tem področju.

XIV. Izdana literatura SZZZB

- 1. Zbornik predavanj**, 10. seminar o bolečini **Paliativna medicina**, z mednarodno udeležbo, Maribor, 9. in 10. junij 2006, 148 str., SZZZB, SBM, Grunenthal; urednica Marija Cesar Komar.
- 2. Zbornik predavanj**, 11. seminar o bolečini **Akutna bolečina**, z mednarodno udeležbo, Maribor, 1. in 2. junij 2007, 126 str., SZZZB, SBM, urednica Marija Cesar Komar.
- 3. Zbornik Pooperacijska bolečina**, 12. seminar o bolečini z mednarodno udeležbo, 6. in 7. junij 2008, UKC Maribor, 156 str., SZZZB, SBM, SZAIM, urednica Marija Cesar Komar.
- 4. Smernice za zdravljenje rakave bolečine**, 2008, S. Lahajnar.
- 5. Kronična bolečina v Sloveniji**, Poročilo o prevalenci kronične bolečine in primerjava z evropskimi podatki. J. Pirč, M. Cesar Komar, 2007, SZZZB, Janssen-Cilag.
- 6. 10 let sodelovanja na področju zdravljenja kronične bolečine**, SZZZB in Janssen-Cilag, 2009, S. Bizilj.
- 7. Zbornik predavanj, 1. kongres SZZZB** s simpozijem o nevrofiziologiji bolečine s spominskim predavanjem dr. Janeza Faganela, z mednarodno udeležbo, Bled 9. in 10. oktober 2009, uredniki M. Cesar Komar, Z. Rodi, J. Pir.

Vabilo na satelitsko praznovanje Evropskega dneva darovanja organov in tkiv



Spoštovani,

vabimo vas na satelitsko praznovanje »Evropskega dneva darovanja«, ki bo potekalo v Ljubljani in Murski Soboti v soboto, 16. oktobra 2010. Ob letošnjem praznovanju vam ponosno predstavljamo projekt, ki ga vodi Slovenija-Transplant in s katerim to praznovanje presega meje države, ki jo vsako leto izbere Svet Evrope. Poleg Gruzije, kjer je letos osrednje praznovanje, bomo namreč prvič »Evropski dan darovanja« praznovali na enak način še v sedmih, t. i. satelitskih državah (Slovenija, Avstrija, Češka, Slovaška, Hrvaška, Srbija in Črna gora). V vseh izbranih državah bo praznovanje potekalo na isti dan in na enak način, z osrednjo športno-družabno prireditvijo za široko javnost, strokovnim srečanjem za zdravstveno osebje in zahvalnim verskim obredom za darovalce in njihove družine.

Z namenom, da ozaveščamo strokovno in široko javnost o pomenu odločitve za darovanje organov in tkiv ter izrazimo hvaležnost vsem posameznikom, udeleženi v tem načinu zdravljenja, Vas prisrčno vabimo k udeležbi na praznovanju.

S spoštovanjem,
prim. Danica Avsec, dr. med.
direktorica Slovenija-Transplanta

PRELIMINARNI PROGRAM Sobota, 16. oktober 2010

I. STROKOVNO SREČANJE

Lokacija: Hotel Slon, Ljubljana
Termin: 8.30–10.30

- 8.30–8.35 *Uvodni pozdrav* (prim. Danica Avsec; Slovenija-Transplant)
- 8.35–8.45 *Nagovor ministra za zdravje* (Dorijan Marušič; Ministrstvo za zdravje)
- 8.45–9.10 *Samooskrba na področju pridobivanja organov za zdravljenje s presaditvijo* (prof. Francis Delmonico; Svetovna zdravstvena organizacija)
- 9.10–9.25 *Direktiva EU o organih: nov pristop glede kakovosti in varnosti v uporabi organov za namen zdravljenja* (prof. Alenka Žnidaršič; Pravna fakulteta Ljubljana)
- 9.25–9.55 Odmor
- 9.55–10.10 *Donorski program v Republiki Sloveniji* (prim. Danica Avsec, Slovenija-Transplant)
- 10.10–10.25 *Pozitivne spremembe za prejemnike kot posledica razvoja evropskih meril* (asist. Valentin Sojar, Univerzitetni klinični center Ljubljana)
- 10.25–10.30 Zaključek

Prijavnica na: www.slovenija-transplant.si
Kotizacije ni.

2. ŠPORTNO-DRUŽABNA PRIREDITEV

Lokacija: Park Tivoli, Ljubljana

Termin: 11.00–14.00

Športne dejavnosti: start ob 11.30 (startnine ni!)

- Tek »Za življenje in radost« (8 km)
- Hoja »Za življenje in radost« (2 km)

Družabne dejavnosti:

- Ustvarjalne delavnice za otroke na temo »Za življenje in radost«
- Pogovori s prejemniki presajenih organov in tkiv
- Podelitev nagrad dobitnikom medalj s svetovnih športnih tekmovanj za transplantiране bolnike
- Predstavitve društev bolnikov s področja transplantacijske dejavnosti
- Glasbeni program z gosti
- Podelitev nagrad najboljšim udeležencem teka

Športne in družabne dejavnosti bodo z namenom satelitskega praznovanja evropskega dneva darovanja na isti dan organizirane tudi v Murski Soboti. Točen program sledi.

3. VERSKI OBRED

Slovesna zahvalna maša za darovalce organov in tkiv ter njihove družine

Lokacija: Stolnica, Ljubljana

Termin: ob 16.00

www.slovenija-transplant.si

www.eddguidelines.eu

Kontaktna oseba: Boštjan Kušar; telefon: 01 300 68 69; e-naslov: bostjan.kusar@slovenija-transplant.si



Ta dokument/dogodek je del projekta »Razvijanje smernic za organizacijo Evropskega dneva darovanja«, ki ga financira Evropska unija v okviru Zdravstvenega programa (<http://ec.europa.eu/eabc/>). Svet Evrope je pobudnik ideje praznovanja Evropskega dneva darovanja organov in transplantacij, ki je namenjen spodbujanju razprav na tem področju in ozaveščanju ter napredku na področju darovanja in presajanja organov (<http://www.edqm.eu>).

IZŠEL JE DVD

Retorika in duševno zdravje

Slovinci – slabi samomorilci ter dobri govorniki

DVD je posnetek predavanja prof. dr. Andreja Marušiča, ki je bilo junija 2007 v Cankarjevem domu v Ljubljani.

55-minutno predavanje je podnaslovljeno v petih jezikih: slovenskem, angleškem, italijanskem, nemškem ter srbskem jeziku.

Predavatelj prof. dr. Andrej Marušič je bil raziskovalec, znanstvenik in terapevt na področju duševnega zdravja, depresije in samomora. Slovel je po izjemni inovativnosti, kar je v svojem predavanju podal na zanimiv in preprost način.

Vabimo Vas, da čim prej naročite svoj izvod!

DVD lahko naročite preko spleta: <http://www.famnit.upr.si/sl/retorika> ali s priloženo naročilnico.

CENA (z DDV): 15 EUR

NAROČILNICA

Naročam _____ izv. DVD Retorika in duševno zdravje

Ime in priimek/delovna organizacija:

Ulica, kraj, poštna številka:

Davčna številka: _____

Davčni zavezanec: da ne

Ime in priimek kontaktne osebe:

Datum:

Podpis in žig ustanove:

Naročilnico pošljite na naslov:

Univerza na Primorskem, **Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije**, Glagoljaška 8, 6000 Koper, ali po faksu: 05 6117 571, ali po e-pošti: temena@upr.si.



Andrej Marušič

RETORIKA IN DUŠEVNO ZDRAVJE

Slovinci - slabi samomorilci ter dobri govorniki
Ljubljana, Cankarjev dom, 12. junij 2007

RHETORIC AND MENTAL HEALTH

Slovenians - less suicidal, more rhetorical
Ljubljana, Cankarjev dom, 12th June 2007

RETORICA E SALUTE MENTALE

Sloveni - cattivi suicidi e buoni oratori
Lubiana, Cankarjev dom, 12° Giugno 2007

RHETORIK UND PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Die Slovenen: schlechte Selbstmörder und gute Rhetoriker
Ljubljana, Cankarjev dom, 12. Juni 2007

RETORIKA I DUŠEVNO ZDRAVLJE

Slovinci - loše samoubice i dobri govorniki
Ljubljana, Cankarjev dom, 12. jun 2007

Prosta delovna mesta od 1. avgusta le na spletni strani zbornice

Spoštovani bralci Izide, če ste slučajno spregledali obvestilo v prejšnjih številkah naše revije, vas ponovno obveščamo, da so razpisi za prosta delovna mesta v enotni obliki od 1. avgusta dalje objavljeni le na spletni strani Zdravniške zbornice Slovenije, nič več v reviji Isis. Vse, ki bi želeli objaviti oglas, zato prosimo, da izpolnijo obrazec, nameščen na spletni strani Zdravniške zbornice Slovenije (<http://www.zdravniskazbornica.si/zs/996/zaposlitveni-oglas>). Seznam prostih delovnih mest je objavljen na zaprtem delu zbornične spletne strani, dostopnem le za člane zbornice. Za vstop v zaprti del potrebujete uporabniško ime in geslo. V kolikor ju še nimate, se obrnite na g. Milana Kokalja (01 30 72 172). Če želite razpis za prosto delovno mesto vendarle objaviti tudi v reviji, se lahko odločite za plačan oglas. Za nadaljnje informacije se obrnite na uredništvo Isis (01 30 72 152).

Ob 15-letnici programa izmenjav za študente medicine iz bivših jugoslovanskih republik

Joachim Gross

IPPNW (international physicians for the prevention of nuclear and non-nuclear war – mednarodni zdravniki za preprečevanje nuklearnih in drugih vojn) je federacija nacionalnih zdravniških organizacij iz 62 držav, ki predstavlja tisoče zdravnikov, študentov medicine in zdravstvenih delavcev, ki jih združuje skupen cilj: ustvarjanje miroljubnih in varnih razmer v svetu brez grožnje z jedrsko vojno. Organizacijo IPPNW je leta 1980 ustanovil znan ameriški kardiolog prof. Bernhard Lown in je leta 1985 prejela Nobelovo nagrado za mir. IPPNW je tudi edina mednarodna zdravstvena organizacija, ki se posveča preprečevanju atomske vojne in opuščanju jedrskega orožja.

Ob izbruhu zadnje vojne na področju bivše Jugoslavije je skupina zdravnikov nemške sekcije IPPNW iz Würzburga organizirala mrežno sodelovanje z zdravniki in študenti bivših jugoslovanskih republik z namenom, da se z njihovim povezovanjem pripomore k procesu sprave med državami na območju bivše Jugoslavije.

Srečanje, organizirano od 9. do 11. julija v prestolnici Makedonije, Skopju, je obeležilo 15. obletnico tega programa. Vsako leto od 1995 v mesecu septembru so bili v Würzburg povabljeni študentje iz bivših jugoslovanskih republik na štiri tedne praktičnega dela v Misijonsko bolnišnico, ki je učna bolnišnica Univerze Würzburg. Poleg medicinskega učnega programa je program obsegal tudi razprave o promoviranju miru in medkulturnem razumevanju. Študentje medicine so v Würzburg prihajali iz Slovenije, Hrvaške, Bosne, Srbije, Makedonije in Kosova. V zadnjih letih je bil program osredotočen predvsem na južne balkanske države, ki še vedno potrebujejo impulze za pomirjanje in spravo.

Dr. Wolfram Braun (Würzburg) je pozdravil goste v imenu skupine IPPNW iz Würzburga in se zahvalil organizatorjem iz Skopja za njihovo delo. Prof. Ulrich Gottstein iz Frankfurta je predaval o vlogi zdravnikov pri vzdrževanju miru in opisal razvoj mednarodnih mirovnih akcij. Dr. G. Ristevska (Univerza Skopje) je razložila življenjsko in delovno situacijo študentov in opisala štiri različne univerze v Makedoniji, kaj ponujajo, in najnovejše možnosti makedonskih študentov, ki se že lahko vključujejo v program »Erasmus«. Prof. E. Zisovska (Univerza Skopje) je predavala o novih spremembah v zdravstvenem sistemu Makedonije, s primerom akcij, s katerimi zmanjšujejo stopnjo umrljivosti med novorojenčki na mednarodno primerljivo raven. Avtor tega prispevka, dr. J. Gross (Koper), sem predstavil sistem MBSR (mindfulness based stress reduction – zmanjševanje stresa s čuječnostjo) in predaval o uporabi te metode v zdravstvenem sistemu in družbi.

V zadnjih 15 letih je bilo v Würzburg vsako leto povabljenih od šest do osem študentov, v zadnjih letih predvsem iz južnih držav s



Z leve: dr. R. Geiser (Würzburg), prof. U. Gottstein (Frankfurt), dr. J. Gross (Koper), dr. W. Braun (Würzburg), prof. E. Zisovska (Skopje) na srečanju IPPNW v Skopju.

področja bivše Jugoslavije: običajno po dva študenta iz Srbije, dva iz Bosne, dva s Kosova in dva iz Makedonije. Iz teh študentov medicine je v 15 letih nastalo približno 70 mladih zdravnikov iz skoraj vseh republik bivše Jugoslavije, ki so med sabo vzpostavili mrežo prijateljskih in strokovnih vezi. Namen srečanja v Skopju je bil tudi krepitev teh vezi in poglobljanje prijateljskih čezmejnih stikov.

Srečanje slovenskih zdravnikov abrahamovcev in generacije, vpisane na MF 1979

Spoštovani moji kolegi,

priležitosti za veselje in zabavo se ne sme izpustiti in taka priložnost so vsekakor naše petdesetletnice. Zato vas vabim na srečanje, ki bo v Poljanah nad Škofjo Loko v petek, 12. novembra 2010, ob 17.00 uri. Poskrbeli bomo za veselico, ki jo bomo vsi pomnili.

Tudi za vas sem s prijatelji pripravil ob svoji petdesetletnici gledališko igro »Douhtar kar tok« po Molièru »Zdravnik po sili«. Ob igri bomo poslušali še »memorialna« predavanja naših sošolcev in priredili veselico s pogostitvijo in plesom.

Verjetno tega nisi mislil zamuditi, vendar vseeno svojo udeležbo potrdi na tel. 01 47 51 228 ali na elektronski naslov alenka.seliskar@krka.si do 5. novembra 2010. Javite se tudi tisti iz moje generacije, rojeni leta 1961 ali 1959, ki zaradi težav pri pridobivanju naslovov osebne vabila ne boste prejeli.

Se vidimo!

Andrej Šubic

Prim. Jože Felc, dr. med. (1941–2010)

Marko Pišljarič

Ob pesmi *Molitev za umetnika*, ki jo je napisal 8. februarja letošnjega leta, je prim. Jože Felc zapisal: »*Molitev in poezija sta dvojčici – v krvnem sorodstvu. Psihijatrija pa je posvojenka. Lepa je, lepša, kot rodni hčerki, zato se ji ne bom odpovedal*«. Kako temeljno je bilo njegovo zanimanje za duševnost in sorodna območja, kaže njegova odločitev za študij medicine, potem ko se je med počitniškim delom v Psihiatrični bolnišnici v Idriji srečal s skrivnostnimi usodami bolnikov z duševno boleznijo. Odločitev je segala v gimnazijska leta, ko se je že izrisal tudi njegov literarni talent. V tem času je nastal njegov prozni prvenec *Dobro jutro svoboda*.

Mladost je intimno bolj kot vse ostalo zaznamovala bolezen. Prva bolezenska znamenja je zaslutil v gimnaziji. Ob začetku študija pa je izvedel, da je zbolel za težko nevrološko boleznijo. Dvomi in stiska so bili ob soočenju neznosni, zlasti misel na telesno pešanje ter zavedanje, da bo bolezen lahko napredovala do ohromelosti. Prilagajanje bolezni je terjalo od njega predvsem energetske opremljenosti, da ni klonil v nihilizem na eni strani, po drugi pa, da je krepil ustvarjalne zmožnosti, ki se pri hendikepiranih ljudeh tako rade spregledajo. Sodelavci

in bližnji smo sprejemali njegov stil življenja kot samo po sebi umeven. Vsako jutro nas je pričakal v svoji pisarni za delovno mizo, pripravljen za pogovor, posvet in delo. Izjemna ostrina duha, intelektualna širina, sproščenost in radoživost je sogovornika prepričala v njegovo suverenost. Na obronkih svoje nemoči je gradil izjemen občutek ter občutljivost za drugega. Morda je bila izkušnja lastne boleznine skrivnosten naboj na življenjski poti, ki je opredeljevala njegovo humanost in etično širino.

Prim. Jože Felc, specialist psihiatrije in nevrologije je bil po letu 1973 kar 32 let predstojnik Psihiatrične bolnišnice v Idriji. Posebej se je posvetil sodnemu izvedenstvu. Bil je pisec številnih strokovnih publikacij in dolgoletni glavni urednik slovenske psihiatrične revije *Viceversa*. Strokovno publicistično delo je zajeto v številnih člankih, recenzijah in uvodnikih k strokovnim knjigam. Vrsto let je bil član Republiškega strokovnega kolegija za psihiatrijo ter sooblikoval razvoj psihiatrije v državi. Celoten mlajši rod zdravnikov in terapevtov v Psihiatrični bolnišnici v Idriji ter številni v širšem slovenskem področju smo bili deležni ne samo posebej poglobljenega strokovnega dela, pač pa tudi intelektualnega naboja in svojevrstne šole humanizma. Kolegi



od drugod so pogosto poudarjali posebnosti odnosov, ki vejejo v Idriji, predvsem večjo odprtost v dialogu.

Literarni talent Jožeta Felca je imel pomembno vlogo v razvoju njegove profesionalne podobe. Kot pisatelj je družbeno dogajanje občutljivo zaznaval, praviloma neizprosno ocenjeval ter poskušal opredeliti vpliv na bolnika in njegovo odzivanje. Felčev strokovni izraz je bil elementarno prepojen s tenkočutnim poznavanjem in razkrivanjem družbenega dogajanja, obenem pa je z njemu lastno literarno večino znal to odlično ubesediti.

O priljubljenosti Jožeta Felca kot kritičnega ocenjevalca aktualnega družbenega dogajanja, občutljivega poznavalca sodobnega trenutka ter slovenske duše pričajo številni intervjuji, ki jih je imel v časopisih in drugih medijih. Potrebno pa bi bilo izpostaviti njegovo vlogo v destigmatizaciji psihiatričnih bolezni. S prispevki je približal slovenskemu bralcu problematiko psihičnih motenj ter opozoril na nepoznavanje duševnih bolezni. Izpostavil je temeljni strah pred duševno boleznijo, ki dodatno hromi odločanje ljudi za pravočasno in možno zdravljenje. Njegovi dnevniški zapiski in v knjigah zbrane kolumne (*Osamelci, Zaznave z griča, Shizofrenija v meni in tebi*) so izhajali občasno in so bili v času izida priljubljeno branje.

Jože Felc je bil esejist, pesnik, pisatelj, publicist, urednik idrijske oporečniške revije Kaplje, velik slovenski razumnik in izobraževalec v najbolj zlahtnem pomenu. Njegovo literarno delo potrebuje še temeljito oceno. Janez Bizjak, literarni kolega in kapljaš, je zapisal: »Vseh šestnajst Felčevih knjig predstavlja šestnajst listni cvet. Noben cvet nima vrstnega reda svojih listov. Toda v vsakem cvetu je skrito najdražje in najvrednejše, njegovo srce

s pelodnim prahom, iz katerega se razvijajo simfonije novega življenja.«

Pokojni kolega prim. Jože Felc je polnih 42 let, vse do leta 2009, ko je odšel v pokoj, delal na bolniškem oddelku. Njegovo prvo poslanstvo, skrb in veselje je bilo delo z bolniki. Z njemu lastnim občutljivim pristopom do bolnika, prepričljivo neposrednostjo in zaupljivim odnosom se je znal dotakniti skrivnih koticov človekove duše. Pogosto je poudarjal, da je pridobitev zaupanja ter pogovor, ki odpre srce, osnova za terapevtski odnos. Na stotine ljudi je iskalo pomoč pri njemu. Vsako jutro ob sedmih je pričel s pogovori, potem vizita in ponovno pogovori. Razen v izjemnih primerih, za dan ali dva, nikoli ni odšel na dopust ter je bil v bolnišnici vedno na voljo. Bolnišnica, kjer je delal in obenem stanoval, je postala prostor intenzivnega intelektualnega dogajanja. Tu je z izjemo prvih proznih del ustvaril vsa svoja literarna in številna strokovna dela. S poglobljenim strokovnim znanjem je privabljal širok krog ljudi iz Slovenije in zamejstva, ki so iskali pomoč zase ali obolele svojce, tudi tiste, ki so po dolgoletnem zdravljenju že izgubili upanje.

Številni sodelavci, prijatelji, bolniki, Idrijčani, iskalci resnice od blizu in daleč smo bili deležni njegove bližine, ki nam je z besedo ali prisotnostjo razkrivala skrivnost človeške duše; tam kjer je doma ljubezen in slutimo božjo bližino. V naših srcih je iskrena hvaležnost za vse, kar nam je dajal. Dajal je sebe, dajal nam je večno plemenito upanje in optimizem. Bile so njegove besede, ki so pričale, kot je rekel v zadnji knjigi, da je potrebno *živeti življenje*. In bilo je še marsikaj dobrega in lepega, kar ne bo nikoli umrlo in česar ne bomo nikoli pozabili.

Prim. Jože Felc in Viceversa

Miloš F. Kobal

Prim. Jože Felc (1941–2010), dr. med., nevropsihiater in dolgoletni predstojnik Psihiatrične bolnišnice Idrija, je bil 15 let glavni urednik Viceverse Slovenskih psihiatričnih publikacij.

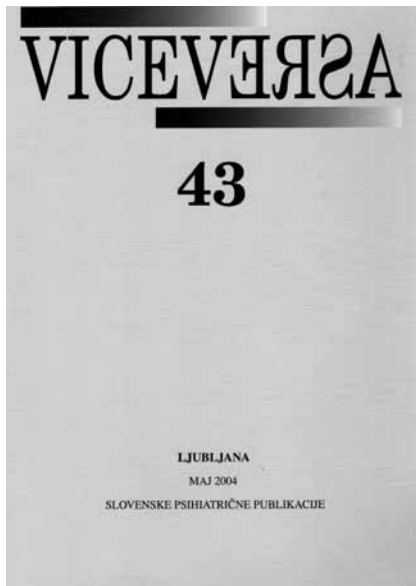
Viceversa potrebuje nekaj pojasnil. Psihija na Slovenskem se je po drugi svetovni vojni mukoma prebijala na vzporedno pot z ostalo medicino. Ko se je po zaslugi prof. dr. Janeza Kanonija pomembno razširila s svojimi bivalnimi možnostmi, se je po letu 1968 začela, sprva plaho, pozneje odločneje ozirati tudi po lastnem raziskovanju. Sprejemali smo obstoječe možnosti, zavedajoč se silnih težav. Postopoma smo se, najprej s skromnimi, pozneje očitnejšimi rezultati, prebijali v sredino stolpca vseh, ki so se v desetletjih vstirili tudi med medicinske raziskovalne skupine. A kljub temu so takratni organizatorji in odgovorni za raziskovanje v medicini mrščili obrvi in s stisnjenimi ustnicami psihiatrji očitali: kje so objave, kje so sporočila o morebitnih dosežkih?

Dejali smo, pa pospešimo objavlanje doma in v tujini. Oprijeli smo se zamisli o publikaciji. Prof. Tomori in prim. Mrevlje sta

preko sorodnikov arhitektov prinesla nekaj osnutkov naslovnice morebitne publikacije. Že v začetku smo zanjo odklonili naslove, kot so revija, časopis, arhiv. Verjetno je bil Mrevlje tisti, ki je predlagal Viceversa. Saj je v doživljanju mnogih psihiatričnih bolnikov marsikaj obratno, kot je resničnost, in veličina psihiatrije je prav v tem, kako zagotavlja obrat k resničnosti v bolnikovem stiku s svetom ter samim seboj.

Po pripravi in odobritvi publikacije pri takratnem ministrstvu za informiranje smo se začeli ozirati po urednikih. V želji, da premagamo ljubljanski »imperializem« in da damo publikaciji vseslovenski značaj, smo za glavnega urednika povabili prim. Jožeta Felca. Idrija naj bi postala nosilka novih idej in sodelovanja med slovenskimi psihiatričnimi ustanovami.

Prim. Jože Felc je to nalogo sprejel in se je zvesto oklenil za polnih 15 let. Človek, ki ga je bolezen oropala gibanja, za sebe pa je ohranil bistrost duha, je bil nesporen za to nalogo. Tehnična dela, vključno z vso zapletenostjo financiranja in pridobivanja piscev, sem opravljal kot odgovorni urednik. Prim.



Felc je publikaciji dajal smisel in tiste poudarke, ki so jo vodili v širjenje znanja, humanosti in poštenosti v medsebojnih odnosih.

Viceversa se ne pojavlja več med nami. Potrebovali bi njena opozorila v znanju in humanosti stroke, saj je Felčev bistri razum opazil razliko med preteklostjo in sedanostjo. V zadnjem sporočilu, ki mi ga je poslal,

je namreč zapisal: »Samo to: medicina in pedagoški vrh, v kateri ste nekoč sodili, že zdavnaj nista več humanistično-znanstvena veda, ampak sta sistem, ki že zaradi svoje kapitalistične in neoliberalne koncepcije degradira odnos do posameznika, ki se v njem znajde, na brezdušno raven vegetiranja. Dragi profesor, nekoč smo bili in skušali biti drugačni. Ni se izšlo.«

Viceversa se je v umu glavnega urednika zapisala znanju in humanizmu. V petnajstih letih (od marca 1992 do septembra 2007) je izšlo 54 števil + 1 (ta je bila posvečena 75-letnici prof. Kobala). Njim je treba dodati še šest **Priročnikov** za različna področja psihiatrične dejavnosti. Prim. Felc se je občasno oglašal z urednikovo besedo, predvsem pa je v številnih pismih, še več elektronskih sporočilih duhovno usmerjal številne pisce s pripombami in uredniško recenzijo ter bil v trdno pomoč meni kot odgovornemu uredniku.

Pisci prispevkov so bili iz vseh slovenskih psihiatričnih bolnišnic in iz dispanzerjev. Nekateri so bili tudi zasebniki. Nobenih kritičnih pomislekov ni, da je približno polovica člankov služila psihofarmakoterapiji, nikakor ne kot reklama za posamezno zdravilo ali določeno farmacevtsko družbo. Takšni članki so opozarjali na pomembne lastnosti zdravila ali pa so nastajali v neposrednih raziskavah ali izkušnjah z njimi. V drugi polovici publikacij pa bi našli tehtne prispevke o poglavitnih vprašanih stroke, ki so jih obogatili s svojim znanjem tudi takšni strokovnjaki, kot sta bila prof. Sket in prof. Živin (skupaj z doc. Pregljem) z Inštituta za patološko fiziologijo Medicinske fakultete v Ljubljani. Tako je nastalo preko dva tisoč strani strokovnih tekstov, torej za dva zajetna učbenika. Radi so vzeli Viceverso v roke specializanti psihiatrije in psihologije, mnoge medicinske sestre so jo vzljubile kot dodaten vir za svoje izobraževanje.

Ob 30. številki Viceverse Slovenskih psihiatričnih publikacij, ki smo jo zaradi pomembne obletnice želeli napolniti s

številnejšimi članki in uvodnimi razmišljanji, se je prim. Felc kot glavni urednik oglasil z naslovom **Moja stran druge strani:**

»Ker je glavni urednik z eno nogo v romantičnih časih humanistične psihiatrije, z drugo pa v današnjem trenutku iskanja materialnih osnov za srečo, ki je od zmeraj in bo za vedno ljubo zdravje, se nostalgичno ozira za največjimi dosežki slovenske psihiatrične publicistike (Bleiweis, Šerko, Milčinski, Kobal in drugi). S pričakovanjem zre v naprezanja, z drugimi besedami v iskanje resnice, ki ni pogojena le z merljivimi dogajanjem morfološkega substrata.

Viceversa je za slovenske psihiatre možnost in priložnost, da se s publicističnim dejanjem izpričujejo, kakšna je njihova vizija in kateri so dosežki preseganja sebe, povprečja in slovenske zakompleksanosti. Prijetno in lepo je biti urednik publikacije, ki ima tako visoko zastavljene cilje...«

Sam se je le izjemoma loteval strokovne teme. Toliko bolj pa je vzpodbujal druge, če so ga seznanili s tako dragocenimi strokovnimi prispevki, kot so bile naloge specializantov. Seveda je imel večkrat pri roki prav tiste, ki so nastale v njemu tako dragi idrijski bolnišnici. Samo kot odmev in v počastitev njegovega spomina naj navedem dva sestavka »njegovih« zdravnic: **Neurobiologija depresivnih motenj in Velika depresivna motnja brez in s psihotičnimi simptomi.** Skoraj monografsko je eno izmed številke Viceverse zavzel mladi idrijski specializant psihiatrije s podrobnim opisom psihičnih motenj pri epilepsiji, torej s temo, ki je večkrat prezrta. Tako se je pod vodstvom obeh urednikov v teh letih zvrstilo brez števila člankov s psihofarmakološko vsebino, pa tistih, nastalih iz raziskovanj, pogosto tudi s povzetki doktorskih disertacij.

Čas je neusmiljeno klesal naju oba. Zaradi bolezni in starosti naj bi naju zamenjali mlajši. Za mejo sva si postavila 54 + 1 številko. Dr. Brigita Novak Šarotar, dr. med., se je pripravila na urednikovanje in že sodelovala pri zadnjih številkah. Sledilo je nekaj (neposrečenih) sestankov, da bi Viceverso ohranili pri življenju ali jo celo obudili kot strokovno revijo. Očitno ima vsaka generacija svoje ambicije in prioritete. Viceverse ni bilo med njimi. Tako je »najino podjetje«, kot jo je rad imenoval pokojni Felc, projekt, ideja Viceverse odšla med njegove Osamelce, čudovito literarno delo o njem in bolnikih v njegovi bolnišnici.

Spomin na prim. Jožeta Felca kot glavnega urednika pa ostaja enako živ kot v preteklih dneh. Kaj mu je urednikovanje pomenilo, kaj je pomenilo meni?! Odgovor je v zaključnih besedah njegovega sporočila v letu njegove smrti: »...nekoč, ko bo kakšen lep poletni dan, se bova kje dobila in ustoličila najin odnos na stopnjo elementarne povezanosti, ali pa zašpilila poslanstvo časa, ki sva mu vsak po svoje dajala dušo in koncipirala tudi njegovo zunanjo podobo. Kajne, bilo je prijetno! Tudi zato, ker je bilo iskreno!«

ENOTNA PRIJAVNICA ZA UDELEŽBO NA ZDRAVNIŠKIH SREČANJIH, OBJAVLJENIH V IZIDI

(velja tudi fotokopirana prijavnica)

prijavljam se za udeležbo
(ustrezno obkrožite oz. dopišite) prosim, pošljite informacije drugo _____

srečanje _____

ime in priimek udeleženca _____

naslov stalnega bivališča _____

Izjava – davčni zavezanec (obkroži)

da ne

davčna številka: _____

IZPOLNITI, ČE UDELEŽENEC NI PLAČNIK PLAČNIK JE BOLNIŠNICA, ZAVOD ALI KDO DRUG

Plačnik udeležbe – kotizacije _____

Naziv plačnika _____

Točen naslov sedeža plačnika _____

Telefon _____

Faks _____

E-pošta _____

Kontaktna oseba _____

Izjava – davčni zavezanec (obkroži)

da ne

davčna številka _____

IZPOLNITI SAMO ZA TISTA STROKOVNA SREČANJA, KI JIH ŽELITE UVELJAVLJATI ZA PODALJŠANJE LICENCE

Kraj rojstva _____

Datum rojstva _____

Naziv delovne organizacije _____

Delovno mesto _____

Želim sodelovati:

kot predavatelj (predavanje, poster, drugo)

kot udeleženec

na praktične usposabljanju

Prosim informacije o možnostih nočitve

da

ne

Kotizacijo za srečanje bom poravnal(a)

s položnico

ob prijavi

Datum _____

Podpis _____

1. ob 8.30 • ŠOLA O KOŽNIH TUMORJIH podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Dermatovenerološka klinika, UKCL, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana	št. udeležencev: 30	kotizacija: 180 EUR (posamezni modul) na TRR: številka 01100-6030277894, sklic na številko: - Kožni tumorji- 299 30 34 / 7204599, specializanti in sekundarji imajo polovično ceno	k. točke: ***
vsebina: šola ima dva modula (1. 10. 2010, datum za 2. modul bo sporočen naknadno), namenjena je zdravnikom družinske medicine in ostalim zdravnikom	organizator: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Dermatovenerološka klinika, Tanja Planinšek Ručigaj, dr. med.	prijave, informacije: Verica Petrovič, Dermatovenerološka klinika, UKCL, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, T: 01 522 42 80, E: verica.petrovic@kclj.si	

1. ob 9.00 • USTVARJALNOST IN DUŠEVNE MOTNJE

kraj: IDRİJA, Psihiatrična bolnišnica Idrija, predavalnica	št. udeležencev: 100	kotizacija: ni podatka	k. točke: 5
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno psihiatrom, psihologom, del. terapevtom, psihoterapevtom	organizator: Psihiatrična bolnišnica Idrija, mag. Marko Pišljar, dr. med., dr. Vlasta Meden Klavara, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Psihiatrična bolnišnica Idrija, Pot sv. Antona 49, Idrija, informacije: Natalija Taljat Tušar, E: natalija.taljat@pb-idrija.si , T: 05 373 44 40, F: 05 377 36 51	

1. ob 14.30 • MALIGNI MELANOM GLAVE IN VRATU podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta, Korytkova 2	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 3
vsebina: strokovno srečanje za otorinolaringologe, družinske zdravnike in druge specialiste, ki se ukvarjajo z zdravljenjem malignega melanoma	organizator: Združenje otorinolaringologov Slovenije SZD in Katedra za otorinolaringologijo Medicinske fakultete UL, prof. dr. Irena Hočevar Boltežar	prijave, informacije: Tatjana Železnik, Irena Hočevar Boltežar, E: tatjana.zeleznik@kclj.si ali irena.hocevar@kclj.si . Prosimo za elektronsko prijavo najkasneje teden dni pred srečanjem.	

1. ob 9.00 • DOJEČE MATERE, OTROCI IN ZDRAVILA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LAŠKO, Kulturni center v Laškem	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 95 EUR, za upokoјence in študente kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: mednarodno strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom družinske medicine, pediatrom, ginekologom, porodničarjem, medicinskim sestram, patronažnim medicinskim sestram, babicam in vsem, ki obravnavajo doječe matere in njihove otroke	organizator: Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja pri Društvu Unicef Slovenije, Visoka zdravstvena šola v Celju, Društvo svetovalcev za laktacijo in dojenje Slovenije, asist. dr. Borut Bratanič, dr. med.	prijave, informacije: Vesna Savnik, Društvo Unicef Slovenija, Pavšičeva 1, 1000 Ljubljana, T: 01 534 80 78, E: vesna.savnik@unicef.si .	

1.–2. • 9. GOLNIŠKI SIMPOZIJ: KONGRES podroben program na spletni strani zbornice

kraj: BLEĐ, Hotel Astoria	št. udeležencev: 150	kotizacija: 150 EUR	k. točke: 5
vsebina: 1. oktober: Ultrazvok v pulmologiji, Kirurgija v pulmologiji, Kaj je novega v pulmologiji, jubilejno predavanje, 2. oktober: Preobčutljivost za zdravila, jezik: slovenski/angleški	organizator: Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo	prijave, informacije: Irena Dolhar, 4204 Golnik, T: 04 256 91 11, F: 04 256 91 17, W: www.klinika-golnik.si , E: irena.dolhar@klinika-golnik.si . Podroben program in prijavnica sta na spletni strani www.klinika-golnik.si	

2. • PRIPRAVA KLINIČNIH POTI IN NAČELA DOBRE KLINIČNE PRAKSE PRI RIZIČNIH PACIENTIH V ZOBOZDRAVNIŠKI ORDINACIJI

kraj: LJUBLJANA	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno doktorjem dentalne medicine	organizator: Odbor za zobozdravstvo pri Zdravniški zbornici Slovenije	prijave, informacije: prijave: Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, Ljubljana, informacije: ga. Maja Horvat, E: maja.horvat@zss-mcs.si , F: 01 307 21 09	

6. ob 11.00 • DELAVNICA O MULTIPLI SKLEROZI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetni klinični center Ljubljana	št. udeležencev: 40	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena zdravnikom družinske medicine	organizator: Center za multiplo sklerozo, Nevrološka klinika Ljubljana, asist. mag. Alenka Horvat Ledinek, dr. med.	prijave, informacije: Higiea, d.o.o., Blatnica 10, Trzin, Duška Knez, mag. farm., T: +386 1 589 72 23, F: +386 1 589 72 26, E: duska.knez@higiea.si	

6. ob 8.30 • 9. GOLNIŠKI SIMPOZIJ: STROKOVNO SREČANJE OB SVETOVNEM DNEVU PALIATIVNE OSKRBE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Kolodvorska 15, Ljubljana, velika predavalnica	št. udeležencev: 120	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram, socialnim delavcem, psihologom, farmacevtom in drugim poklicem, ki so vključeni v paliativno obravnavo	organizator: Univerzitetna klinika Golnik, pokrovitelj: Ministrstvo za zdravje	prijave, informacije: ga. Majda Pušavec, Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 91 12, F: 04 256 91 17, E: majda.pusavec@klinika-golnik.si . Podroben program in prijavnica sta na spletni strani www.klinika-golnik.si .	

7. ob 9.00 • ZDRAVLJENJE IN PREHRANA STAREJŠEGA BOLNIKA Z DIABETESOM

kraj: LJUBLJANA, Gospodarsko razstavišče, dvorana Urška	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: do 30. junija 110 EUR, potem 140 EUR, brez popusta, na TRR: NLB, 02012-0258256645	k. točke: v postopku
vsebina: seminar je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, dietetikom in vodjem prehrane v domovih starejših občanov	organizator: Zavod za izobraževanje o diabetesu, Ljubljana, soorganizator: Skupnost socialnih zavodov Slovenije	prijave, informacije: Tajništvo, Zavod za izobraževanje o diabetesu, Bezenškova 18, Ljubljana, T: 01 542 50 04, E: revija.dita@siol.net in W: www.diabetes.si	

8.–9. ob 9.00 • 4. SLOVENSKI ENDOKRINOLOŠKI KONGRES Z MEDNARODNO UDELEŽBO podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: 50 EUR za specialiste (vključuje sodelovanje na strokovnem programu, kongresne materiale, kosilo in večerjo), specializanti in študenti imajo prost vstop na predavanja, drugo pa le proti plačilu	k. točke: 11,5
vsebina: kongres je namenjen vsem, ki jih zanima področje endokrinologije in diabetesa	organizator: Združenje endokrinologov Slovenije, Slovensko zdravniško društvo	prijave, informacije: do 30. 9. 2010 na naslov: E: vilma.urbancic@kclj.si	

8.–9. • 22. STROKOVNI SESTANEK ZDRUŽENJA INTERNISTOV podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Smelt, Dunajska cesta 160, velika dvorana	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: 160 EUR (DDV je vključen v to ceno), do 1. avgusta 2010 znaša 130 EUR	k. točke: 16
vsebina: Strokovni sestanek je namenjen zdravnikom internistom in zdravnikom v osnovnem zdravstvu. Predstavljene bodo teme z več področij interne medicine	organizator: Združenje internistov SZD	prijave, informacije: prijave: Združenje internistov SZD, Računovodstvo, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, informacije: prim. mag. Primož Vidali, dr. med., Šubljeva 33, 1234 Mengeš, T: 01 723 72 30, 031 369 711, F: 01 723 00 18, E: pvidali@siol.net	

13. ob 8.00 (registracija), 8.40 (pričetek simpozija) • SINDROM ODVISNOSTI OD ALKOHOLA – DIAGNOSTIČNI IN TERAPEVTSKI VIDIKI program je objavljen na spletni strani organizatorja www.vszn-je.si

kraj: BLEED, Best Western Premier Hotel Lovec, konferenčna dvorana Panorama	št. udeležencev: 80	kotizacija: 180 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: simpozij je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, farmacevtom, laboratorijskemu osebju, psihoterapevtom in socialnim delavcem	organizator: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, doc. dr. Ivica Avberšek Lužnik, predstojnica Katedre za temeljne vede, predsednica programsko-organizacijskega odbora simpozija	prijave, informacije: prijave: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice, e-prijavnica je objavljena na spletni strani www.vszn-je.si , informacije: dr. Simona Hvalič Touzery, E: shvalictouzery@vszn-je.si , center@vszn-je.si , T: 04 586 93 60, F: 04 586 93 66	

14.–15. ob 8.00 • SKUPAJ ZMOREMO VEČ – MEDNARODNA KONFERENCA O ODNOSIH MED BOLNIKI, ZDRAVNIKI, INDUSTRIJO IN ZDRAVSTVENO POLITIKO

kraj: LJUBLJANA, Cankarjev dom	št. udeležencev: 170	kotizacija: za zdravnike 150 EUR, za medicinske sestre in tehnike, specializante, sekundarije in upokojece pa 100 EUR (DDV ni vključen v ceno). Dodatni popust na predprijave (do 1. avgusta 2010).	k. točke: ***
vsebina: mednarodna konferenca je namenjena vsem zdravnikom		organizator: Društvo bolnikov z limfomom in Zveza kroničnih bolnikov, Blaž Kondža, predsednik društva	prijave, informacije: W: www.patients-conference.si , Blaž Kondža, Milka Krapež, T: 041 704 499 (Blaž Kondža), E: blaz.kondza@gmail.com

14.–16. ob 13.30 • 4. SLOVENSKI KONGRES FIZIKALNE IN REHABILITACIJSKE MEDICINE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Hotel Mons	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 190 EUR (člani ZFRM), 210 EUR (ostali zdravniki), 140 EUR (drugi delavci v zdravstvu) 90 EUR (specializanti in sekundariji)	k. točke: ***
vsebina: kongres je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino pri SZD, asist. mag. Klemen Grabljevec, dr. med.	prijave, informacije: Vesna Grabljevec, URI - Soča, Linhartova 51, Ljubljana, E: klemen.grabljevec@ir-rs.si	

14.–17. ob 14.00 • 12. BREGANTOVI DNEVI – NAVEZANOST podroben program na spletni strani zbornice

kraj: ROGAŠKA SLATINA, Grand hotel Rogaška	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: plačilo do 15. 9. 2010: člani ZPS 300 EUR, nečlani 350 EUR, specializanti 200 EUR, študentje in upokojevi 150 EUR, plačilo po 15. 9. 2010: člani ZPS 360 EUR, nečlani 420 EUR, specializanti 240 EUR, študentje in upokojevi 180 EUR. Kotizacija za 2-dnevno udeležbo: člani ZPS 240 EUR, nečlani 280 EUR, specializanti 160 EUR, študentje in upokojevi 120 EUR	k. točke: 20
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno psihoterapevtom, psihiatrom, psihologom	organizator: Združenje psihoterapevtov Slovenije, Nataša Potočnik Dajčman	prijave, informacije: Združenje psihoterapevtov Slovenije, Zaloška 29, 1000 Ljubljana, Tatjana Samec, T: 01 587 49 30, E: zps@ordinacija.net	

15. • OSNOVE OTROŠKE DERMATOLOGIJE II podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, UKC, Dermatovenerološka klinika	št. udeležencev: 30	kotizacija: 180 EUR in 90 EUR za specializante in sekundarije, TRR: številka 01100-6030277894, sklic na številko: - Osnove otroške dermatologije - 299 30 34 / 7204599	k. točke: 5
vsebina: izobraževanje za pediatrie in zdravnike družinske medicine	organizator: Dermatovenerološka klinika UKC Ljubljana, Tanja Planinšek Ručigaj, dr. med.	prijave, informacije: Verica Petrovič, Dermatovenerološka klinika, UKCL, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, 01 522 42 80, E: verica.petrovic@kclj.si	

15. ob 7.00 • PETA ŠOLA O MELANOMU podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut, stavba C, predavalnica	št. udeležencev: 100	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: šola je namenjena vsem zdravnikom	organizator: Sekcija za internistično onkologijo pri SZD, Onkološki inštitut Ljubljana, in Katedra za onkologijo in radioterapijo, doc. dr. Janja Ocvirk, dr. med.	prijave, informacije: prijava je možna samo preko e-pošte amavec@onko-i.si , najkasneje do 10. 10. 2010, informacije: Andreja Mavec, T: 031 776 619, E: amavec@onko-i.si	

15.–16. ob 8.30 • PODIPLOMSKI TEČAJ IZ PROTIMIKROBNEGA ZDRAVLJENJA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Hotel City, Dalmatinova 15	št. udeležencev: 30	kotizacija: 350 EUR z DDV	k. točke: 16
vsebina: podiplomski tečaj je namenjen zdravnikom specializantom in mlajšim specialistom, ki so zaposleni v bolnišnicah (internisti, kirurgi, nevrologi, ginekologi, pediatri in drugi)	organizator: Sekcija za protimikrobno zdravljenje pri Slovenskem zdravniškem društvu, prof. dr. Bojana Beović, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Tajništvo Klinike za infektivne bolezni in vročinska stanja, Japljeva ulica 2, 1525 Ljubljana, informacije: Simona Rojs, T: 01 522 42 20, F: 01 522 42 20, E: simona.rojs@kclj.si	

15.–16. ob 15.30 • NOVOSTI V SPECIALIZACIJI IZ DRUŽINSKE MEDICINE: SPROTNO OCENJEVANJE SPECIALIZANTA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Poslovna stavba Lek, Verovškova 57, predavalnica	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: učna delavnica je namenjena zdravnikom mentorjem v družinski medicini	organizator: Katedra za družinsko medicine Univerze v Ljubljani in Združenje zdravnikov družinske medicine, prof. dr. Igor Švab, dr. med.	prijave, informacije: ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1104 Ljubljana, E: kdrmed@mf.uni-lj.si , T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10	

15.–16. ob 9.00 • REDNI STROKOVNI SESTANEK ZDRUŽENJA HEMATOLOGOV SLOVENIJE IN ZDRUŽENJA ZA TRANSFUZIJSKO MEDICINO SZD podroben program na spletni strani zbornice

kraj: BLEND, Hotel Kompas	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 11
vsebina: sekcijski sestanek s prikazom sodobnega načina zdravljenja je namenjen specialistom in specializantom hematologije, interne medicine, onkologije, pediatrije in transfuzijske medicine	organizator: Združenje hematologov Slovenije in Združenje za transfuzijsko medicino SZD, doc. dr. Uroš Mlakar, dr. med., Snežna Levičnik Stezinar, dr. med.	prijave, informacije: prijava ob registraciji, informacije: doc. dr. Uroš Mlakar, dr. med., T: 01 522 31 34, F: 01 522 27 22	

15.–16. ob 8.00 • RAZLIČNI VIDIKI DOSEGANJA KAKOVOSTI V ZOBOZDRAVSTVU podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 150 EUR + DDV stomatologi, 90 EUR + DDV zobotehniki in stomatološke sestre	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno izpopolnjevanje je namenjeno zobozdravnikom, zobotehnikom, stomatološkim sestram	organizator: Stomatološka sekcija SZD, Aleksandar Velkov, dr. dent. med.	prijave, informacije: prijave: do 1. 10. 2010 na Stomatološka sekcija SZD, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, F: 01 434 25 84, informacije: Katarina Jovanovič, T: 01 511 66 17, 041 703 347, E: stomatoloska-sekcija.szd@ordinacija.net	

15.–16. • 9. GOLNIŠKI SIMPOZIJ: DELAVNICE IZ BRONHOSKOPIJE Z MEDNARODNO UDELEŽBO podroben program na spletni strani zbornice

kraj: GOLNIK, Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo	št. udeležencev: 20	kotizacija: 300 EUR	k. točke: 13
vsebina: golniški simpozij, jezik: angleški	organizator: Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo	prijave, informacije: Irena Dolhar, 4204 Golnik, T: 04 256 91 11, F: 04 256 91 17, W: www.klinika-golnik.si , E: irena.dolhar@klinika-golnik.si . Podroben program in prijavnica sta na spletni strani www.klinika-golnik.si	

16. ob 8.30 • STROKOVNO SREČANJE OB EVROPSKEM DNEVU DAROVANJA ORGANOV IN TKIV

kraj: LJUBLJANA, Hotel Slon, Slovenska c. 34	št. udeležencev: 200	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno srečanje z mednarodno udeležbo je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram, zdravstvenemu osebju s področja transplantacijske medicine	organizator: Slovenija-Transplant, prim. Danica Avsec, dr. med.	prijave, informacije: E: bostjan.kusar@slovenija-transplant.si , T: 01 300 68 69, F: 01 300 68 66, ali Boštjan Kušar, Slovenija-Transplant, Zaloška 7, 1000 Ljubljana	

16. • 3. ŠOLA SODOBNE OBRAVNAVE BOLNIKOV Z ATOPIJSKIM DERMATITISOM podroben program na spletni strani zbornice

kraj: ROGAŠKA SLATINA, Hotel Sava Rogaška, d.o.o., Kongresni center Rogaška, Zdraviliški trg 6	št. udeležencev: 60	kotizacija: 180 EUR, na TRR SI56020140089341717 (NLB LJUBLJANA), DŠ: SI32325029. Ob plačilu navedite sklic: Šola atopijskega dermatitisa	k. točke: ***
vsebina: šola sodobne obravnave bolnikov z atopijskim dermatitisom	organizator: Združenje slovenskih dermatovenerologov, Dermatovenerološka klinika, UKC Ljubljana	prijave, informacije: prijave sprejemamo do zapolnitve prostih mest (60) na E: mako.miklic2@guest.arnes.si	

20. • 9. GOLNIŠKI SIMPOZIJ: ULTRAZVOK PRSNEGA KOŠA – DELAVNICA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: GOLNIK, Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo	št. udeležencev: 20	kotizacija: 100 EUR	k. točke: 3
vsebina: delavnica – ultrazvok prsnega koša	organizator: Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo	prijave, informacije: Irena Dolhar, 4204 Golnik, T: 04 256 91 11, F: 04 256 91 17, W: www.klinika-golnik.si , E: irena.dolhar@klinika-golnik.si . Podroben program in prijavnica sta na spletni strani www.klinika-golnik.si	

21. ob 9.30 • XVIII. »IN MEMORIAM DR. DUŠANA REJE« – RAK UROLOŠKIH IN REPRODUKTIVNIH ORGANOV podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Farmaceutvska družba Lek, d.d., Verovškova ul. 57	št. udeležencev: 130	kotizacija: 50 EUR	k. točke: ***
vsebina: seminar je namenjen vsem zdravnikom, medicinskim sestram in drugim zdravstvenim delavcem ter profesorjem zdravstvene vzgoje	organizator: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, prof. dr. Borut Štabuc, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, informacije: ga. Mira Klemenčič, ga. Jelka Piškur, T: 01 430 97 80, F: 01 430 97 85, E: zdbpr@onko-i.si	

22.–23. • XII. FAJDIGOVI DNEVI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Kompas, Borovška 100	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: 180 EUR, vključuje udeležbo na srečanju, torbo s kongresnim gradivom, zbornik, osvežitve med predvidenimi odmori srečanja, prigrizek v petkovem opoldanskem odmoru in svečano večerjo s plesom v petek. Kotizacijo lahko nakažete v naprej na transakcijski račun pri Novi Ljubljanski banki, d.d., številka: 02045-0253583120, s pripisom 12. Fajdigovi dnevi, ali pa jo boste plačali po izstavitvi računa po končanem srečanju. Enodnevna kotizacija znaša 120 EUR za petek in 80 EUR za soboto. Omejeno število študentov pri predmetu družinska medicina, sekundarijev, specializantov družinske medicine in upokojenih zdravnikov bo oproščenih kotizacije. Svetujemo zgodnjo prijavo, ker so mesta omejena	k. točke: v postopku
vsebina: srečanje je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom v osnovnem zdravstvu ter študentom pri predmetu družinska medicina, sekundarijem, specializantom družinske medicine in upokojenim zdravnikom	organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, Osnovno zdravstvo Gorenjske, Katedra za družinsko medicino MF Ljubljana, Katedra za družinsko medicino MF Maribor, Zavod za razvoj družinske medicine, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske	prijave, informacije: prijave: najkasneje do 15. 10. 2010, ga. Jožica Krevh, Uprava Osnovnega zdravstva Gorenjske, Gosposvetska 9, 4000 Kranj, F: 04 202 67 18, T: 04 208 25 23, E: jozica.krevh@ozg-kranj.si , informacije: Aleksander Stepanović, Gosposvetska cesta 10, 4000 Kranj, T: 04 208 22 60, E: aleksander.stepanovic1@guest.arnes.si in Janko Kersnik, Koroška 2, 4280 Kranjska Gora, T: 04 588 46 01, F: 04 588 46 10, E: janko.kersnik@ozg-kranj.si , W: http://www.drmed.org	

29.–30. • INTRAMEDULARNA UČVRSTITEV ZLOMOV

kraj: MARIBOR, UKC Maribor, Ljubljanska ulica 5, velika predavalnica, XVI. nadstropje	št. udeležencev: 18	kotizacija: 150 EUR (z DDV)	k. točke: ***
vsebina: podiplomska šola kirurških tehnik je namenjena specializantom in specialistom kirurgije, travmatologije in ortopedije	organizator: Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za kirurgijo, Oddelek za travmatologijo v sodelovanju z Medicinsko fakulteto v Mariboru, Medicinsko fakulteto v Ljubljani (katedri za kirurgijo) in Društvom travmatologov Slovenije, prim. Aleksander Frank, dr. med., prof. dr. Andrej Čretnik, dr. med.	prijave, informacije: Slavica Keršič, UKC Maribor, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor, T: 02 321 28 04, E: slavica.kersic@ukc-mb.si , W: http://www.ukcmb.si	

2.–3. • 1. NACIONALNA KONFERENCA O ALKOHOLNI POLITIKI

kraj: BRDO PRI KRANJU, Kongresni center, dvorana Splendens	št. udeležencev: 150-200	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: konferenca je namenjena zdravstvenim delavcem in državnim uradnikom	organizator: Ministrstvo za zdravje, Vesna-Kerstin Petrič, vodja sektorja za krepitev zdravja in zdrav življenjski slog	prijave, informacije: prijave: Ministrstvo za zdravje, Sektor za krepitev zdravja in zdrav življenjski slog, Štefanova 5, 1000 Ljubljana, informacije: Vesna-Kerstin Petrič, T: 01 400 60 99, F: 400 69 19, M: 031 333 459, Nataša Blažko, T: 01 400 68 54	

4.–5. ob 18.00 • 40-LETNICA KRONIČNE HEMODIALIZE IN TRANSPLANTACIJE LEDVIC V SLOVENIJI

kraj: BLEED, Hotel Golf	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: simpozij je namenjen nefrologom, specializantom nefrologije, internistom in drugim	organizator: Slovensko nefrološko društvo, prof. dr. Rafael Ponikvar, dr. med.	prijave, informacije: ga. Mida Kandus, KO za nefrologijo, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 31 21, F: 01 522 22 82, E: mida.kandus@klj.si	

4.–6. ob 16.00 • 52. TAVČARJEVI DNEVI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: PORTOROŽ, Grand hotel Bernardin, dvorana Evropa	št. udeležencev: 800	kotizacija: glej program na spletni strani zbornice	k. točke: ***
vsebina: kongres je namenjen zdravnikom in študentom medicine	organizator: Katedra za interno medicino, Medicinska fakulteta v Ljubljani, prof. dr. Pavel Poredoš	prijave, informacije: prijave: Katedra za interno medicino, Medicinska fakulteta v Ljubljani, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, informacije: Mojca Baraga ali Bernarda Hrovat, T: 01 522 34 66, F: 01 431 31 24	

5. ob 9.00 • CELOVITA OSKRBA OSEBE PO AMPUTACIJI SPODNJEGA UDA OD KIRURŠKEGA POSEGA DO VKLJUČITVE NAZAJ V DOMAČE OKOLJE podroben program bo dosegljiv na internetni strani Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta Republike Slovenije - Soča

kraj: Ljubljana, URI Soča, predavalnica v IV. nadstropju	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 40 EUR	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena vsem zdravnikom	organizator: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, prim. dr. Metka Prešern Štrukelj, dr. med.	prijave, informacije: Vesna Grabljevec, T: 01 475 82 43, F: 01 437 20 70, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si	

5.–6. ob 14.00 • VII. DERMATOLOŠKI DNEVI V MARIBORU podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk	št. udeležencev: 100	kotizacija: 50 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno dermatologom	organizator: Oddelek za kožne in spolne bolezni, UKC Maribor, doc. dr. J. Miljković	prijave, informacije: Brigita Giber, T: 02 321 27 05, F: 02 321 27 13, E: miljkovic.j@ukc-mb.si , Oddelek za kožne in spolne bolezni UKC Maribor, Ljubljanska 5, Maribor	

11.–13. • OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME. POUK BOLNIKA Z ASTMO. VODENJE BOLNIKA S KOPB podroben program na spletni strani zbornice

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Lek	št. udeležencev: 28	kotizacija: 250 EUR, vključuje zbornik, potrdilo o udeležbi, opravljanje zaključnega izpita, prehrano, animacijo	k. točke: 19
vsebina: delavnica je sinhronizacija osebnega zdravnika in specialista pri obravnavi bolnika z alergijsko boleznijo in astmo. Delavnica je namenjena predvsem zdravnikom splošne/družinske medicine. Vabljeni tudi specializanti in sekundarji ter specialisti drugih strok (dermatologi, otorinolaringologi, internisti, pediatri). Poudarek delavnice bo na praktični obravnavi posameznih pomembnih segmentov alergologije ali astme, reševanju konkretnih alergoloških primerov, prikazu načinov pouka bolnikov z astmo. Vaje bodo potekale pod vodstvom posameznih strokovnjakov v skupinah	organizator: Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Golnik	prijave, informacije: Irena Dolhar, Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 91 11, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	

11.–13. ob 17.00 • XXIV. REPUBLIŠKI STROKOVNI SEMINAR DZDS: STROKOVNA DOKTRINA STOMATOLOŠKE KLINIKE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: ROGAŠKA SLATINA, Kulturni dom Rogaška	št. udeležencev: 300	kotizacija: zobozdravniki 200 EUR, ostali zobozdravstveni delavci 150 EUR	k. točke: ***
vsebina: srečanje je namenjeno zobozdravnikom, medicinskim sestram, zobotehnikom	organizator: Društvo zobozdravstvenih delavcev v Sloveniji, akad. prof. dr. Uroš Skalarič	prijave, informacije: Društvo zobozdravstvenih delavcev v Sloveniji, Maša Juvan, T: 01 522 53 46, 041 516 773, F: 01 522 24 94	

12. ob 8.00 • MALA ŠOLA NEUROLOGIJE: PARKINSONIZEM IN DEMENCE podroben program na spletni zbornice

kraj: LJUBLJANA, Nevrološka klinika, Klinični oddelek za bolezni živčevja, Zaloška cesta 2, Ljubljana	št. udeležencev: 25	kotizacija: 50 EUR	k. točke: ***
vsebina: strokovno izobraževanje o parkinsonih in demencah za boljše prepoznavanje, zdravljenje in vodenje bolnikov v ambulanti družinskega zdravnika je namenjeno družinskim in vsem drugim zdravnikom, ki bi radi osvežili svoje znanje nevrologije	organizator: Klinični oddelek za bolezni živčevja UKC Ljubljana in Katedra za družinsko medicino MF v Ljubljani, doc. dr. Maja Trošt, dr. med.	prijave, informacije: Anka Žekš, KO za bolezni živčevja, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, T: 01 522 23 11, F: 01 522 30 37, E: anka.zeks@kclj.si	

12. ob 9.00 • PERKUTANA TRAHEOSTOMA podroben program na spletni strani

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetni klinični center Ljubljana, predavalnica 4	št. udeležencev: 30	kotizacija: 100 EUR	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena anesteziologom, kirurgom, otorinolaringologom, intenzivistom, reanimatorjem, specializantom	organizator: Klinični oddelek za torakalno kirurgijo, CIT, Nevrološka klinika, prof. dr. Miha Sok	prijave, informacije: prijave: Klinični oddelek za torakalno kirurgijo, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška 7, informacije: ga. Ksenija Potočnik, T: 01 522 39 68, F: 01 522 24 85, E: ksenija.potocnik@kclj.si	

12.–13. ob 8.30 • XIV. IZOBRAŽEVALNI SEMINAR ZA ZDRAVNIKE »KRITIČNO BOLAN IN POŠKODOVAN OTROK – RAZPOZNAVA, ZDRAVLJENJE IN PREVOZ« S TEČAJEM PEDIATRIČNE REANIMACIJE PO NAČELIH EVROPSKEGA SVETA ZA REANIMACIJO podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetni klinični center, Bohoričeva 20, predavalnica 1	št. udeležencev: 70–80	kotizacija: 360 EUR (DDV je vključen)	k. točke: ***
vsebina: izobraževalni seminar z učnimi delavnicami je namenjen pediatrom in vsem zdravnikom v urgentni službi	organizator: Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, Kirurška klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Slovensko združenje za urgentno medicino – Svet za reanimacijo, prim. Ivan Vidmar, dr. med., svetnik	prijave, informacije: prijave: Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, Tajništvo, Kirurška klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Bohoričeva ulica 20, 1525 Ljubljana, informacije: Karmen Boh, viš. upr. del., T: 01 522 81 97, 01 522 33 49, 01 522 48 29, F: 01 522 11 09, E: karmen.boh@kclj.si	

12.–13. ob 13.00 • 6. DNEVI INTERNISTIČNE ONKOLOGIJE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, stavba C, predavalnica	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: podiplomsko izobraževanje za zdravnike interniste in specializante internističnih strok, zlasti interniste onkologe in hematologe	organizator: Sekcija za internistično onkologijo pri SZD in Onkološki inštitut Ljubljana, Andreja Mavec, asist. mag. Erika Matos, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: amavec@onko-i.si in lkristan@onko-i.si , informacije: Andreja Mavec in Lidija Kristan, T: 01 587 92 82	

12.–14. • 1. SLOVENSKI KONGRES PODROČNE ANESTEZIJE

kraj: LJUBLJANA, Hotel Mons	št. udeležencev: 200	kotizacija: 300 EUR, cena kotizacije je odvisna od časa prijave	k. točke: 14
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno anesteziologom	organizator: SZD – Slovensko združenje za anesteziologijo in intenzivno terapijo, prof. dr. Vesna Novak Jankovič, dr. med.	prijave, informacije: W: www.szaim.org , asist. mag. Jasmina Markovič Božič, dr. med., asist. mag. Iztok Potočnik, dr. med., T: 040 191 153, 040 397 119, 01 522 35 57, F: 01 522 22 34, E: szaim@mf.uni-lj.si	

13. • FLEBOLOŠKA ŠOLA – 3. STOPNJA (KOMPRESIJA) podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, predavalnica na Dermatovenerološki kliniki	št. udeležencev: 30	kotizacija: 150 EUR (specialisti), 50 EUR (specializanti in študentje MF), številka 01100-6030277894, sklic na številko: 299 30 34 / 7204599	k. točke: v postopku
vsebina: izobraževanje za zdravnike in medicinske sestre	organizator: Dermatovenerološka klinika, UKC Ljubljana	prijave, informacije: Verica Petrovič, tajnica Dermatovenerološke klinike KC, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, T: 01 522 42 80, F: 01 522 43 33, E: verica.petrovic@kclj.si	

18.–19. ob 8.30 • 4. MEMORIAL LEVA MILČINSKEGA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, SAZU, Novi trg 2	št. udeležencev: 120	kotizacija: 100 EUR, za člane Slovenskega združenja za preprečevanje samomora polovična kotizacija	k. točke: ***
vsebina: mednarodno srečanje je namenjeno vsem zdravnikom	organizator: Psihiatrična klinika Ljubljana, SAZU, Slovensko združenje za preprečevanje samomora, prof. dr. Onja Tekavčič Grad	prijave, informacije: Mojca Purnat, Center za mentalno zdravje, Zaloška 29, Ljubljana, E: mojca.purnat@psih-klinika.si , T: 01 587 49 10	

18.–20. ob 13.30 • 27. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: UČENJE IN POUČEVANJE O UPORABI NOVIH INFORMACIJSKIH TEHNOLOGIJ V IZOBRAŽEVANJU DRUŽINSKIH ZDRAVNIKOV podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MORAVSKE TOPLICE, Hotel Vivat	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena mentorjem v družinski medicini	organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru in Združenje zdravnikov družinske medicine, prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., prim. doc. dr. Mateja Bulc, dr. med.	prijave, informacije: ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1104 Ljubljana, E: kdrmed@mf.uni-lj.si , T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10.	

19. ob 9.00 • OD AMPUTACIJE GORNJEGA UDA DO REINTEGRACIJE

kraj: LJUBLJANA, URI – Soča, Linhartova 51, sejna soba Centra za ortotiko in protetiko (2. nadstropje)	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: 50 EUR, kotizacija za pridružene člane: 20 EUR, za redne člane društva kotizacije ni, kotizacijo lahko plačate pred začetkom srečanja ali predhodno nakažete: št. računa: SI56 0204 2025 5775 079, prejemnik: ISPO Slovenija, Linhartova 51, Ljubljana, namen plačila: plačilo kotizacije 11-2010, vrsta posla: A 3011, referenca: 00 1911	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje	organizator: Društvo za protetiko in ortotiko – ISPO Slovenija	prijave, informacije: prijave do 10. novembra 2010 na E: ispo.slovenija@gmail.com , informacije: Maja Mlakar, tajnica ISPO Slovenija, E: maja.mlakar@ir-rs.si , T 01 475 84 50	

19. ob 8.00 • VI. SPOMINSKI SESTANEK PROF. DR. LIDIJE ANDOLŠEK JERAS: »NEPRAVILNE KRVAVITVE IZ MATERNICE V RODNEM OBDOBJU« podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Hotel Mons	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: z vključenim DDV znaša za specialiste 120 EUR, za specializante in medicinske sestre 70 EUR	k. točke: ***
vsebina: seminar je namenjen ginekologom, specializantom ginekologije in porodništva in drugim zdravstvenim delavcem	organizator: UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za reprodukcijo, Slovensko društvo za reproduktivno medicino, Katedra za ginekologijo in porodništvo, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani	prijave, informacije: prijave: on-line http://www.obgyn-si.org/ad-2010/ , po pošti na naslov Nataša Petkovšek, Ginekološka klinika, Šlajmerjeva 3, Ljubljana, ali E: natasa.petkovsek@mf.uni-lj.si	

19.–20. ob 9.00 • PSIHOTERAPEVTSKI UKREPI ZA VSAKDANJO RABO 2 podroben program na spletni strani zbornice

kraj: BEGUNJE, Psihiatrična bolnišnica Begunje	št. udeležencev: 100	kotizacija: 120 EUR	k. točke: 14
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom splošne/družinske medicine, psihiatrom in drugim	organizator: Psihiatrična bolnišnica Begunje, prim. Andrej Žmitek, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Psihiatrična bolnišnica Begunje, Begunje 55, 4275 Begunje na Gorenjskem, informacije: prim. Andrej Žmitek, dr. med., T: 04 533 52 48, F: 04 530 72 21, E: andrej.zmitek@pb-begunje.si	

20. ob 9.00 • 23. OBČNI ZBOR STROKOVNEGA ZDRUŽENJA ZASEBNIH ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV SLOVENIJE

kraj: LJUBLJANA, dvorana Krke, d.d., Dunajska cesta 54–56	št. udeležencev: 100 - 120	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: občni zbor je namenjen vsem članicam in članom Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije	organizator: Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Primož Rus, dr. med., predsednik	prijave, informacije: predhodne prijave niso potrebne, informacije: pisarna Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Vojkova 4, 1000 Ljubljana, T: 01 433 85 35, F: 01 439 76 00	

23. ob 16.00 in 24. ob 16.00 (delavnice) • KAKO PISATI MEDICINSKE PRISPEVKE?

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta	št. udeležencev: 250 (predavanja), 20 (delavnice)	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Kako se lotiti pisanja strokovnega članka? Kje najti literaturo in kako jo citirati? Kako ustrezno uporabljati slovenski jezik v medicinskih prispevkih? Če iščete odgovor na ta in ostala vprašanja, povezana s strokovnim pisanjem, se nam pridružite na predavanjih in delavnicah »Kako pisati medicinske prispevke?«, ki jih bodo predstavili ugledni predavatelji z velikim številom objav v domačih in tujih revijah. Predstavili nam bodo, kakšne vrste člankov poznamo, kako pripraviti izvleček, poiskati vire, predstaviti rezultate, citirati literaturo ter veliko drugega. Predavanja in delavnice so namenjeni študentom medicine, farmacije, zdravnikom, farmacevtom..., ne nazadnje vsem, ki bi jih vsebina utegnila zanimati.	organizator: Medicinski razgledi, Saša Ilovar in ekipa Medicinskih razgledov	prijave, informacije: prijave: E: info@medrazgl.si (za delavnice potrebne prispevek!), informacije: W: www.medrazgl.si , E: info@medrazgl.si , sasa.ilovar@medrazgl.si , T/F: 01 524 23 56 (Medicinski razgledi), 040 787 214 (Saša Ilovar)	

24. 11., 25. 11., 30. 11., 1. 12. in 2. 12. • 10. PODIPLOMSKI TEČAJ IZ DIABETOLOGIJE ZA SPECIALIZANTE IN SEKUNDARIJE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Stara travmatologija, Zaloška 2	št. udeležencev: 25	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 13
vsebina: podiplomski tečaj, sestavljen iz učnih delavnic, je namenjen specializantom interne medicine in pripravnikom	organizator: Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, UKC Ljubljana, Jelka Zaletel Vrtovec	prijave, informacije: prijave do 1. 11. 2010 samo na E: jelka.zaletel@kclj.si , informacije: Jelka Zaletel Vrtovec, T: 01 522 39 90, E: jelka.zaletel@kclj.si	

25.–27. ob 16.00 • 5. KONGRES ZDRUŽENJA KIRURGOV SLOVENIJE

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Kompas, Borovška cesta 100	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 150 EUR	k. točke: ***
vsebina: kongres je namenjen kirurgom, zdravnikom, študentom višjih letnikov	organizator: Zdrženje kirurgov Slovenije, Miran Rems	prijave, informacije: prijave: zks2010@sb-je.si , informacije: miran.rems@sb-je.si , T: 041 775 667	

26. ob 9.00 • TORAKALNA DRENAŽA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetni klinični center, predavalnica 4, 1. nadstropje	št. udeležencev: 30	kotizacija: 100 EUR	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena kirurgom, anesteziologom, pulmologom, splošnim zdravnikom	organizator: Klinični oddelek za torakalno kirurgijo, UKC Ljubljana, prof. dr. Miha Sok	prijave, informacije: prijave: Klinični oddelek za torakalno kirurgijo, UKC Ljubljana, Zaloška 7, Ljubljana, informacije: ga. Ksenija Potočnik, T: 01 522 39 68, F: 01 522 24 85, E: ksenija.potocnik@kclj.si	

26.–27. • 6. MARIBORSKI KONGRES DRUŽINSKE MEDICINE

kraj: MARIBOR, Kongresni center Hotela Habakuk	št. udeležencev: 250–300	kotizacija: 200 EUR (DDV ni vključen)	k. točke: 8
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom v osnovnem zdravstvu ter študentom pri predmetu družinska medicina, sekundarijem, specializantom družinske medicine, upokojenim zdravnikom in medicinskim sestram/zdravstvenim tehnikom	organizator: Zdrženje zdravnikov družinske medicine SZD, Katedra za družinsko medicino Ljubljana in Maribor ter Zavod za razvoj družinske medicine	prijave, informacije: prijave: Zavod za razvoj družinske medicine, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, E: info@zrdm-idfm.si , informacije: Primož Rus, dr. med., E: primoz.rus@siol.net , Ksenija Tušek Bunc, dr. med., E: ksenija.tusek-bunc@guest.arnes.si	

26.–27. ob 11.30 • XXX. PODIPLOMSKA ŠOLA - SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2 podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetni klinični center Ljubljana	št. udeležencev: 25	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: podiplomska šola in učne delavnice so namenjene zdravnikom družinske medicine, internistom, specializantom	organizator: Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, UKC Ljubljana, prim. Franc Mrevlje, dr. med, vodja šole	prijave, informacije: prijave: izključno na E: franc.mrevlje@kclj.si (obvezno priložiti točen domači naslov in poklicni status), informacije: prim. Franc Mrevlje, dr. med, vodja šole, T: 522 31 36, E: franc.mrevlje@kclj.si	

NOVEMBER

27. • XIV. ČELEŠNIKOVİ DNEVI IN 13. STROKOVNI SEMINAR ZMOKS: EKSTRAKCIJA ZOB IN OHRANITEV ALVEOLARNE KOSTI V SODOBNI STOMATOLOGIJI (Vzporedno bo potekal 3. seminar izvajalcev zdravstvene nege z naslovom: USPEŠNA KOMUNIKACIJA – ZADOVOLJEN PACIENT V MAKSILOFACIALNI IN ORALNOKIRURŠKI OBRAVNAVI)

kraj: BRDO PRI KRANJU, Kongresni center	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: do 7. novembra 2010: 250 EUR, po 7. novembru 2010: 290 EUR, na seminarju: 300 EUR (z vključenim 20% DDV). Nakažite na: Poslovni račun Združenja za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, št. računa pri Novi Ljubljanski banki, d.d.: 02014 – 0257421571, sklic na št. 00-100, davčna številka: SI10830316	k. točke: ***
vsebina: seminar	organizator: Klinični oddelek za maksilofacialno in oralno kirurgijo UKC Ljubljana, Katedra za maksilofacialno in oralno kirurgijo Medicinske fakultete v Ljubljani, Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije	prijave, informacije: prijave: ZMOKS, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, informacije: E: celesnikovi.dnevi@kclj.si , Ani Klopčič, T: 01 522 42 35, 051 38 15 57, W: www.zmok.si	

DECEMBER

2.–4. • ŠOLA INTENZIVNE MEDICINE

kraj: NOVO MESTO, Hotel Krka	št. udeležencev: 45	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: strokovno izobraževanje je namenjeno specializantom anesteziologije, interne medicine, pediatrije, infektivnih bolezni	organizator: Slovensko združenje za intenzivno medicino, Roman Parežnik	prijave, informacije: prijave: ga. Simona Rojs, Klinika za infektivne bolezni in vročinska stanja, Japljeva 2, 1525 Ljubljana, informacije: Simona Rojs, Roman Parežnik, Peter Radšel, T: 01 522 42 20, F: 01 522 24 56, E: simona.rojs@kclj.si	

3. ob 8.00 • 1. STROKOVNO SREČANJE »SODELOVANJE OTORINOLARINGOLOGA Z ZDRAVNIKOM DRUŽINSKE MEDICINE«

kraj: MARIBOR, UKC Maribor, 16. nadstropje kirurške stolpnice	št. udeležencev: do 150	kotizacija: 80 EUR z vključenim DDV	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom družinske medicine, otorinolaringologom, specializantom, pediatrom, študentom medicine	organizator: UKC Maribor, Oddelek za ORL in MFK Maribor, Katedra za družinsko medicino, Katedra za ORL in MFK, Medicinska fakulteta Maribor, doc. dr. Bogdan Čizmarič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: http://dogodki.eventmanager.si/orl_druzinska_medicina/ , informacije: Slavica Keršič, posl. sek., T: +386 2 321 28 04, F: +386 2 321 28 26	

3.–4. ob 9.00 • KOGNITIVNO-VEDENJSKA TERAPIJA OBSESIVNO-KOMPULZIVNE MOTNJE

kraj: LJUBLJANA	št. udeležencev: 60	kotizacija: 180 EUR (z vključenim DDV), člani Društva za VKT Slovenije s poravnano članarino za leto 2010 imajo pri kotizaciji 10-odstotni popust	k. točke: ***
vsebina: delavnica je namenjena zdravnikom in psihologom. Delavnico bo izvedel g. David Westbrook, klinični psiholog konzultant, ustanovni član in direktor Oxford Cognitive Therapy Centra. David Westbrook je avtor številnih publikacij, poleg raziskovanja na področju OKM zelo aktivno deluje tudi na področju evalvacije psihoterapije in vedenjskih eksperimentov v KVT. Delavnica bo praktično naravnana in osredotočena na razvijanje in trening veščin za uporabo KVT pri obravnavi obsesivno-kompulzivnih motenj ter podprta s posameznimi študijami konkretnih primerov	organizator: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije, Vera Slodnjak, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.	prijave in informacije: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije, Gotska ulica 18, 1000 Ljubljana, ali E: barbarazemljak@gmail.com , T: 01 583 75 00 (pon.–pet. od 13h do 14h)	

10.–11. ob 9.00 • 27. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: UČENJE IN POUČEVANJE O UPORABI NOVIH INFORMACIJSKIH TEHNOLOGIJ V IZOBRAŽEVANJU DRUŽINSKIH ZDRAVNIKOV podroben program na spletni strani zbornice

kraj: ZREČE, Terme Zreče	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena mentorjem v družinski medicini	organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru in Združenje zdravnikov družinske medicine, prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., asist. mag. Andrej Kravos, dr. med.	prijave, informacije: ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1104 Ljubljana, E: kdmed@mf.uni-lj.si , T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10	

DECEMBER

10.–11. ob 11.00 • 13. SEMINAR O BOLEČINI: UPORABA OPIOIDOV ZA ZDRAVLJENJE KRONIČNE BOLEČINE, KI NI POSLEDICA RAKA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MARIBOR, predavalnica UKC Maribor	št. udeležencev: 130	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: 13. seminar Slovenskega združenja za zdravljenje bolečine SZZB je namenjen zdravnikom splošne medicine	organizator: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine SZZB, prim. mag. Slavica Lahajnar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: SZZB, Martina Felser, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor, T: 02 321 15 36, E: bolkrcc@ukc-mb.si , informacije: prim. dr. Nevenka Krčevski Skvarč, dr. med., UKC Maribor, T: 02 321 15 36, 041 76 46 46, 01 587 95 20, 031 303 785, 02 321 15 36, E: slahajnar@onko-l.si	

11. ob 8.30 • MIGRENA ONESPOSABLJA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Hotel Lev, Vošnjakova 1	št. udeležencev: do 250	kotizacija: 48 EUR z DDV, kotizacije ni za nevrologe, specializante nevrologije, organizatorja in vse, ki bodo pomagali pri izvedbi organizacije	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom družinske in splošne medicine, nevrologom, algologom, farmacevtom, medicinskemu osebju in vsem, ki želijo izpopolniti svoje znanje na področju obravnave bolnikov z migreno ali izvedeti več o tem simptomu	organizator: Sekcija za glavobol – Združenje nevrologov pri Slovenskem zdravniškem društvu in Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni ob strokovnem sodelovanju zdravnikov UKC Ljubljana, UKC Maribor in drugih slovenskih in tujih strokovnjakov, doc. dr. Bojana Žvan	prijave, informacije: prijave: Društvo MŽB, Mala ulica 8, 1000 Ljubljana, informacije: Andreja Merčun, E: andreja@glavobol.com , T: 0590 11234, F: 01 430 23 14	

JANUAR 2011

13.–15. • 1. KONGRES MEDICINE ŠPORTA IN ODBOJKE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: BLEED, Festivalna kongresna dvorana	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 200 EUR	k. točke: ***
vsebina: kongres je namenjen zdravnikom medicine športa, travmatologom, ortopedom, fizioterapevtom, maserjem, trenerjem, športnikom	organizator: Zdravstveni zavod za medicino športa Ljubljana, doc. dr. Edvin Dervišević, dr. med., in asist. Vedran Hadžić, dr. med	informacije in prijave: prijave: W: www.fivbmedicine2011.org ali E: fivb2011@gmail.com , informacije: Zdravstveni zavod z medicino športa Ljubljana, Gortanova 22, gdč. Maja, T: 041 723 124, E: fivb2011@gmail.com	

14.–15. ob 8.30 • 27. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: UČENJE IN POUČEVANJE O UPORABI NOVIH INFORMACIJSKIH TEHNOLOGIJ V IZOBRAŽEVANJU DRUŽINSKIH ZDRAVNIKOV program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena mentorjem v družinski medicini	organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru in Združenje zdravnikov družinske medicine, prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., doc. dr. Marija Petek Šter, dr. med.	prijave, informacije: ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1104 Ljubljana, E: kdrmed@mf.uni-lj.si , T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10	

28.–29. ob 9.00 • 17. SREČANJE SLOVENSkih IN HRVAŠKIH INTENZIVISTOV

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk	št. udeležencev: do 100	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: simpozij z mednarodno udeležbo je namenjen internistom, anesteziologom, kirurgom, zdravnikom družinske medicine, specializantom, sekundarijem, študentom medicine	organizator: UKC Maribor, SZIM Združenje za interno medicino, Medicinska fakulteta, prof. dr. Andreja Sinkovič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: http://dogodki.eventmanager.si/17_srecanje_intenzivistov/ , informacije: Slavica Keršič, posl. sek., T: +386 2 321 28 04, F: +386 2 321 28 26	

FEBRUAR 2011

11.–12. ob 9.00 • 27. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: UČENJE IN POUČEVANJE O UPORABI NOVIH INFORMACIJSKIH TEHNOLOGIJ V IZOBRAŽEVANJU DRUŽINSKIH ZDRAVNIKOV program na spletni strani zbornice

kraj: STRUNJAN, Hotel Svoboda	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena mentorjem v družinski medicini	organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru in Združenje zdravnikov družinske medicine, prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., asist. dr. Davorina Petek, dr. med.	prijave, informacije: ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1104 Ljubljana, E: kdrmed@mf.uni-lj.si , T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10.	

10.–12. ob 8.00 • BOLEZNI LEDVIC IN ARTERIJSKA HIPERTENZIJA - XII. PODIPLomsKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana, predavalnica 1	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 200 EUR, za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: podiplomska šola je namenjena zdravnikom v osnovnem zdravstvu, specializantom interne medicine, specialistom internistom	organizator: Slovensko zdravniško društvo, Slovensko nefrološko društvo, doc. dr. Damjan Kovač, dr. med.	prijave, informacije: prijave: ga. Danica Berlec, KO za nefrologijo, Hospitalni oddelek, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, informacije: Damjan Kovač, Jelka Lindič, Marko Malovrh, Jernej Pajek, T: 01 522 31 10, F: 01 522 24 08, E: damjan.kovac@kclj.si	

25.–26. ob 8.00 • 22. DNEVI REHABILITACIJSKE MEDICINE: Z DOKAZI PODPRTA REHABILITACIJA - II

kraj: LJUBLJANA, URI - Soča, Linhartova 51, predavalnica v 4. nadstropju	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 200 EUR za oba dneva, 100 EUR za en dan, 100 EUR za specializante, sekundarije, študente	k. točke: ***
vsebina: seminar je namenjen zdravnikom specialistom in specializantom družinske medicine, fizikalne in rehabilitacijske medicine, ortopedije, travmatologije, nevrologije in drugim zdravstvenim delavcem ter ostalim strokovnjakom s tega področja	organizator: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča v sodelovanju s Katedro za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, MF Ljubljana, prof. dr. Helena Burger, dr. med., in asist. dr. Nika Goljar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: ga. Ela Loparič, URI - Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, informacije: ga. Ela Loparič, T: 01 47 58 441, F: 01 43 76 589, E: helena.burger@ir-rs.si	

Prošnja organizatorjem strokovnih srečanj

Ker veliko upokojenih zdravnikov z zanimanjem sledi razvoju stroke, ki so se ji posvečali vse svoje aktivno obdobje, se radi udeležujejo strokovnih srečanj – tudi tistih, ki jih uvrstimo v koledar strokovnih srečanj v reviji Isis in katerih programe objavljamo na spletni strani Zdravniške zbornice Slovenije.

Organizatorje zato prosimo, da upokojenim zdravnikom čim večkrat ponudijo možnost, da se brez plačila kotizacije udeležijo strokovnih dogodkov, nam pa dosledno sporočajo, ali so upokojeni zdravniki oproščeni plačila kotizacije ali ne, da bomo podatek lahko uvrstili v ustrezno rubriko.

Uredništvo

DELOVNA MESTA

BARSOS-MC

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista družinske medicine (m/ž)

za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Rok prijave je do zasedbe razpisanega delovnega mesta.

Prijave: Barsos-MC, d.o.o., Gregorčičeva 11, 1000 Ljubljana.

Informacije: Cvetka Dragoš Jančar, dr. med., T: 01 242 07 30.

Zdravstveni dom Trebnje

objavlja prosto delovno mesto

zobozdravnika (m/ž)

Splošni pogoji:

- končana medicinska fakulteta, smer dentalna medicina,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- državljanstvo Republike Slovenije ali dovoljenje za delo v RS,
- vozniški izpit B-kategorije.

Ostali pogoji:

- urejenost,
- komunikativnost,
- veselje do dela z otroki.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas.

Pisne ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v roku 20 dni od objave na naslov: Zdravstveni dom Trebnje, Goliev trg 3, 8210 Trebnje.

NAJEM

V najem oddam manjšo ordinacijo, primerno za specialistično ali zobozdravstveno dejavnost, in drugo v centru Izole.

Informacije na T: 040 687 102.

ODDAM

Oddam popolnoma opremljeno zobozdravstveno ambulanto v Kobaridu, Gregorčičeva ul. 17.

Ambulanta je v obnovljenem gospodarsko-stanovanjskem objektu v bližini mejnega prehoda z Italijo.

Cena po dogovoru.

Za informacije lahko pišete na: E: mklanjscek@gmail.com ali pokličete na T: 041 728 459.

ODDAM ALI PRODAM

Oddam ali prodam popolnoma opremljeno zobno ordinacijo v Ljubljani v zdravstvenem centru Ambulatorij – Zeleni trikotnik. Informacije na T: 041 673 137 ali 051 313 000.



Uredništvu revije Isis
Dalmatinova 10
p.p. 1630
1001 Ljubljana

faks: 01 30 72 109



V reviji Isis želimo objaviti priloženo obvestilo o strokovni prireditvi.

Prvo obvestilo želimo objaviti v _____ številki Izide.

Ustrezni program strokovnega srečanja naj bo objavljen na spletni strani zbornice.

Datum prireditve _____ Začetek, ura _____

Kraj _____

Prostor, kjer bo prireditev _____

Naslov strokovnega srečanja _____

Število poslušalcev _____ (če je določeno) _____ (neomejeno)

Vsebina in vrsta strokovne prireditve (podiplomski seminar, posvet, učna delavnica...)

Komu je namenjena (vsem zdravnikom, zdravnikom v osnovnem zdravstvu, kirurgom, internistom...)

Organizator (medicinska fakulteta, klinika, sekcija Slovenskega zdravniškega društva...)

Predstavniki ali strokovni vodja _____

Naslov za pošiljanje prijav _____

Informacije, kontaktne osebe _____

Njihove tel. številke in št. faksa _____

Višina kotizacije _____

Brezplačna kotizacija da ne za upokojene zdravnike in študente

Iz ciklusa v belem

Pesem zdravnice v prozi

Zlata Remškar

V pozdrav se mu je nasmehnila.
 Razveselil se je in rekel:
 »Ali veste, da imate lep nasmeh? Tako opogumljajoč je!«
 in nato je nadaljeval:
 »Že dolgo vas nisem videl in govoril z vami.
 Zelo sem si želel, da bi vas spet srečal.
 Zahvaljujem se vam, da sem lahko ponovno prišel na pregled in da ste sedajle sami
 prišli k meni.
 Domnevam, da nimate veliko časa za bolnega petinosemdesetletnega starca.
 Vesel sem, ker ste prišli!
 Povejte mi, kako vidite mojo bolezen?
 Je napredovala? Sem se poslabšal?...
 Ali se še spomnite, da sva se prvič srečala pred sedmimi leti
 in da je minilo že eno leto, odkar vas nisem videl?...
 Ne vem, kako bi vam povedal,
 toda v tem letu sem se večkrat spomnil na vas in vas pogrešal!«
 Vrnila mu je toplino
 in mu povedala, da se je tudi sama nekajkrat vprašala, kako mu gre.
 Da ji je v zadovoljstvo, da ga spet vidi,
 ter da ve, da mu bolezen povzroča težave
 in da jih vsak ne bi znal tako strpno prenašati, kot jih prenaša on!
 Zagotovila mu je, da se bo potrudila, da bi mu težave omilila ...
 Priznala mu je tudi, da se zaradi njegovega zaupanja počuti počaščena,
 da ga je sedem let vse bolj spoznavala in ga pričela ceniti kot človeka ...
 Da se počuti privilegirana, ker jo poišče,
 in da ga bo še naprej vodila, kot do sedaj, če bo tako želel ...
 Zarotniško sta si stisnila roki.
 Ko je odhajala, je bil ganjen in pomirjen.
 Po dolgem bolnišničnem hodniku
 je premišljala o dogodku
 in se zavedela,
 da je šlo za posvečen trenutek,
 da so bile besede petinosemdesetletnega bolnika
 največje priznanje, ki bi ji ga lahko kdorkoli podaril ...
 Ljudje preprosto potrebujemo drug drugega ...
 V takih trenutkih se izpolni tisto najžlahtnejše posameznikovo poslanstvo.
 Imela je privilegij, da ga je doživela!

Kako se umreti učim?

Rudi Pavlin

Ko se zbudim,
 živim
 in vem,
 da živim.
 Ko zaspiam,
 živim,
 pa ne vem,
 da živim.
 Tako se umreti učim.

Poslednja pomlad

Andrej Rant

Prišla bo pomlad, poslednja pomlad!
 Ko listi vzbrstijo, ko cvetovi vzcvetijo,
 ozelenijo travniki in ptice zažgolijo ...
 Vse svoje zlato, vse svoje srebro,
 bo Vesna nase nadela,
 nevesta, ki na smrt je zbolela ...

Ta pomlad bo poslednja pomlad!
 Ker odslej bo le zima vselej
 in večna jesen,
 dan žolt in meglen;
 ker brsti ne bodo vzbrsteli,
 ker cvetovi ne bodo vzcveteli,
 listi oveneli bodo razpadali v prah ...

Zrak, težak in žveplen,
 vdih smrtonosen, strupen
 in večna tema in večni mrak.
 Glasovi ptic bodo onemeli,
 ljudje v kamen sprhnili ...
 Prah, prah sneži z nebes,
 Hrešče odpadajo veje z dreves!

Zlatorog

Andrej Rant

Kot kralj v planini bivaš,
na strmi skali ti stojiš
in pred nikomer se ne skrivaš,
prepadnih sten se ne bojiš!

Na Triglavu ponosno ti kraljuješ,
v soncu siješ z zlatimi rogmí,
nevihtam, strelam ti kljubuješ
in braniš raj pred tujimi ljudmi.

Slovenski narod – ti si Zlatorog!
Oblegan, streljan in zaničevan,
na svoji zemlji, trdnih nog,
obstal si – nepregnan.

Iz tisočerih ran ti brizga kri,
po sveti zemlji; iz te krvi,
iz vsake kaplje roža zacveti,
ki hrani te in ozdravi!

Ta kri iz ran so bolečine,
besede njih cvetovi, moč, ki nas krepi!
O čuvaj, Zlatorog, slovenski jezik,
zaklad, da ne strohni!

Zdravniški tek na Rožnik

Tradicionalni 29. zdravniški tek na Rožnik bo v soboto, 9. oktobra, s startom ob 11. uri v Tivoliju.

Po teku bomo nadaljevali s predavanjem v pivovarni Union, kjer bo predavala mag. Nada Rotovnik Kozjek, dr. med. Naslov predavanja je: Najboljši tekačev prijatelj?

Vljudno vabljeni!

»Au« – foristična tinktura

Kratki aforizmi v beli halji z geografskim poreklom

Janez Tomažič

Naš zdravstveni sistem postaja vse bolj tragedija, če ga gledamo od blizu. Od daleč pa je komedija zmešnjav.

Reformo zdravstva, ki je nedavno izbruhnila, bi lahko uvrstili v rubriko »Morda niste vedeli«, »Brez njih ni športa« ali v »Še pomnite tovariši«.

Trenutni posegi v zdravstveni sistem so ena od oblik onesnaževanja okolja.

Od nadarjenosti zdravstvene politike za urejanje zdravstvenega sistema je večja samo še njihova nenadarjenost za tovrstno dejavnost.

Naš minister za zdravje: »Govori malo. Pove le tisto, kar ve. Ve pa veliko«.

»In general« imajo reforme v zdravstvu običajno preveč lukenj. Večinoma se zgodi, da izginejo v eni od njih. Tokrat se mi zdi drugače, bojim se, da bo ravno obratno.

V aforizmih skušam zdravstveni politiki pripisati pomen, kakršnega v resnici nima.

Pri kakšnih mojih aforizmih se mi zdi, da bi bilo bolje, če ne bi bilo besedila.

Patrocinij

Franči Bečan

Na Brdu je zvonilo k deseti maši in ljudje so se v gručah zgrinjali proti cerkvi vrh hriba. V zraku je lebdel vonj po poznomajskem travniškem cvetju, na obronkih gozdov, ki so se iz doline strmo dvigali skoraj do cerkvice, so cvetele zadnje šmarnice in bilo je nadvse praznično.

Cerkvico z belimi zidovi in nekaj sivimi zaplatami odpadlega ometa, z zvonikom, katerega sive strešnike so tu in tam že preraščali lišaji, je obdajalo široko skalnato obzidje in otroci so kriče plezali po njem. Štanti z lectom ob travnati stezi so vabili mimooidoče. Gruča nekaj hiš se je stiskala tik pod cerkvico, na oknih so na belih vezenih prtičkih slonele nabožne podobe in okorni leseni križi. Ljudje so prihajali peš po ozkih makadamskih poteh, iz bližnjih vasi in osamljenih kmetij, le duhovnika je eden premožnejših vaščanov pripeljal z avtom do kapelice pod starim hrastom.

Ob desetih je zazvonilo in maša se je pričela. S kora so zadoneli moški glasovi, ubrano in slovesno, ljudje so utihnili. Francek se je stiskal v množici ob stranskem oltarju, takoj je prepoznal očetov prodoren tenor in stričev žametni bas. Cerkev je bila nabita, otroci so se drenjali na prostoru pred klopmi, skoraj so se dotikali duhovnika in ministrantov. V klopih so sedeli starejši ljudje in tisti iz premožnejših kmetij, kar nekaj ljudi je ostalo zunaj. Sveže spleteni venci iz bršljana in zaspanca so v loku viseli iz prezbiterja, na glavnem in na stranskih oltarjih so vonjali šopi belih ivanjščic.

Bila je nedelja sv. Trojice in prenekateri obraz v cerkvi je Francek videl prvič. Ljudje so po vojni odhajali v svet za kruhom, v Nemčijo in Kanado, in se ob praznikih, ob patrociniju in ob septembrskem žegnanju, vračali domov.

Duhovnik je govoril o majniku, o družini, o slovenstvu. V slovesnem trenutku so se v zvoniku oglasili zvonovi. Zamolklo in slovesno so doneli nad gozdovi, tja proti Petelincu in Jetrbenku, narava je obstala, spoštljivo so se spustila kolena in misel se je ustavila. Množica je pela, vzneseno, žarečih obrazov, znojnih čel, sijočih oči. Čakalo se je na zadnji blagoslov. Potem se je zgodilo, kar je Francka osupnilo.

Pred ambon je stopil visok mož štiridesetih let, širokih ramen, krepkega telesa, kodravih črnih las, močnih obrvi, praznje oblečen. Duhovnik mu je pokimal in ozrl se je po cerkvi.

»Nekaj težkega mi leži na duši in noči mi ne dajo spati,« je pričel. »Veliko rodov Gabrov in Smrekarjev je živelo tu v dolini pod Brdom, v dobrem in slabem, in grunta sta preživljala njihove številne družine. Trideset let je tega, ko je greh zasejal zlo med nami, med Gabri in Smrekarji.

Tista sobota pred tridesetimi leti je bila semanja. Smrekar je prodal par govedi, da si nad hlevom napravi novo streho. Moški, tisti s semnja in stalni gosti, so se potem našli v vaški gostilni, da se pogovorijo o žetvi, o mlačvi, o bližajoči se ohceti in popravilu zvonika. Vse glasnejši so bili, spregovorilo je vino, po mizi so padle karte. Denarji so naraščali, drug za drugim so možje odstopali, ostala sta le Gaber in Smrekar. Zaman so bili svareči glasovi sosedov in tistih, ki so bili manj opiti. Ko se je noč prevesila v nedeljo, je Smrekarjeva njiva v Lazah, ki je kot jezik silila v Gabrove travnike, menjala lastnika. To so po jutranji maši pred cerkvijo znali povedati možje. Gaber, moj oče, si je to njivo na moč želel in ni poslušal nasvetov razumnih vaščanov, naj Smrekarju spregleda slab večer.

Iz meditacijskih logov

Prvi težji ranjenci

Peter Borisov

Poletje se je postopoma poslavljalo in se bližalo meglenemu koncu. Dnevi so bili vedno krajši, okoli poldneva sončni, noči pa vedno hladnejše. V zgodnjih jutrih se je včasih od gozda proti naši postojanki širila mlečna meglica, v bližini se je včasih oglasil kos. Komarji so bili manj nadležni in so v rojih poplesavali okoli električnih svetilk. Tudi papatačiji so bili manj sitni. Pritihotapili so se v globino toplejših sob in se skrivali po temnih kotih.

Brigada je pridno izvajala dnevne vojaške vaje. Strojnice in puške pa so še zmeraj ropotale skozi temno noč. Nekega dne, bilo je okoli avgusta 1946, so me nenadoma zbudili okoli ene po polnoči in dežurni v brigadi mi je sporočil, da so prinesli prve ranjence. Pregledal sem jih: dva sta bila lažje, tretji pa težje ranjen. To pot so fašisti uporabili ročne bombe. Tretjega ranjenca, tistega, ki je nenehno stokal, je drobec ročne granate zadel v desno stegno. Tu je zijala za možko pest velika rana prav do kosti, iz katere je močno krvavelo. Poklicati sem dal sanitetnega referenta drugega bataljona, medicinca petega semestra Djura S. iz Splita, da bi mi pomagal pri ranjencu. Skupaj sva rano

Stari Smrekar si tega večera ni nikoli oprostil. Vse pogosteje so se njegove sobote in nedelje končale v bučnih pijanskih omizjih v gostilni. Neredki so ga ponoči videli hoditi po njivi v Lazah. Grunt je šel navzdol. Umril je neke zime po svečnici. Smrekarica se je sama mučila z gruntom in peterico otrok, dokler ni za delo poprijel najstarejši sin.

Ko je umiral stari Gaber, moj oče, sedem let je tega, mi je rekel: »Sin moj, njivo v Lazah vrni Smrekarjem, z grehom je bila dobljena, njihova je.«

Takrat tega nisem storil, nisem zbral poguma in poštenja, da popravim očetov greh. Greh je prešel name, kot kača se plazi za mano, teži me v dnevu in duši v noči. Pogledal je postavnega moža v prvi klopi, nekaj mlajšega, mehkih potez, v temnem lajbiču, ob mladi ženi in kopici otrok.

»Smrekar, tu pred Bogom in pred ljudmi ti pravim, njiva v Lazah je vaša, Smrekarjeva. Naj vam rodi, kot je rodila rodovom pred vami. Bog naj mi odpusti, meni in mojemu očetu.«

Dve desnici, možki, kmečki, žilavi in krepki, sta se stisnili pred ambonom. Ljudje so v olajšanju zadihali, nekaj ženskih glav v rutah se je sklonilo, da si obriše orošeno oko. Duhovnik je dvignil roke v zadnji blagoslov.

S kora je zazvenela Morska zvezda, sprva tiha, nato stopnjujoča se v gromko glorio. Očetova najljubša pesem. Francek se je ozrl proti koru. V poletno odpeti praznji beli srajci, z zavihanimi rokavi, zagorelega obraza in že prvih sivih las je oče pel, zrl je proti oltarju sv. Trojice in se mu nasmehnil.

Bila je sončna poznomajska nedelja in zeleno žito v rebri pod Brdom je igrivo valovalo v opoldanskem pišu.

očistila umazanije, prahu in zemlje. Ranjencu sva dala lokalno anestezijo v okolici rane in po toaleti rane napravila hemostazo. Ranjenec je dobil serum proti tetanusu ter sulfamide (tisti čas antibiotiki še niso bili v splošni rabi). Vsa sreča, da niso bili prizadeti niti arterija femoralis niti druga manjša obtočila ali živci. Proti bolečinam sva aplicirala v okolico rane injekcijo morfija. Ranjenec je potem manj stokal in zdelo se je, da se bo pomiril.

Druga dva borca, ki sta bila lažje ranjena, sem prepustil v oskrbo bolničarki Ljubici. Ura je hitela proti jutru, danilo se je in ko je ura kazala šest, smo bili z vsem gotovi. Že prejšnji dan sem naročil sanitetnemu oficirju, da ob osmi uri zjutraj pripravi moštvo brigade na preventivni higienski epidemiološki pregled, zato ni bilo več časa za počitek, čeprav sem bil zelo utrujen. Borci so bili na dvorišču vojašnice postrojeni in do pasu razgaljeni, saj je bilo sredi poletja. Bolne vojake smo izločili in jih napotili v ambulanto. Po treh urah je bil pregled končan in po kosilu je do večerje veljalo »voljno«.

ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

Bolničarki Ljubici sem naročil, da težjega ranjenca ne sme zapustiti niti za par minut in da mi mora takoj sporočiti o sleherni spremembi, sam pa sem mislil ta čas izkoristiti za spanje. Vendar je ostalo le pri želji. Minilo ni niti pol ure, ko je bolničarka prihitela v ambulanto in sporočila, da ranjenec močno krvavi. Takoj sem odhitel v bolniško sobo. Očitno je bilo, da je hemostaza popustila in je bilo treba ponovno revidirati rano. To sem tudi nemudoma storil. Po natančnem pregledu sem se odločil, da napravim ponovno hemostazo s catgut šivi in tamponado rane. Ranjenec je bil cianotičen, tahikarden, hipotoničen in v hladnem znoju. Nenehno ga je sililo na bruhanje, bruhal pa ni. Bil je zelo nemiren. Srčni utrip se mu je dvignil, tlak pa padel. Dvignili smo spodnjo polovico njegovega telesa. Zaradi anurije sem moral vstaviti urinski kateter. Dihanje je bilo normalno. Apliciral sem analgetika in sedativa ter infuzijo fiziološke raztopine. Oksigenacije tkiv nismo mogli izvesti

zaradi pomanjkanja določenih naprav.

Sklenil sem, da se pogovorim z brigadnim komisarjem zaradi nadaljnje terapije ranjenca ter da mogoče še danes premestimo ranjenca v divizijski medicinski center v Skopju. To smo tudi storili, ker smo imeli na razpolago reševalni avtomobil – kot vojno trofejo, in bolničarko Ljubico, ki se je večkrat izkazala kot sposobna, izkušena in vestna zdravstvena delavka, sem določil za spremstvo.

Po telefonu sem se kasneje povezal z divizijskim medicinskim centrom in se pozanimal o stanju našega ranjenca, ki je vidno okreval. O moji premestitvi v divizijo pa ni bilo ne duha ne sluha že več kot tri mesece, vendar upanja tudi to pot nisem izgubil.

Izmed krošenj dreves se je prikazala bleda luna, kot da bi izgubila hlačke, teman oblak je prekril goloto. Posamezne zvezde so še trepetale ali se izgubljale v vesolju...

Podaljšanje poletja v bolnišnici z dalmatinsko pesmijo

Marko Slavec

Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete (KUD KC in MF) tudi poleti ni mirovalo. Prepolna spominska knjiga vtisov obiskovalcev galerije UKC v Ljubljani iz avgusta 2010 ob razstavi študenta 6. letnika medicine Tjaža

Ocepka, ki je navduševal obiskovalce z izjemnimi podvodnimi fotografijami, kaže, kako pomembno poslanstvo opravlja galerija UKC za vse uporabnike ljubljanske bolnišnice. Med zapisi, ki niso le slovenski, ampak tudi angleški, kitajski in arabski, ter po



Nadarjena mlada slikarka Eva Koderman in njene slike.



Slikar Radko Oketič.

pisavi sodeč delo piscev vseh starostnih skupin, se nekateri glasijo takole: »Čarobno, enkratno, ostaneš brez besed...; Tak kot mora bit, dobro si to naredul; Kako čudovit je ta naš svet... In te fotografije tudi! Hvala zanje!; Malo skrito, toda prelepo. Čudeži življenja – ravno na pravi lokaciji – v bolnišnici; Prečudovito, čisto, neresnično! Vsak dan jih bom prišla pogledat; Temu se reče gledati nebesa; Ko gledam te slike, se počutim kot bi bila tudi sama del tega skrivnostnega in prečudovitega sveta ...; Relaxing ambience, a pleasure to see. Thanks; Res zanimiva razstava za takšne, ki nimamo korajže za podvodno potapljanje. Hvala; Prelepe fotke. Super. Za trenutek sem bila v drugem čudovitem svetu zunaj bolnišnice ...«

Tudi galerija Medicinske fakultete čez poletje ni samevala; zdravnike in njene obiskovalce je spodbudno nagovarjala razstava fotografij iz Kirgizistana, Turkmenistana in Kazahstana, ki jih je posnel študent medicine Domen Robek. Kmalu mu sledi razstava študentov medicine, ki so v okviru programa tropske medicine preživeli poletje v Ugandi, nato pa še drugih z Daljnega vzhoda.

Na septembrski prireditvi v razstavišču UKC Ljubljana se je ponovno zbralo zdravstveno osebje, bolniki in drugi obiskovalci. Prisluhnilo so imenitnemu koncertu dalmatinske klope Lavanda, ki je s prepevanjem vedno lepih dalmatinskih pesmi prinesla med zbrane veliko nasmejanih obrazov, optimizma, predvsem pa spodbude za boljše zdravje in dobro počutje v ljubljanski bolnišnici. Klapa Lavanda prepeva že 15 let. Sestavljajo jo slovenski pevci, ki imajo radi dalmatinsko glasbo. Zraven igrajo na mandoline, lutnje, kitare ... Združujejo se v okviru KUD-a Tine Rožanc v Ljubljani. S svojimi pesmimi nastopajo tudi tekmovalno na prireditvi Melodije morja in sonca in kdaj posežejo tudi po najvišjih mestih. Zanimivo jim je bilo prisluhniti tudi v slovenskem jeziku, česar za dalmatinske pesmi ne pričakujemo. Voditeljica prireditve in predsednica KUD-a KC in MF jih je

povprašala, kako gledajo Dalmatinci na to, da pojejo dalmatinske pesmi v slovenščini. Fantje so se kar prijazno nasmejali... Gonilo klope Lavanda je družina Pišek, ki ji za imenitno vodenje in ustvarjalno delo iskreno čestitam.

Ko ni zvenela dalmatinska pesem, je polnoštevilna publika zbrano sledila odprtju dveh razstav, ki bosta mesec dni nagovarjali vse v bolnišnici. KUD-ov slikar Radko Oketič, dolgoletni delovni terapevt UKC Ljubljana in ustanovni član Likovne sekcije KUD-a izpred 30 let, se je predstavil s povsem drugačno slikarsko podobo, kot likovni satirik. Avtor je imel več razstav doma in v tujini in prejel za svoja dela številne domače in mednarodne nagrade. O njegovem delu je spregovorila likovna kritičarka Polona Škodič: »V zadnjem desetletju so nekatera odlična Oketičeva dela iz ciklusov satirične ilustracije, humorja in karikature naletela na mnoge odmevne in pozitivne kritike, saj prinašajo aktualne in domišljene figuralne vsebine, vsekakor vredne pozornosti. Nagrade in priznanja je zanje požel predvsem na tujem. Avtor se, v nasprotju s prej značilno poetično pravljíčnostjo, zdaj srečuje z drugačnim žanrom, konkretnimi pojmi in stvarnostjo. In če v prej omenjenih delih ne moremo srečati človeka, je zadaj ravno nasprotno, kajti človek je tu prisoten v prvem planu. Likovni pristop in slog, bodisi v akvarelu ali kateri od drugih tehnik, sta še vedno prepoznavna, vendar je v tem primeru bistveni poudarek na sporočilnosti, ki se odraža kot osebni nagovor in komunikacija s človekom in svetom. V izvirnih in nemalokrat izjemno duhovitih idejah je sicer še ohranjena določena mera realizma in idealizacije, a se pod težo razmišljanj in občutij spreminja v celo bolj nadrealistične, simbolno naglašene rešitve. Pravzaprav se osredotoča na čisto esenco sporočila, kjer z namenom prenasiči in poudari prizorišče ali celo zreducira elemente v močno izčiščeno likovno bistvo. Problematiko nasilja, protivojno tematiko in pereča, dramatična vprašanja slikar jemlje globoko resno, a je na koncu



Dalmatinska klapa Lavanda.

videti, kot bi jih reševal z igrivo lahko pronicljive parodije in satire, skoraj groteske. Zanimivi so tudi »prostori«, kompozicije in drzne perspektive, kjer se odvijajo zgodbe. Na primer tista o boju med letečimi svinčniki, krompirjem in paradiznikom, o protiraketni lubenici in koruzi, o klonu med ovcami, o radiaciji in metalcu diska, nadalje tista, v kateri se dotakne evolucije človeštva, pa tudi športno olimpijskih cirkusov (Homopentagool), svetovnih zablod in ekoloških problemov. Avtor nas želi soočiti tudi s prikritim nasiljem in utesnenostjo, podobami krutih posegov v naravo, stehnizirane potrošniške dobe, črednega nagona, brezumne birokracije, kloniranja ... Pravzaprav se loteva poneumljene »človeške Odiseje« sodobne dobe ...«

Malo galerijo KUD namensko uporablja za predstavljanje umetniškega ustvarjanja različnih skupin hendikepiranih ali mladih nadarjenih ustvarjalcev. S tem se KUD zoperstavlja stigmati boleznih, spodbuja sprejemanje različnosti oziroma nadarjenim odpira vrata v svet. Tokrat se je na svoji prvi razstavi predstavila nadarjena 13-letna risarka Eva Koderman. Predstavil jo je publicist in likovnik Andro Fini Skaleras, ki je zanj povedal, da Eva svoje likovno doživljanje in izražanje sveta udejanja predvsem skozi risbo. Preseneča Evina genialna zmožnost, da z likovno stilizacijo upodobljenih oseb razkriva najbolj elementarne ali pa močno strukturirane plasti človekove osebnosti. Andro Skaleraš je zapisal: »Z linijo, krivuljo, ki je značilna za največje slikarje, skorajda brez izjeme so bili najprej bravurozni risarji, prepričuje, da gre za umetnico, ki je že davno prešla fazo šolske risarske perfekcije in vstopa v samo njej lastno izraznost,

in si zato lahko dovoli vse: stilizacijo, vrsto »nerodnih« potez, zasukanih projekcij ..., in na koncu, v celostni zaznavi, opazovalca » srečuje« z njegovimi notranjimi vsebinami, ki so mu bile do tistega trenutka zgolj slutnja ali morda izgubljene, odrinjene, zavržene danosti, arhetipi v jungovski kleti nezavednega. Tu brez zadrege lahko citiram enega Petanovih aforizmov, ki pravi: »Kadarkoli se poglobim vase, srečam nekoga drugega«. To z opazovalcem nenehno počne Eva skozi risbo. Z izrazito psihodinamiko likovnega sporočila se loteva domala vseh tem in plasti življenja, od rojstva, do smrti. Tako namreč izkazuje globoko zavedanje o enosti sveta, ki je značilno, če sploh, za človeka v najvišji stopnji mentalne, duhovne zrelosti. Torej vsekakor v zrelejših letih, še pogosteje v starosti, nikakor pa ne v njenih rosnih letih. Skozi zahodni, analitični način razmišljanja bi Evo lahko »razložili« kot bitje z genialnimi genskimi nastavki za izražanje svojega odnosa do življenja in sveta sploh, upošteva vzhodna izročila in tradicije pa bi lahko rekli, da gre za visoko inkarnacijo, ko ima Človek vsa znanja, uvide ali spoznanja že od prej.«

Nadarjeni Evi Koderman želimo veliko ustvarjalnega poleta in naj se kritikove besede udejanjijo!

V nadaljevanju jesenskega dela bo KUD na prireditvah navduševal z razstavami in nastopi svojih članov, kakor tudi gostov, med katerimi omenimo Trio Kranjc, dramskega igralca Gregorja Čušina, Dekliški pevski zbor Gimnazije Kranj pod vodstvom dirigenta Primoža Kerštanja in druge odlične goste. Prirčno vabljeni v razstavišče UKC Ljubljana ob torkih ob 16.30, in sicer 12. oktobra, 16. novembra in 21. decembra 2010!

Strokovni izlet na Koroško

Elko Borko, Aleksandar Krušič

Petek, 28. maja 2010, je bil kljub neugodni vremenski napovedi lep, rahlo oblačen pomladanski dan, primeren za daljše poučne izlete. Tega dne sta odbora Medikohistorične sekcije Slovenskega zdravniškega društva (MHS SZD) in Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije (ZDZZKS) pripravila celodnevni izlet na Koroško z namenom, da se člani seznanijo, ob bližnjih spominskih dnevih na pred 90 leti izgubljeni koroški plebiscit, s takratnimi zgodovinskimi dogodki in sedanjim položajem Slovencev na Koroškem.

Točno ob napovedani uri je skoraj povsem napolnjen Globusov avtobus odpeljal po dravski magistrali proti Koroški. Po pozdravi Aleša Ariha, direktorja Pokrajinskega muzeja Ptuj-Ormož, ki je sodeloval pri pripravah in vodil izlet, ter Elka Borka, predsednika mariborske podružnice MHS SZD in ZDZZKS, so udeleženci pozdravili tudi dva zdravnik iz Madžarske in Bosne, ki sta na specializaciji v mariborskem UKC, in dve študentki medicine iz Češke, ki sta na izpopolnjevanju po programu Erasmus na Kliniki za ginekologijo in porodništvo UKC Maribor.

Med vožnjo so udeležencem prebrali pozdravno brzojavko ministra za Slovence v zamejstvu in po svetu dr. Boštjana Žekša.

Sledilo je poučno predavanje o pomenu elektrifikacije za razvoj medicine in izboljšanje življenjskih pogojev. Predavatelj Janez Sterniša je nato na kratko opisal gradnjo in pomembne značilnosti posameznih hidroelektrarn na Dravi, mimo katerih smo se vozili. Po kratkem postanku v Dravogradu, ki smo ga izkoristili za zajtrk in razgibanje otrplih udov, smo nadaljevali svojo pot proti glavnemu cilju na Gosposvetskem polju. Med vožnjo nas je Elko Borko seznanil s predavanjem o koroškem plebiscitu dr. Maksa Poharja, znanega Maistrovega borca, ki ga je imel 15. marca 1947 v Slovenj Gradcu. V razpravi, ki je sledila, so ugotovili, da je bil po drugi svetovni vojni spomin na tiste nesrečne dogodke mnogo bolj živ, kot je danes. Vendar še danes velja misel Antona Brandlerja, da Koroška ni izgubljena, dokler mislimo nanjo.

Nesrečne spomine so zamenjali bolj veseli dogodki, npr. postanek na neprimernem cestnem delu, da smo si ogledali slikoviti grad Visoka Ojstrica in da so naši najbolj zavzeti fotografi, med katerimi je treba omeniti člana odbora Aleksandra Krušiča, tajnico ZDZZKS Dušo Fischinger, dr. Žeguro in druge, fotografirali znani turistični objekt. Po tem kratkem postanku smo med nadaljevanjem vožnje poslušali predavanje arheologa Tuška o zgodnji

zgodovini Koroške in pomembnih odkritjih iz obdobja zgodnjega krščanstva. Vse te dogodke je spretno povezoval strokovni vodja izleta Arih, ki nas je v dogovorjenem času ob 11. uri pripeljal do parkirišča pod veličastno in za Slovence pomembno cerkev pri Gospe Sveti. Na za turiste zanimivo urejenem trgu pred katedralo nas je že čakal prof. Anton Schellander. Naša članica in akademikinja Zinka Zorko nam je predstavila koroškega rojaka, ki nas je s svojo lepo slovensko besedo, pristrčnim nastopom in obširnimi znanjem takoj prevzel, tako da smo v njem spoznali prijatelja v pravem pomenu besede. Pod njegovim vodstvom je bil ogled te znane, za koroške in druge Slovence pomembne božje poti pravi užitek. S svojim prikazom najstarejše cerkve, ki jo je zgradil škof Modest sredi 8. stoletja in od tod pričel s pokristjanjevanjem starih Slovencev, nam je približal takratne dogodke, v katerih so naši predniki postopoma izgubljali prostor, na katerem so se naselili.

Po končanem ogledu notranjosti smo si ogledali resnično mogočno cerkveno stavbo tudi od zunaj in občudovali številne ostanke iz rimskega obdobja, ki so vgrajeni v fasado stavbe. Med temi nas je opozoril na reliefa poštna in bojne kočije iz rimskega obdobja in seveda na nekaj kilometrov oddaljeno krnsko cerkvico na hribčku drugega konca Gosposvetskega polja. Že nekoliko utrujeni smo se odpeljali do vojvodskega prestola, ki stoji, primerno zavarovan, v idiličnem gozdičku. V prijetni senci, zavarovani pred močnimi sončnimi žarki, smo lažje sledili neutrudnemu prof. Schellanderju, ki nas je v pravi zgodovinski učni uri seznanil, kako so vse do leta 1441 v slovenskem jeziku ustoličevali koroške deželne kneze.

Zapisi o pomenu tega kulturno-zgodovinskega spomenika v svetovnih jezikih in seveda tudi v slovenščini so bili za tuje in naše obiskovalce priljubljeni motiv za fotografiranje z različnih zornih kotov. Sledila je vožnja prek Gosposvetskega polja do Krnske gore, na kateri še vedno iščejo Krnski grad, o katerem obstajajo zapisi in kjer naj bi bil sedež prvih karantanskih knezov. Ostali sta samo novejša in starejša krnska cerkvica, ki sta vredni ogleda, saj je od tod lep pogled čez Gosposvetsko polje do slikovite gosposvetske cerkve. Nekoliko strmo pot se junaško premagali tudi nekateri člani, ki se soočajo z ortopedskimi težavami. Prof. Stanka Simoneti je po ogledu menila, da se je bilo vredno potruditi.

Program nas je vodil mimo Celovca na obale Vrbskega jezera do idilične Marijine cerkvice Mariawerd. Na tem prostoru naj bi po nekaterih virih nastali naši Brižinski spomeniki. V lepi in idilični okolici smo se okrepčali, nato pa nas je naš šofer pod vodstvom domačina prof. Schellanderja peljal po stranskih poteh do razgledne točke nad Dravo, od koder je bil prekrasen pogled nad slikovito dolino Podjuno in Rož, ki sta poznani tudi iz številnih narodnih pesmi, nato pa po stranskih poteh do Železne Kaple pod visokimi vrhovi Karavank. Med potjo nam je vodnik povedal za vsako vas slovensko ime in nas seznanil, da je Unesco sprejel slovenska imena krajev na Koroškem v svojo zaščito. Udeleženci smo se na občestnem zemljevidu prepričali, da so te navedbe točne.

Končno smo prispeli v Železno Kaplo, vasico v ozki dolini na drugi strani Jezerskega, ki jo krasi preko 855 let stara obirska cerkev in se po njej celo področje imenuje Obirsko. V gostilni



Zgodovinska ura prof. Schellanderja pri cerkvi Gospe Sveti.



Voivodski prestol.

ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

Podobnik, ki ima domačo, prijazno podobo, smo imeli izredno bogato in okusno kosilo, pred tem pa so bili na vrsti nagovori, izjave za časopisje in daljši nagovori prof. dr. Ludvika Karničarja, univerzitetnega učitelja iz Gradca, ki nam je povedal, da slovenstvo na Koroškem napreduje, da pa so največjo škodo enotnosti koroških Slovencev v preteklosti napravili slovenski politiki. Pri tem je celo imenoval nekaj naših politikov. Po njegovem mnenju je do sedaj največ posluha in razumevanja za probleme koroških Slovencev pokazal sedanji minister za Slovence v zamejstvu in po svetu prof. dr. Žekš.

Soproga edinega slovenskega župana na Koroškem, gospa Smrtnik, nas je pozdravila v svojem imenu in v imenu svojega soproga, ki je bil službeno odsoten, in nam poklonila kasete znanega kvarteta in kvinteta Smrtnik s številnimi ponarodelimi pesmimi, kot npr.: Juhe, pojdamo v Škofče, V Kortah moje srce živi, Mi pod Obirjem smo doma, Lepa si Koroška vsa in številne druge. Za darilo in v spomin na obisk smo dobili tudi knjižico »Cerkev na Obirskem 1154–2009«, ki pregledno opisuje zgodovinske dogodke in sedanje stanje naše manjšine na Koroškem.

Naši pogledi na probleme slovenske manjšine na Koroškem so se spremenili. Spoznali smo, da so to ponosni Korošci, ki se zavedajo, da so njihove korenine slovenske, vendar pa so to potomci tistih Slovencev, ki so se ob plebiscitu leta 1920 odločili, da ostanejo na Koroškem, ki je njihova rodna gruda, in se ne bodo vključili v novo, njim neznano državo Kraljevino Jugoslavijo. Takrat še ni bilo naše samostojne Slovenije! Ta novi pogled na slovenstvo na Koroškem je treba spoštovati, v novih pogojih sobivanja pa podpreti njihovo slovensko naravnost brez vseh političnih pogojev.



Udeleženci izleta ob vojvodskem prestolu na Gosposvetskem polju.

Po slovesu nas je program strokovnega izleta vodil do koroške vasice Libeliče, ki se je zapisala v zgodovino slovenstva, saj je, dve leti po dodelitvi Avstriji, dosegla spremembo meje in prišla v okvir matične Slovenije. Libeličani so namreč na plebiscitu glasovali za Jugoslavijo. Obisk muzeja plebiscita je v vseh udeležencih ponovno vzbudil domoljubna čustva in ponos nad dosežki prednikov, ki so s svojo vztrajnostjo dosegli celo spremembo meje, ki so jo krojile velesile. Poročilo našega vodiča po muzeju, da je slovenski del vasi Libeliče dosegel večji razvoj od dela, ki je ostal v Avstriji, je udeležence navdalo z zadovoljstvom. Ob zaznamovanju letošnje 90-letnice koroškega plebiscita menimo, da bi ta muzej morali obiskati vsi slovenski osnovnošolci in tudi drugi, da bi na ta način okrepili svojo domoljubnost.

Zaključek našega izleta po dolini Drave do Maribora je hitro minil ob učni uri prof. Zinke Zorko o Brižinskih spomenikih, ob opisih vtisov, zahvalah in drugih priložnostnih govorih.

Med temi je bila predvsem zahvala našim donatorjem – Farmadentu, Zdravniškemu društvu Maribor, Univerzitetnemu kliničnemu centru Maribor in Zdravstvenemu domu Maribor.

Glavna organizatorja Aleš Arih in Elko Borko sta po posvetu z našo neutrudno članico prof. Zinko Zorko napovedala, da se bomo drugo leto podali v dolino Zilje, in to kot običajno v spremstvu predstavnikov koroških Slovencev. Napoved je požela obilo zadovoljstva, saj so naši strokovni izleti namenjeni predvsem spoznavanju in povezovanju s Slovenci, ki živijo zunaj domovine.



Med obiskom muzeja plebiscita v Libeličah.

Mjanmar – dežela nasprotij

Črt Marinček



Počitniška razmišljanja

Boris Klun

Na počitnicah naj se ne bi premišljevalo, temveč počivalo v pričakovanju lepše prihodnosti in krepitvi duševnih in telesnih sil, kot smo rekli nekoč. Toda urednik pričakuje prispevek, kako bomo končno in dokončno reformirali zdravstvo, in s tem moti moj počitniški mir, zato mi misli raztreseno razmetano in počez potujejo sem in tja, vračajo se na preteklo in poskušajo najti kakšno misel za bodoče.

Da je zdravstvo tik pred razpadom že nekaj let, beremo in poslušamo prav vsak dan. Kot potrošnik, ki se je vrnil po desetih dneh iz UKC, bi lahko povedal prav nasprotno. Strokovno, vljudo, požrtvovalno in uspešno. Ohranjati veselje do dela, znanje in moralo v teh razmerah je več kot presenetljivo. Časopis, ki ga kupujem pretežno zaradi osmrtnic, me opominja na bridkosti, ki se bodo pričela prvega septembra. Napovedi so črne, toda še daleč ne tako kot nekaj strani dalje, kjer berem, da letno v Nemčiji umre 15.000 bolnikov zaradi napačnih diagnoz. Najbrž napačnega zdravljenja. K temu je treba prišteti še mnogokratnik tistih, ki so po sreči in kljub vsemu preživi. Če je res tako, potem so bolnišnice eno najnevarnejših bojišč. V Afganistanu je padlo v nekaj letih 47 nemških vojakov. Kakšen nevaren poklic je biti bolnik in koliko neodkritih, še več pa potencialnih morilcev se sprehaja med nami. Včasih je bil nevaren poklic vojak. General, ki v eni bitki ni izgubil kakih 10.000 vojakov, je bil ob ves ugled. Danes pa za vsakega padlega v Afganistanu nemudoma skličejo izredno sejo Bundestaga, zaradi napačnih diagnoz pa za čuda nikoli, le kakšnega dodatnega varuha bolnikovih pravic so si omislili.

Videti je, da so reforme v zdravstvu zavzele kozmične razsežnosti. Ne le, da skoraj ni države na svetu, ki ne bi reformirala zdravstva, temveč so reforme postale stalnica, vsaka se reformira in nadaljuje v naslednjo. Čeprav je vsem popolnoma jasno, da gre le za denar, ki ga ni, skušajo politiki iskati krivce in vzroke povsod tam, kjer za to ni treba odpreti denarnice. Medicina je bila nekoč, že davno tega, preprosta zadeva. Nasproti sta si stala zdravnik in bolnik. Navadno eden v vertikali in drugi v horizontali. Videla sta se in se odlično razumela, čeprav zdravnik bolniku ni mogel kaj prida pomagati, toda bolnik mu je zaupal. Bila sta prava partnerja v procesu zdravljenja, kot pravimo danes, čeprav se jima o tej učenosti ni niti sanjalo. Kar nekaj stoletij je bilo tako, potem pa so se začeli postopoma vrivati med njiju nepoklicani. Zavodi, »krankenkase«, zavarovalnice, napotnice, politiki in ne nazadnje tudi tako imenovani mediji. Vse pod geslom »zdravstveno varstvo po načelu vzajemnosti in solidarnosti«. Tako se je razdalja med bolnikom in zdravnikom čedalje bolj večala in nazadnje se nista več videla. Takrat smo izumili slogan, da je bolnik postal samo številka, kar je do neke mere povsem res, saj ga je bilo treba oštevilčiti, sicer ga v birokratski zmedi sploh ne bi več našli. Izguba osebnega stika med bolnikom in zdravnikom pomeni tudi izgubo zaupanja, s tem

pa tudi poglobljenega odnosa z bolnikom, ki ga nekateri morda niti ne pričakujejo več. Na obeh straneh. Bolnik pride k specialistu družinske medicine po napotnico. Slednji je kvalificiran, izprašan in licenciran in za svojo izobrazbo je porabil dvajset let, vendar bolnik pogosto želi opraviti naglo, prišel je samo po napotnico in ne želi biti nadlegovan z nepotrebni vprašanji in neredko se tudi zdravnik obnaša enako.

Kljub vsem drugačnim naporom pa zdravstvo čudežno še deluje in za to ponuja nešteto dokazov. Od podaljševanja življenjske dobe do uspešnega boja z boleznimi, zmanjševanja umrljivosti dojenčkov, in to navkljub vsem oviram, omejitvam in nasprotni propagandi. Pred leti smo ugotovili, da je zdravnikov preveč in da je treba število vpisov na medicinsko fakulteto omejiti. Nekaj let kasneje smo ugotovili, da ni tako in da jih manjka kar nekaj sto. Zaradi tega je bilo treba s stisnjenimi zobmi politike pristati na nadure, saj zakon, ki smo ga sprejeli na istem mestu, določa, koliko sme zdravnik delati. Nato se je nekdo, spet z istega mesta, spomnil, da je treba varčevati, in ugotovil, da se nadure sicer lahko nadaljujejo, ampak ne bodo plačane, kar bi bil lep prihranek. Ko so prizadeti izjavili, da se bodo strogo držali zakona in delali le toliko, kolikor jim dovoljuje zakon, je politika planila v jok, češ delati po zakonu bi pa pomenilo katastrofo za zdravstvo in da bo zdravstvo, ki je tako in tako pred razsulum, zares izdihnilo. Obenem pa je treba ponovno in ob vsaki priložnosti bebasto ponavljati, »da bolnik ne sme biti prikrajšan«. Seveda je prikrajšan že dolgo, že od »ustanovitve« čakalnih vrst dalje. Kar je rafinirano in nemoralno, pa je to, da morajo vse ukrepe, ki jih sprejema nekdo zgoraj, sporočati bolnikom zdravniki spodaj. O vsem odloča le politika, ki pa ne prevzema nobene odgovornosti in ni se še zgodilo, da bi odstopil predsednik tega ali onega odbora, komisije ali direktorata zaradi napačnih odločitev.

Nedavno je bil v ZDA sprejet zakon o zdravstveni reformi, ki je komaj in le z nekaj politično-ortopedskimi poskoki uspel priti skozi senat. Glavni ali eden glavnih razlogov opozicije je bil, da »ne bom več mogel do zdravnika«. Bistvo problemov je seveda drugje. Reforme zdravstva so posledica pomanjkanja denarja. Zelo prozaično in to vemo vsi. Vsi ukrepi, ki jih sprejemajo različni forumi, komisije in ministrstva, pa se zatekajo k znani recepturi: iskanju notranjih rezerv, zmanjševanju števila zaposlenih, če je le kako mogoče, zniževanju plač in, kar je bolj pripravno, zmanjševanju nadur, kamor spadajo tudi dežurstva.

Medicina je postala draga in uspešna. Življenjska doba se podaljšuje, menda za tri mesece vsako leto. Do nedavnega se politika v to ni vtikala, trdila je celo, da se to dogaja po njihovi zaslugi. Pojavljali so se glasovi, naj se v prihodnosti podaljša življenjska doba na 100 ali morda 110 let, v daljni prihodnosti pa na 150. Videti je, da je to z remontom organizma (nadomestni deli, transplant) postalo zares možno. Pojavil se je že nov izraz

za vedo, ki je na pohodu že nekaj časa: kiborgizacija. Cyborg, bastardni akronim iz **Cybernetic Organism**, je nov izraz za (še vedno) človeka, ki mu mehanične ali elektronske naprave usmerjajo ali vodijo nekatere fiziološke funkcije. Ta prepletenost medicine in tehnike pa bo ustvarjala mogočne korporacije mehanično-elektronske infrastrukture, ki jih v tekmi za dobičke ne bo mogla ustaviti nobena politika ali zakonodaja.

Danes je razmerje med delovno dobo in nedelovno dobo še 1 : 1. Težko si je predstavljati, da bo nekdo po 40 letih dela zaslužil toliko, da bo dobival zadovoljivo rento za dvojni ali celo trojni čas delovne dobe. Ker postaja jasno, da bo podaljševanje življenja zanesljivo povzročilo bankrot države, se že pojavljajo posamezni glasovi, zaenkrat še *a la sordina*. Razmišljanja, ali je koristno uporabljati draga zdravila pri neozdravljivo bolnih, vstavljati kolčne proteze bolnikom, ki so stari 80 let ali več, in celo, ali naj se popravljajo zobje (čeprav jih navadno ni veliko) v tej starosti, so postala vse bolj glasna tam, kjer je zdravstvena oskrba dobra in seveda draga. V Nigru teh problemov ne poznajo.

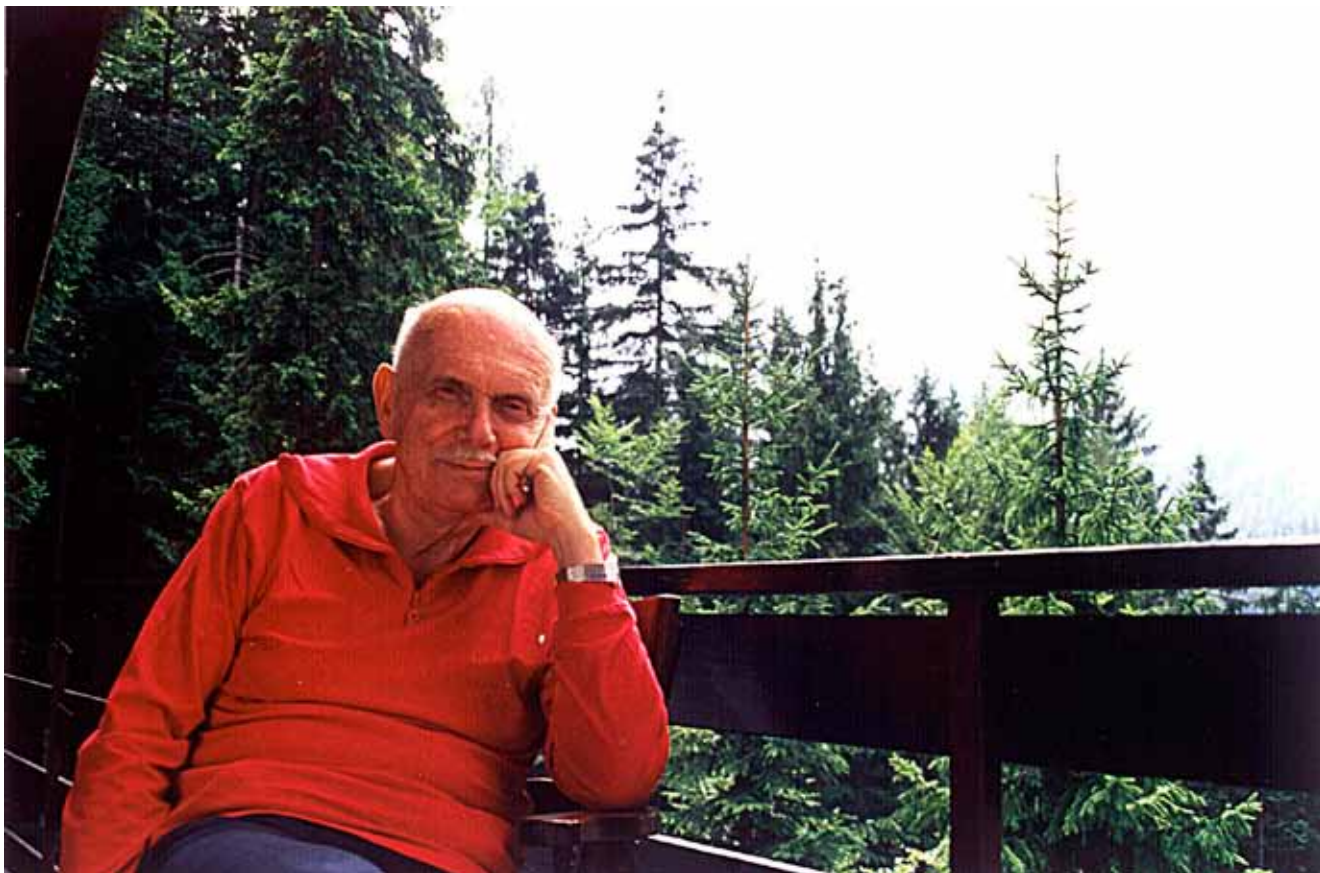
Danes vemo, da je za plačnika bolnik v zadnjih mesecih življenja najdražji in da porabi več denarja kot vse življenje pred tem. Pred kakimi desetimi leti je ameriški avtor, neki D. Callahan v *The New England Journal of Medicine* objavil članek, v katerem razmišlja takole. Smrt je dogodek, ki se zgodi, ko

nekdo ni izpolnil tega, kar je značilno za človeka: učiti se, delati, se razmnoževati, vzgojiti otroke in doživeti, da so usposobljeni za neodvisne odrasle. Za izpolnitev teh nalog bi zadostovalo kakih 65 let, čeprav bi nekateri, dodaja, radi živeli dlje. Sam je bil takrat star 69 let. Zanimivo razmišljanje; recept je preprost, le izvedba bi bila težavna.

Skrajno levo usmerjeni francoski intelektualec Paul Nizan, Sartrov prijatelj, je odšel v Sovjetsko zvezo, da bi našel odgovor na vprašanje, ali je po revoluciji strah pred smrtjo tam izginil. Izhajal je iz razmišljanja, da je človek, ki deluje in misli, del množice, na katero prenaša svojo dejavnost in védenje in to, kar mora množici koristiti, bo ta sprejela in s tem nadaljevala. Sklepal je, da bi se s tem pogledi na smrt morali spremeniti, saj bi strah pred smrtjo postal odvečen. Zelo razočaran se je vrnil iz Sovjetske zveze.

Če se povrnemo nazaj. Pravega recepta danes nima nihče. Zanesljivo je samo eno. Gneča je prevelika, generacijska solidarnost bo prej ali slej padla. Bogati, vplivni in močni bodo pridobili, na račun revnih in slabotnih. Etiko bo treba prilagoditi novim zahtevam časa. Nekateri trendi so že vidni.

Medicina pa postaja fantomska bolečina politike.



The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

The Isis Journal is issued on the first day of each month. The annual subscription for non-members is 49,20 EUR. A single issue costs 4,10 EUR. The tax is included in price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles. Printed 8500 copies. Postage for the Journal Isis paid at the 1102 Ljubljana post office.

The name of the journal is by the Isis, an Egyptian goddess, of all the gods and goddesses. The legend describes her as both the sister and the wife of Osiris, the first king in history. Isis had healing powers. She could also give new life into the body with her wings. According to the legend, her power extended all over the world. Each person is a drop of her blood. She was considered as the founder of medicine. A detail on a granite sarcophagus of Ramses III from the XXth dynasty shows her as a symbolic picture. This image and her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people, the drops of blood from the goddess Isis.

The President of the Medical Chamber

Prim. **Gordana Kalan Živčec**, M. D.

gordana.kalan-zivcece@zzs-mcs.si

The vice-presidents of the Medical Chamber

Prof. **Mitja Košnik**, M. D., Ph. D.

Sabina Markoli, D. M. D.

The President of the Assembly

Uršula Salobir Gajšek, M. D.

The vice-president of the Assembly

Diana Terlevič Dabič, D. M. D.

Executive board of the Medical Chamber of Slovenia

The president of the Educational council

Prof. **Matija Horvat**, M. D., Ph. D.

The president of the Professional medical committee

Prof. **Radovan Hojs**, M. D., Ph. D.

The president of the Primary health care committee

Assist. **Antonija Poplas Susič**, M. D., Ph. D.

The president of the Hospital health care committee

Prof. **Mitja Košnik**, M. D., Ph. D.

The president of the Dentistry health care committee

Sabina Markoli, D. M. D.

The president of the Legal-ethical committee

Prim. assist. **Danica Rotar Pavlič**, M. D., Ph. D.

The president of the Social-economic committee

Jana Wahl, M. D., M. Sc.

The president of the Private practice committee

Prim. assist. **Dean Klančič**, M. D.

Public Relations Department

Valentin Hajdinjak, B. Sc.

Legal and General Affairs Department

Vesna Habe Pranjič, L. L. B.

Finance and Accounting Department

Jožica Osolnik, Econ.

Health Economics, Planning and Analysis Department

Nika Sokolič, B. Sc. Econ.

Training and Professional Supervision Department

Mojca Vrečar, M. B. A.



Tasks

The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists. Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.

The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:

Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.

Maintaining a register of members and issuing membership cards.

Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.

Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.

Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.

Organising professional seminars, meetings and other types of professional medical development.

The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia.

Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.

Determining doctors' fees and

The Medical Chamber Of Slovenia

Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province. The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

participating in agreeing the prices of health care services.

Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.

Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional salaries.

Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.

Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.

Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.

Assisting members to find suitable locums during their absence.

Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.

Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.

Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.

Monitoring alternative methods of treatment.

Detering prohibited and unacceptable medical practices.

Providing a free permanent consulting service to members.

Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.