

ISIS



Zapleti v odnosih med medicino in pravom

Matija Horvat

Zdravniška zbornica je bila ustanovljena zaradi strokovnega in organizacijskega urejanja enega najbolj občutljivih poklicev. Med drugim skrbi tudi za neprekinjeno in kakovostno diplomsko usposabljanje ter izobraževanje zdravnikov. Skrbimo za nadomeščanje upokojenih kadrov, za njihovo primerno teritorialno razporeditev ter v naših možnostih tudi za postopno doseganje z evropskimi standardi primerljive preskrbljenosti s specialisti. Vsebine specializacij sproti posodabljam. Zaradi pomanjkanja zdravnikov je v Sloveniji zelo pomembno pravilno usmerjanje mladih v specializacije. Kolikor je le mogoče z izvajanjem uveljavljenega sistema zagotavljanja kakovosti, spremljamo razvoj in delo posameznega specializanta. Vsega tega dela seveda zbornica ne more opraviti brez vsestranskega sodelovanja številnih strokovnjakov: koordinatorjev in nadzornikov specializacij, glavnih mentorjev, predsednikov in članov izpitnih komisij ter večine slovenskih zdravnikov, ki prevzemajo naloge neposrednih mentorjev. Pri izbiri kandidatov za specializacije vedno soodloča koordinator specializacije. V primeru večjega števila kandidatov za določeno specializacijo od razpisanih mest, izbiro opravi komisija, sestavljena iz koordinatorja specializacije, predstavnika regije, za katero bo delal specializant, in predstavnika Sveta za izobraževanje pri zbornici.

Uvedli smo natančen, maksimalno objektivni, strokovno in tudi človeško vsestransko podprt sprejemni postopek.

Seveda se nekateri direktorji zdravstvenih zavodov, ki imajo pred očmi samo »svoj« zavod, še niso povsem sprijaznili s tem, v dobršni meri centraliziranim usmerjanjem in vodenjem specializacij in si želijo nazaj star sistem, v katerem so neovirano krojili usodo »svojih« specializantov, ki so jim bili že od same kandidature in vstopa v specialistično usposabljanje izročeni na milost in nemilost. Sedanji sistem specializacij se je že dovolj izkazal, nasprotniki ne premorejo niti enega omembe vrednega argumenta, zato jih je vse manj.

Nevarnosti pretijo z druge strani, tiste, pri kateri bi morali imeti kar največ podpore. V mislih imam »pravni formalizem«. Izraz je uporabil dr. Boštjan M. Zupančič, sodnik Evropskega sodišča za človekove pravice v Strasbourgu, v intervjuju na TV SLO 1, dne 2. januarja 2011.

S pošastjo pravnega formalizma smo se že večkrat srečali. Kako deluje, bomo prikazali na konkretnem primeru.

Če se prijavi več kandidatov, kot je razpisanih specializantskih mest, komisija opravi točkovanje kandidata. Točke kandidat pridobi iz več naslovov: povprečna ocena pri dodiplomskem študiju, ocenjuje se praksa, strokovne publikacije, predavanja, priporočila mentorjev, razgovor.

Pozorni smo postali na pomembno podrobnost: starost kandidata. Razumljivo, da si želimo čim mlajše specializante, saj bodo ti od končanega usposabljanja do upokojitve dalj časa opravljali poklic. Dodatno: razpis, ki ne upošteva časa, ki je potekel od diplome na medicinski fakulteti do prijave na specializacijo, je nepravilčen do mlajših kandidatov. Ti niso imeli dovolj časa za pridobivanje točk iz strokovnih publikacij, iz prakse in še drugih kriterijev, zato so bili na slabšem od kolegov, ki so imeli za te točke na razpolago več časa.

Primer: na enem od razpisov je pridobila veliko točkovno prednost pred ostalimi kandidati 43-letna kolegica z doktoratom znanosti s področja, ki je bilo strokovno zelo oddaljeno od nameravane specializacije.

Zaradi tega smo pred enim od razpisov sprejeli kriterij, ki je upošteval kandidatovo starost. Kandidati, mlajši od 35 let, so za vsako leto pridobili pozitivno točko, starejši pa negativno. Pri večini kandidatov je bil izbirni postopek že zaključen, ko je kot strela z jasnega neba prišlo do razveljavitve »kriterija let«. Povod za ta nenavaden poseg (sredi postopkov!) so bile vse intenzivnejše pripombe pravnikov, češ da je razlikovanje kandidatov po starosti protiustavno.



In tako se je zamenjal vrstni red dveh kandidatov za isto specializacijo. Zato smo ponovno pregledali vso dokumentacijo obeh kandidatov. Ugotovili smo, da pri prvotnem izbirnem postopku pri kandidatki, ki je izpadla po razveljavitvi »kriterija let«, nismo upoštevali predloženega vabila na strokovno srečanje, na katerem naj bi imela dve strokovni predavanji. Vabilo naj še ne bi pomenilo, da je bilo predavanje dejansko izvedeno. Preverjanja zbornica ni izvedla, saj je bila kandidatka zaradi tedaj veljavnega »kriterija let« izbrana tudi brez točk, ki bi ji jih prinesli omenjeni predavanji. Sedaj smo zadevo preverili, ugotovili, da je kandidatka v resnici opravila ti dve predavanji, in pridobljene točke so ji znova prinesle prednost.

Neizbrani kandidat se je pritožil na Ministrstvo za zdravje in s pritožbo uspel. Citirajmo bistveni del odločbe ministrstva: »Glede na to, da dokazila o ocenjevanju izbirnih meril niso obvezna priloga k vlogi in se vloga brez njih ne šteje za nepopolno in glede na to, da je v razpisu izrecno zapisano, da Zbornica kandidatov ne bo pozivala na dopolnitev s temi dokazili, Ministrstvo ugotavlja, da Zbornica ne bi smela izvesti dopolnilnega postopka in omogočiti protikandidatki pridobitev ustreznih dokazil«.

Zelo se izogibam ocenjevanju odločitev strokovnjakov drugih strok. Kljub temu je zame taka odločitev birokratska in kljub verjetni oblikovni pravilnosti, nepravilna. Naravnost je nasprotovala cilju izbirnega postopka, ki je izbira strokovno primernejšega kandidata za specializacijo.

Zdravniki smo sicer v težnji po objektivnosti izbire kandidatov verjetno preveč aktivni pri raznih točkovanjih, pravniki pa so šli še korak naprej in zahtevajo še ocenjevanje posameznih odgovorov kandidatov med razgovorom. Točkovanje nad vse in za vsako ceno pomeni, da bomo kmalu prepustili izbiranje

kandidatov za specializacije računalniku, strokovna komisija bo samo moteča, torej odveč.

Izkušnja me uči, da naj bom s točkovanji in »objektivnimi merili« previden. Leta 1981 se je odpravila vsa jugoslovanska (seveda predvsem slovenska) alpinistična elita na osvajanje južne stene himalajskega velikana Lhotseja (8511 m), ki je bila takrat največji alpinistični izziv na svetu. Kandidate za odpravo je Komisija za odprave v tuja gorstva izbirala na osnovi točk, ki so jih alpinisti dosegli v zadnjih dveh letih pred odpravo. Vsi vzponi, zimski in letni, so bili točkovani. Mislim, da je bila večina moštva izbranega po teh točkah. Prisotna je bila tudi modrost: vodji odprave, Alešu Kunaverju, so prepustili, da si lahko nekaj članov izbere po svojem okusu, tudi če niso dosegli minimalne točkovne vsote. Rezultata na terenu se živo spominjam: vsi alpinisti brez zahtevanih točk (tudi Nejc Zaplotnik je bil med njimi) so dosegli največ, kar se je dalo med neprestanim sneženjem in plazovi, nekateri z velikim številom točk pa so se komaj odpravili iz baznega tabora.

Ta primer lepo prikaže, kaj pomeni zaupanje v poštenost in presojo strokovnjaka. Aleš je to vsekakor bil na področju alpinizma in vodenja odprav. Če hočemo napredovati v medicini (pa tudi na vseh drugih področjih), moramo brezpogojno zaupati presoji izbranega strokovnjaka – dokler nas ne razočara po strokovni ali moralni strani. Takrat mu je treba takoj pokazati vrata in mu ne ponujati »druge prilike«.

Zdravniki in pravniki moramo zasledovati skupni cilj: strokovno in etično vzgledno obravnavo slovenskih bolnikov. Zaradi tega se bomo morali večkrat sestati na vseh ravneh in vedno sproti odstranjevati vsebinska in oblikovna neskladja. Le na ta način bomo dosegli cilje, o katerih sem nekaj povedal v prvih odstavkih.



V STISKI NISI SAM!

Anonimna telefonska številka za zdravnike v stiski:

01 307 2222

vsak ponedeljek in četrtek
od 15. do 16. ure.



Avtorica fotografije: Jolanda Kofol
 Avtor logotipa: Primož Kalan
 Oblikovanje naslovnice: Andrej Schulz

■ UVODNIK

Zapleti v odnosih med medicino in pravom 3
Matija Horvat

■ ZBORNICA

Iz dela zbornice 9

■ PERSONALIA

Izvolitve v učiteljske naslove na
 Medicinski fakulteti v Ljubljani 11

Doseženi doktorski naslovi na
 Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani 11

Dosežen doktorski naslov na
 Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru 13

Doseženi magistrski naslovi na
 Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani 13

Opravljeni specialistični izpiti 14

■ IZ EVROPE

Ali je smrt osnovna človekova pravica 16
Boris Klun

■ ZDRAVSTVO

Obvladovanje izrednih dogodkov:
 komuniciranje s pacienti in mediji ob pojavih
 napak in zapletov pri izvajanju zdravstvenih storitev 17
Valentin Hajdinjak

Problematika nadaljevanja stalne
 terapije pri sprejemu pacientov v bolnišnico 21
Anton Gradišek, Olivera Masten Cuznar

Evropski parlament potrdil direktivo EU o pravicah
 pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva 23
Marta Brečko Vrbovnik

Podjetje Audax je Katedri za zobno in čeljustno ortopedijo
 podarilo sodobno računalniško opremo 26
Maja Ovsenik

■ FORUM

Selitev Inštituta za varovanje zdravja v nove prostore (Isis,
 januar 2011, Forum) 28
Rade Pribakovič, Lucija Perharič, Evita Leskovšek

(Ne)varnost cepljenja 29

Miloš Židanik

Izzivi slovenskega zdravstva II 32

Nina Mazi

■ INTERVJU

Kako smo uresničevali sodelovanje
 med medicinskimi sestrami in zdravniki 37

Veronika Pretnar Kunstek in Pavle Kornhauser

■ IZ ZGODOVINE MEDICINE

Prvi učitelj oftalmologije na
 popolni Medicinski fakulteti, prof. dr. Leopold Ješe 42

Gorazd Kolar

■ ZANIMIVO

Nagradili »očeta« štirih milijonov otrok 45

Milica Gregorič Kramberger

Zagotovimo našim otrokom mladost brez
 poniževalnega telesnega in duševnega kaznovanja 46

Milan Štrukelj

Širjenje slovenske umetnosti in znanja na Dunaj 48

Milka Hudobnik

Žar jekla – martinarna Jesenice 50

Željko Jakelič

■ MEDICINA

Zgodnja paliativna oskrba bolnikov z
 metastatskim pljučnim rakom – konec obdobja »izbire«? 53

Urška Lunder

Osnovni tečaj tehnike ravnega loka 55

Boštjan Lavriša

Individualno zdravljenje 56

Elizabeta Zaletel

XII. Fajdigovi dnevi 59

Nataša Kern

Najbolj vroče teme v neonatologiji 60

Štefan Grosek

Zdravljenje kronične nemaligne bolečine z opiodi –
 dobra praksa, pasti in zanke 64

Slavica Lahajnar Čavlovič, Mateja Lopuh



Pošljite nam medicinsko fotografijo, ki bo polepšala naslovnico Izide

Spoštovani zdravniki in zobozdravniki, bralci revije Isis,

v prihodnje bomo na naslovnica objavljali estetsko zanimive medicinske fotografije (npr. zanimiv detalj iz ordinacije ali operacijskega polja, barvno lep tomogram ali mikrofotografija ...), zato vas vabimo, da nam fotografije, skupaj s kratkim opisom, pošljete do 5. v mesecu na naslov isis@zzs-mcs.si. Uredniški odbor bo na svojem vsakomesečnem sestanku izbral zmagovalno fotografijo, ki bo krasila naslednjo številko Izide.

Vabljeni k sodelovanju!

■ STROKOVNE PUBLIKACIJE

Izbrana poglavja iz nevrokirurgije 68
Kazimir Miksič

■ OBLETNICA

Dr. Karel Petrič (1900–1944),
eden pionirjev slovenskega javnega zdravstva 70
Zvonka Zupanič Slavec, Ksenija Slavec

■ S KNJIŽNE POLICE

Wilhelm Baum (izdajatelj):
Kot ptič, zaprt v kletki. Dnevnik Tomaža Olipa 76
Marjan Kordaš

■ STROKOVNA SREČANJA 79

■ MALI OGLASI 87

■ ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

Slovesnost ob 35-letnici nove stavbe UKC Ljubljana in ob
božično-novoletnih praznikih 89
Zvonka Zupanič Slavec, Marko Slavec

Sprašujem 92
Draženka Latinovič

Vse, kar delaš 92
Draženka Latinovič

Stvarnikova radodarna roka 92
Draženka Latinovič

Če ljubiš človeka 92
Draženka Latinovič

Poet 93
Andrej Rant

Snežak 93
Andrej Rant

Sneg 93
Andrej Rant

Snežinke 93
Andrej Rant

Kratki aforizmi v beli halji z geografskim poreklom 93
Janez Tomažič

Iz vsakdanjega življenja Indije 94
Urška Gantar Rott

Najbolj vroče teme v neonatologiji

Štefan Grosek



Slovesnost ob 35-letnici nove stavbe UKC Ljubljana in ob božično-novoletnih praznikih

Zvonka Zupanič Slavec, Marko Slavec



10. državno prvenstvo za zdravnike in zobozdravnike 96
Branko Košir

■ ZAVODNIK

Koliko zobozdravstva za 45 evrov letno 98
Vito Vrbič

Impressum

LETO XX., ŠT. 2, 1. februar 2011
natisnjeno 8600 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
Dunajska cesta 162, p. p. 439,
1102 Ljubljana
W: <http://www.zdravnikazbornica.si>
T: 01/ 30 72 100, F: 01/ 30 72 109
E: gp.zzs@zss-mcs.si
Transakcijski račun: 02014-0014268276

PREDSEDNICA / PRESIDENT

prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med.

UREDNIŠTVO / EDITORIAL OFFICE

Dunajska cesta 162, p. p. 439,
1102 Ljubljana
W: <http://www.zdravnikazbornica.si>
Isis online: ISSN 1581-1611
T: 01/ 30 72 152, F: 01/ 30 72 109
E: isis@zss-mcs.si

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

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

TEHNIČNA UREDNICA, LEKTORICA / EDITOR, REVISION

Marta Brečko Vrhovnik, univ. dipl. slov.
E: marta.brecko@zss-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. Cr. Tr Mariniček, dr. med.
asist. mag. Marko Pokorn, dr. med.
prim. doc. 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, Marko Mastnak,
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
Dunajska cesta 162, p. p. 1630,
1001 Ljubljana
T: 01/ 30 72 152, F: 01/ 30 72 109
E: isis@zss-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, Dunajska cesta 162,
1102 Ljubljana

Navodila avtorjem

Rok oddaje vseh prispevkov za objavo v
reviji Isis je do 5. v mesecu za naslednji
meseč. 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
tujejezičnim besedam in besednim
zvezam. Če ni mogoče najti slovenske
ustrezne, 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,
pripisite 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

Sodelovali

Marta Brečko Vrhovnik, univ.
dipl. slov., Zdravniška zbornica
Slovenije • **Urška Gantar Rott**,
dr. med., Ljubljana • **Prim. mag.**
Anton Gradišek, dr. med., Dagra, d.
o. o., Ljubljana • **Milica Gregorič**
Kramberger, dr. med., Univerzitetni
klinični center Ljubljana, SPS
Nevrološka klinika • **Doc. dr. Štefan**
Grosek, dr. med., Univerzitetni
klinični center Ljubljana, KO
za otroško kirurgijo in otroško
terapijo • **Valentin Hajdinjak**,
univ. dipl. ekon., Zdravniška
zbornica Slovenije • **Akad. prof.**
dr. Matija Horvat, dr. med., višji
svetnik, Zdravniška zbornica
Slovenije • **Milka Hudobnik**,
Slovenski znanstveni inštitut na
Dunaju • **Mag. Željko B. Jakelič**,
dr. dent. med., Zasebna ordinacija
Jakelič, Jesenice • **Nataša Kern**, dr.
med., ZD Kranj • **Prof. dr. Boris**
Klun, dr. med., Ljubljana • **Izr.**
prof. dr. Gorazd Kolar, dr. med.,
Ljubljana • **Akad. prof. dr. Marjan**
Kordaš, dr. med., Ljubljana • **Prim.**
izr. prof. Pavle Kornhauser, dr.
med., Ljubljana • **Branko Košir**,
dr. med., Ambulanta Košir, d.
o. o., Železniki • **Prim. mag.**
Slavica Lahajnar Čavlovič,
dr. med., Onkološki inštitut
Ljubljana • **Draženka Latinovič**, dr.
med., ZD Slovenj Gradec • **Boštjan**
Lavriša, dr. dent. med., Zdravstveni
dom, Zobozdravstveno varstvo Nova
Gorica • **Asist. Evita Leskovšek**,
dr. med., Inštitut za varovanje zdravja

RS • **Asist. mag. Mateja Lopuh**,
dr. med., SB Jesenice • **Asist.**
Urška Lunder, dr. med., Bolnišnica
Golnik, Univerzitetna klinika za
pljučne bolezni in alergijo • **Mag.**
Olivera Masten Cuznar, dr. med.,
ZZZZ • **Mag. Nina Mazi**, dr. med.,
Ljubljana • **Medicinska fakulteta**
Univerze v Ljubljani • **Medicinska**
fakulteta Univerze v
Mariboru • **Izr. prof. dr. Kazimir**
Miksić, dr. med., višji svetnik,
Maribor • **Doc. dr. Maja Ovsenik**,
dr. dent. med., Univerzitetni
klinični center, SPS Stomatološka
klinika • **Mag. Lucija Perharič**, dr.
med., Inštitut za varovanje zdravja
RS • **Veronika Pretnar Kunstek**, v.
m. s., Ljubljana • **Rade Pribaković**,
dr. med., Inštitut za varovanje
zdravja RS • **Andrej Rant**, dr.
dent. med., Ljubljana • **Ksenija**
Slavec, Kranj • **Marko Slavec**,
Kranj • **Dr. Milan Štrukelj**, dr.
med., Mavčiče • **Prof. dr. Janez**
Tomažič, dr. med., Univerzitetni
klinični center Ljubljana, Klinika
za infekcijske bolezni in vročinska
stanja • **Prof. dr. Vito Vrbič**, dr.
dent. med., Ljubljana • **Elizabeta**
Zaletel, dr. dent. med., Orthos,
Ljubljana • **Prof. dr. Zvonka**
Zupanič Slavec, dr. med.,
Medicinska fakulteta Univerze v
Ljubljani, Inštitut za zgodovino
medicinske • **Asist. mag. Miloš**
Židanik, dr. med., Zdravstveni zavod
Vaše zdravje

Iz dela zbornice

Zdravniška zbornica Slovenije na predlog predsednice uvedla zunanjo revizijo finančnega poslovanja

Izvršilni odbor Zdravniške zbornice Slovenije je na predlog predsednice prim. Gordane Kalan Živčec, dr. med., soglasno sprejel sklep, da pristopi k zunanji reviziji finančnega poslovanja Zdravniške zbornice Slovenije v obdobju 2004-2010.

Izvršilni odbor želi na ta način pridobiti objektivno presojo finančnega poslovanja zbornice v skladu z revizijskimi standardi, v obdobju od zadnje opravljene revizije do danes.

Zdravniška zbornica Slovenije je v obdobju aktualne predsednice poslovala zakonito in gospodarno ter izvedla številne projekte, vključno z izgradnjo zdravniškega doma Domus Medica in same preselitve. Namen predlagane revizije je seznanitev članstva z zunanjo objektivno presojo poslovanja stanovske organizacije ter da se na ta način utemeljeno ovrže vsakršne dvome oziroma očitke, ki bi se v povezavi s tem pojavili med članstvom.

Izvršilni odbor pa je sprejel tudi sklep, da pozove revizijsko hišo, ki je pred leti že izvedla zunanjo revizijo, da zbornici posreduje celotno revizijsko poročilo, saj z njim na sedežu stanovske organizacije zdravnikov in zobozdravnikov ne razpolagamo.

Predsednica zbornice ponovno pozvala ministra za zdravje, da posreduje izhodišča za zdravstveno reformo

Predsednica Zdravniške zbornice Slovenije prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med., je v pismu ministra za

zdravje Dorjana Marušiča pozvala, da zbornici posreduje izhodišča za pripravo predloga Zakona o zdravstveni dejavnosti in predloga Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, na podlagi katerih namerava pripraviti spremembo zdravstvene zakonodaje. Izrazila je pričakovanje, da bo zbornica kot stanovska organizacija slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov že na samem začetku vključena v proces priprave vseh temeljnih dokumentov zdravstvene reforme.

V zadnjem času je bilo namreč iz medijev razbrati, da se Ministrstvo za zdravje aktivno ukvarja s pripravo napovedane zdravstvene reforme.

O sami vsebini novel obeh zakonov Zdravniška zbornica Slovenija doslej ni bila neposredno in uradno obveščena. O smereh oziroma napovedanih poudarkih zdravstvene reforme smo bili tako obveščeni zgolj iz poročanja medijev.

»Zdravniška zbornica Slovenije je v vseh teh letih s svojim znanjem in izkušnjami aktivno sodelovala pri pripravi zakonodaje s tega področja, kar se je nato kot zelo dobro pokazalo tudi pri izvajanju uveljavljenih zakonov. Še vedno pa je boleča izkušnja iz začetka tega mandata, ko smo bili kot stanovska organizacija izključeni iz sodelovanja pri pripravi zakonodaje. Rezultat tega je, da pripravljenih zakonov ni mogoče niti izvajati, njihova vsebina pa je pogosto celo v nasprotju s potrebami bolnikov,« je predsednica zapisala v pismu ministru.

Od ministra zato pričakuje, da bo kot minister, ki je odgovoren za organizacijo in delovanje zdravstvenega sistema, zdravniške organizacije povabil k sodelovanju, da bi s skupnimi močmi, znanjem in izkušnjami oblikovali tak predlog zakonodaje, ki bo omogočal dostopen, delujoč, varen in kakovosten zdravstveni sistem.

Ob tem še dodajmo, da na upravnem sodišču v Ljubljani še vedno ni dobil epiloga upravni spor, ki ga je zoper odločbo Informacijske pooblaščenke sprožilo Ministrstvo za zdravje. Informacijska pooblaščenka je namreč 17. novembra 2009 izdala odločbo, s katero je Ministrstvu za zdravje naložila, da Zdravniški zbornici Slovenije v roku petnajstih dni posreduje fotokopijo ali elektronski zapis verzije predloga Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Informacijska pooblaščenka je tedaj ugotovila, da je bila pritožba zbornice na zavrnilno odločbo Ministrstva za zdravje utemeljena ter da je slednje na prvi stopnji napačno uporabilo materialno pravo.

Podaljšanje zdravniške licence

Članice in člani Zdravniške zbornice Slovenije, predvsem tiste, ki boste svojo zdravniško licenco podaljševali prvič, želimo spomniti, da morajo biti v skladu s **Pravilnikom o zdravniških licencah (Ur. l. RS, št. 109/1999, 107/2000, 45/2002, 44/2004, 136/2006, 25/2010)** za podaljšanje licence izpolnjeni naslednji pogoji:

- Strokovna usposobljenost zdravnika se za sedemletno licenčno obdobje ugotavlja s kreditnimi točkami, ki jih pridobi zdravnik s stalnim podiplomskim izpopolnjevanjem v tem obdobju. **Če zdravnik ne pridobi potrebnega števila kreditnih točk za podaljšanje licence, mora opraviti preizkus strokovne usposobljenosti.**
- Za podaljšanje licence mora zdravnik v preteklem sedemletnem licenčnem obdobju zbrati najmanj 75 kreditnih točk v skladu z določili tega pravilnika. **V kolikor v tem obdobju ne opravlja zdravniške prakse v polni delovni obveznosti, mu zbornica za podaljšanje licence lahko**

predpiše posebne pogoje v obliki dodatnega strokovnega izpopolnjevanja.

- Stanje kreditnih točk lahko neposredno preverite na intranetnem portalu Zdravniške zbornice Slovenije. Za vstop v intranetni portal potrebujete uporabniško ime in geslo. Če ju nimate, ste ju pozabili ali imate težave pri vstopanju v intranet, se obrnite na Milana Kokalja (e-pošta: milan.kokalj@zzs-mcs.si), ki vam bo pomagal oziroma kreiral novo geslo.

Objavljen odprt javni razpis specializacij

Zdravniška zbornica Slovenije je na podlagi 18. člena Zakona o zdravniški službi in na podlagi prvega odstavka 11. člena Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov na svojih spletnih straneh objavila odprt javni razpis specializacij za posamezna specialistična področja za potrebe javne zdravstvene mreže za mesec januar 2011.

V skladu z določili Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij in besedilom javnega razpisa specializacij za potrebe javne zdravstvene mreže, objavljenega dne 29. 11. 2010 na spletnih straneh Zdravniške zbornice Slovenije, ostane navedeni razpis specializacij za vse nezasedene specializacije odprt do popolnitve prostih mest.

Zbornica začne postopek odobritve prispelih vlog za nezasedene specializacije v posameznih regijah vsak deveti dan v mesecu. Če je deveti dan v mesecu nedelja ali praznik ali dela prost dan, se o vlogah odloča prvi naslednji delovni dan. V mesecu februarju 2011 bodo upoštewane vse priporočene poslane vloge, ki bodo prispele na Zdravniško zbornico Slovenije do vključno 9. 2. 2011. Javno odpiranje vlog bo 10. 2. 2011 ob 9. uri.

Na isti spletni strani je objavljen tudi javni razpis specializacij zdravnikov za posamezna specialistična področja z znanim plačnikom.

Znižana članarina za upokojene zdravnike in zobozdravnike, ki ne opravljajo zdravniške dejavnosti

V prejšnji številki revije Isis in v tedenskem biltenu smo vas že obvestili, da je na pobudo iniciativne skupine upokojenih zdravnikov Zdravniške zbornice Slovenije skupščina zbornice na svoji zadnji seji sprejela sklep o diferencirani članarini za upokojene zdravnike za leto 2011. To pomeni, da se bo letna članarina za upokojene zdravnike, ki nimajo vira dohodka z dodatnim delom kot zdravniki, znižala in bo znašala 40 EUR (dobre 3 EUR na mesec), za ostale upokojene zdravnike pa ostaja enaka kot doslej.

Znižano članarino bodo člani Zdravniške zbornice Slovenije lahko uveljavili na podlagi lastnoročno podpisane izjave, da so polno upokojeni in ne opravljajo zdravniške službe. Takšna izjava bo podlaga za izdajo odločbe o znižani članarini. Upokojeni zdravniki oziroma zobozdravniki, ki pa še vedno opravljajo zdravniško oziroma zobozdravniško službo, pa plačajo polno članarino, ki znaša 9 EUR mesečno.

Skupščina je torej sledila pobudi iniciativne skupine upokojenih zdravnikov in jo tudi sprejela, k diferencirani članarini pa je soglasje že podal tudi minister za zdravje. Sedaj čakamo še objavo sklepa v Uradnem listu Republike Slovenije, na podlagi katerega bomo lahko vsem upokojenim članicam in članom poslali dopis z izjavo za uveljavljanje znižane članarine. Pričakujemo, da bo sklep v Uradnem listu Republike Slovenije

objavljen čim prej, da bomo lahko upokojenim zdravnikom in zobozdravnikom poslali dopis in izjavo. Na podlagi izpolnjene in podpisane izjave bomo nato izdali odločbo za znižano članarino za letošnje leto tistim upokojenim članom, ki ne opravljajo več zdravniške dejavnosti.

Zdravniška zbornica Slovenije članarine v letu 2011 ni zvišala in tako ta ostaja na ravni iz preteklih dveh let. Zbornica pa je tudi izpolnila dano obljubo in pristopila k diferencirani članarini za upokojene zdravnike in zobozdravnike. Ministrstvo za zdravje smo pretekli teden tudi uradno pozvali, naj zagotovi čimprejšnjo objavo sklepa v Uradnem listu Republike Slovenije, da bomo lahko izvedli vse potrebne aktivnosti za izdajo odločb o znižani članarini.

Slovenski medicinski e-slovar

Na spletni strani zbornice smo objavili Slovenski medicinski e-slovar oziroma aktivno povezavo do njegovih uradnih strani. Slovar obsega razlago več kot 67.000 gesel in geselskih zvez s področja medicine in sorodnih ved, kot so farmacija, veterina in biologija. Pripravljalo ga je več kot 100 avtorjev, najuglednejših slovenskih strokovnjakov in učiteljev na Medicinski fakulteti v Ljubljani, sofinancira pa ga tudi Zdravniška zbornica Slovenije.

Slovar je odprt in tako brez gesla dostopen vsakemu uporabniku.

Izvolitve v učiteljske naslove na Medicinski fakulteti v Ljubljani

Na seji senata MF UL 19. 10. 2010 je bil izvoljen v naziv:

- prof. dr. **Damjan Glavač**, univ. dipl. kem. – izvolitev v naziv rednega profesorja za področje humana genetika

Na seji senata MF UL 16. II. 2010 je bil izvoljen v naziv:

- viš. znan. sod. dr. **Janez Rozman**, univ. dipl. inž. metal. – izvolitev v naziv znanstvenega svetnika za področje eksperimentalna patološka fiziologija

Na seji senata MF UL dne 22. II. 2010 so bili izvoljeni v naziv

- izr. prof. dr. **Irena Hočvar Boltežar**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv izredne profesorice za področje otorinolaringologija
- doc. dr. **Matjaž Jereb**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv docenta za področje infektivne bolezni in epidemiologija
- doc. dr. **Tatjana Lejko Zupanc**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv docentke za področje infektivne bolezni in epidemiologija

- doc. dr. **Tomaz Marš**, dr. med., univ. dipl. biol. – ponovna izvolitev v naziv docenta za področje patološka fiziologija
- doc. dr. **Tadej Avčič**, dr. med. – izvolitev v naziv izrednega profesorja za področje pediatrija
- doc. dr. **Bojana Pinter**, dr. med. – izvolitev v naziv izredne profesorice za področje ginekologija in porodništvo
- dr. **Simon Podnar**, dr. med. – izvolitev v naziv izrednega profesorja za področje nevrologija
- dr. **Danica Rotar Pavlič**, dr. med. – izvolitev v naziv docentke za področje družinska medicina
- asist. dr. **Katja Zaletel**, dr. med. – izvolitev v naziv docentke za področje interna medicina
- dr. **Simona Kranjc**, univ. dipl. biol. – izvolitev v naziv znanstvene sodelavke za področje onkologija in radioterapija
- asist. dr. **Špela Smrko**, dr. med. – izvolitev v naziv docentke za področje ginekologija in porodništvo
- mag. **Suzana Kert**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje družinska medicina
- asist. dr. **Mojca Mally**, univ. dipl. fiz. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje biofizika

- asist. **Maja Marolt Mušič**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje onkologija in radioterapija
- asist. dr. **Daša Zupančič**, univ. dipl. biol. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje biologija celice
- **Ines Cilenšek**, dr. vet. med. – izvolitev v naziv asistentke za področje histologija in embriologija
- **Jasna Cotič**, dr. dent. med. – izvolitev v naziv asistentke za področje stomatološka protetika
- dr. **Cvetka Grašič Kuhar**, dr. med. – izvolitev v naziv asistentke za področje onkologija in radioterapija
- dr. **Juša Kšela**, dr. med. – izvolitev v naziv asistenta za področje kirurgija
- **Jovana Nikolajević Starčević**, dr. med. – izvolitev v naziv asistentke za področje histologija in embriologija
- dr. **Andraž Perhavec**, dr. med. – izvolitev v naziv asistenta za področje onkologija in radioterapija
- **Janez Rifel**, dr. med. – izvolitev v naziv asistenta za področje družinska medicina
- asist. **Vlasta Gregorc Novšak**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje kirurgija

Doseženi doktorski naslovi na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani

Asist. dr. **Maja Pakiž**, dr. med.

Naslov: »Genska variabilnost v genih ESR1, CYP17, PTPN22 in IL23R kot dejavnik tveganja za razvoj miomov maternice«

Mentor: prof. dr. Igor But
Področje: medicinske vede
Zagovor: 12. 7. 2010

Dr. **Maja Šuštar**, univ. dipl. biol.

Naslov: »Ocena delovanja mrežnice z elektroretinografskim ON/OFF odgovorom, fotopičnim negativnim odgovorom in odgovorom kratkovalovnih čepnic«

Mentor: znanst. svet. dr. Jelka Breclj
Področje: medicinske vede
Zagovor: 15. 7. 2010

Asist. dr. **Petra Zupet**, dr. med., prof. šp. vzg.

Naslov: »Vpliv hipoksije na repolarizacijo prekatov srca in variabilnost srčnega utripa«

Mentor: prof. dr. Žarko Funderle
Področje: medicinske vede
Zagovor: 19. 7. 2010

Dr. **Mojca Mattiuzzi**, univ. dipl. biokem.

Naslov: »Homeostaza bioloških membran v evkariontski celici: vloga fosfolipaze A₂ in cinka«

Mentor: prof. dr. Igor Križaj

Somentor: doc. dr. Uroš Petrovič

Področje: biokemija in molekularna biologija

Zagovor: 20. 7. 2010

Dr. **Melita Rotar**, dr. med.

Naslov: »Značilnosti možganske kapi in motnje delovanja spodnjih sečil«

Mentor: prof. dr. David B. Vodušek

Somentor: prof. dr. Bojan Tršinar

Področje: medicinske vede

Zagovor: 19. 8. 2010

Asist. dr. **Katarina Šurlan Popovič**, dr. med.

Naslov: »CT perfuzijski parametri za spremljanje zdravljenja neoperabilnega ploščatoceličnega karcinoma glave in vratu z radiokemoterapijo«

Mentor: prof. dr. Primož Strojman

Somentor: prof. dr. Vladimir Jevtič

Področje: medicinske vede

Zagovor: 1. 9. 2010

Dr. **Ljubica Petković**, dr. med.

Naslov: »Stimulacija limfocitov T CD8+ z antigeni glive *Cryptococcus neoformans* kot model za proučevanje učinkovitosti cepiva proti kriptokokozi«

Mentor: prof. dr. Alojz Ihan

Somentor: prof. dr. Valentina Arsić Arsenijevič

Področje: medicinske vede

Zagovor: 9. 9. 2010

Asist. dr. **Vladka Salapura**, dr. med.

Naslov: »Vpliv prehodnosti golenskih arterij na prehodnost povrhnje stegen-ske arterije po perkutani transluminalni angioplastiki«

Mentor: prof. dr. Miloš Šurlan

Področje: medicinske vede

Zagovor: 15. 9. 2010

Dr. **Barbara Dariš**, univ. dipl. biol.

Naslov: »Vpliv enodnevnih izpostavljenosti semenčic razmeram in vitro pri postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo na fragmentacijo DNK«

Mentor: prof. dr. Veljko Vlajsavljevič

Področje: medicinske vede

Zagovor: 20. 9. 2010

Dr. **Ivan Žuran**, dr. med.

Naslov: »Intenzivno zdravljenje kritično bolnih z inzulinom – vpliv na arterijski pretok v podlahti«

Mentor: prof. dr. Pavel Poredoš

Področje: medicinske vede

Zagovor: 29. 10. 2010

Dr. **Janet Zimšek Mijovski**, univ. dipl. mikr.

Naslov: »Opredelitev molekularno epidemioloških značilnosti človeških kalicivirusov v Sloveniji«

Mentor: prof. dr. Srečko Koren

Področje: mikrobiologija

Zagovor: 11. 10. 2010

Dr. **Adela Fratnik Steyer**, univ. dipl. mikr.

Naslov: »Neposredno dokazovanje ptičjih paramiksovirusov tipa 1«

Mentor: prof. dr. Darja Barlič Maganja

Somentor: prof. dr. Olga Zorman Rojs

Področje: mikrobiologija

Zagovor: 18. 10. 2010

Asist. dr. **Matic Meglič**, dr. med.

Naslov: »Informacijska rešitev za upravljanje procesa oskrbe bolnikov z depresijo za doseganje boljšega izida zdravljenja«

Mentor: prof. dr. Andrej Brodnik

Somentor: assoc. prof. Gunther Eysenbach

Področje: medicinske vede

Zagovor: 19. 10. 2010

Dr. **Maša Milatovič**, univ. dipl. biol.

Naslov: »Izražanje endogenih celulaz v prebavilu med ontogenetskim razvojem kopenskega raka *Porcellio scaber* (Crustacea: Isopoda)«

Mentor: prof. dr. Jasna Štrus

Somentor: doc. dr. Rok Kostanjšek

Področje: biokemija in molekularna biologija

Zagovor: 21. 10. 2010

Dr. **Primož Trunk**, dr. med.

Naslov: »Vpliv operativne tehnike pri zamenjavi aortne zaklopke na spremembe serumskih kazalcev ishemijske srčne mišice«

Mentor: prof. dr. Borut Geršak

Področje: medicinske vede

Zagovor: 29. 10. 2010

Dr. **Tilen Praper**, univ. dipl. mikr.

Naslov: »Model delovanja transmembranske pore človeškega perforina«

Mentor: prof. dr. Gregor Anderluh

Področje: biokemija in molekularna biologija

Zagovor: 2. 11. 2010

Dr. **Jasna Prebil (Kovačič)**, univ. dipl. mikr.

Naslov: »Vezava amfitropičnih proteinov na fosfolipidne membrane in njihov vpliv na obliko fosfolipidnih mehurčkov«

Mentor: akad. prof. dr. Saša Svetina

Somentor: prof. dr. Blaž Rozman

Področje: medicinske vede

Zagovor: 5. 11. 2010

Dr. **Majda Joras**, dr. med.

Naslov: »Časovni potek sistemskih učinkov ishemijske, izzvanih z intermitentno klavdikacij«

Mentor: prof. dr. Pavel Poredoš

Področje: medicinske vede

Zagovor: 10. 11. 2010

Dr. Marija Anderluh, dr. med.

Naslov: »Opredelitev kandidatnih endofenotipov motenj hranjenja«

Mentor: prof. dr. Martina Tomori

Somentor: prof. dr. Janet Treasure

Področje: medicinske vede

Zagovor: 11. 11. 2010

Dr. Mateja Bedenčič, univ. dipl. biol.

Naslov: »Vpliv genskih polimorfizmov na tveganje in zdravljenje žilne bolezni«

Mentor: prof. dr. Mojca Stegnar

Področje: biokemija in molekularna biologija

Zagovor: 12. 11. 2010

Dr. Saša Kenig, univ. dipl. biokem.

Naslov: »Proteoliza v človeških glioblastomskih celicah ter medsebojni vpliv glioblastomskih in stromalnih celic v celičnih kulturah«

Mentor: prof. dr. Tamara Lah Turnšek

Področje: biokemija in molekularna biologija

Zagovor: 15. 11. 2010

Asist. dr. Lucija Šarc, dr. med.

Naslov: »Toksičnost etanola in acetaldehida za astrocite v primarni kulturi in njihov vpliv na sproščanje nekaterih citokinov«

Mentor: prof. dr. Metoda Lipnik Štangelj

Področje: medicinske vede

Zagovor: 7. 12. 2010

Asist. dr. Maja Marolt Mušič, dr. med.

Naslov: »Pomen ultrazvočne preiskave za zamejitev bolezni pri bolnikih z malignim melanomom«

Mentor: prof. dr. Marko Hočevar

Področje: medicinske vede

Zagovor: 9. 12. 2010

Dosežen doktorski naslov na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru

Dr. Mateja Zemljič, dr. vet. med.

Naslov: »Novi mehanizmi toksičnosti pri bakteriji *Clostridium difficile*«

Mentor: izr. prof. dr. Maja Rupnik,

Področje: medicinske vede

Zagovor: 22. 10. 2010

Doseženi magistrski naslovi na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani

Mag. Katarina Aleš, univ. dipl. biol.

Naslov: »Interakcije histamina in interleukina-6 pri stimulaciji sproščanja živčnega rastnega dejavnika iz podganjih astrocitov«

Mentor: prof. dr. Metoda Lipnik Štangelj

Področje: medicinske vede

Smer: biomedicina – medicina

Zagovor: 23. 8. 2010

Mag. Luka Kopač, dr. med.

Naslov: »Pohodna elektroencefalografija pri otrocih s hiperkinetično motnjo«

Mentor: prof. dr. David Neubauer

Področje: medicinske vede

Smer: biomedicina – medicina

Zagovor: 1. 9. 2010

Mag. Matej Makovec, dr. med.

Naslov: »Intraoperativno elektrofiziološko spremljanje spinalnega korena S1 med discektomijo«

Mentor: prof. dr. Roman Bošnjak

Področje: medicinske vede

Smer: biomedicina – medicina

Zagovor: 1. 9. 2010

Mag. **Petra Krajnc**, dr. med.

Naslov: »Zmrzli rez in končna histopatološka diagnoza mejno malignih tumorjev jajčnikov«

Mentor: prof. dr. Iztok Takač

Področje: medicinske vede

Smer: biomedicina – medicina

Zagovor: 14. 6. 2010

Mag. **Špela Borštnar**, dr. med.

Naslov: »Zdravljenje hiperparatiroidizma po presaditvi ledvice s cinacalcetom«

Mentor: doc. dr. Damjan Kovač

Področje: medicinske vede

Smer: biomedicina – medicina

Zagovor: 8. 9. 2010

Mag. **Aleksandra Ujčič**, dr. dent. med.

Naslov: »Potreba po stomatoprotetični oskrbi v domu starejših občanov v Kopru«

Mentor: prof. dr. Ljubo Marion

Področje: stomatološke vede

Smer: biomedicina – medicina

Zagovor: 30. 9. 2010

Mag. **Irena Šarc**, dr. med.

Naslov: »Obravnava, srčnožilne bolezni in prognoza bolnikov hospitaliziranih zaradi kronične obstruktivne pljučne bolezni«

Mentor: doc. dr. Mitja Lainščak

Področje: medicinske vede

Smer: biomedicina – medicina

Zagovor: 14. 10. 2010

Mag. **Tanja Golli**, dr. med.

Naslov: »Učinkovitost učenja pravih vzorcev uriniranja pri otrocih z motnjami uriniranja«

Mentor: prof. dr. Rajko Kenda

Področje: medicinske vede (pediatrija)

Smer: biomedicina – medicina

Zagovor: 22. 10. 2010

Asist. mag. **Jernej Breclj**, dr. med.

Naslov: »Randomizirana prospektivna raziskava sedacije z različnimi odmerki ketamina pri otrocih z ali brez uporabe midazolama«

Mentor: doc. dr. Rok Orel

Področje: medicinske vede

Smer: biomedicina – medicina

Zagovor: 16. 11. 2010

Asist. mag. **Peter Kecelj**, dr. med.

Naslov: »Merjenje velikosti urtike pri kožnem vbodnem alergološkem testiranju z linijskim laserskim merilnikom v primerjavi z merjenjem z milimetrskim merilom«

Mentor: prof. dr. Mitja Košnik

Področje: medicinske vede

Smer: biomedicina – medicina

Zagovor: 26. 11. 2010

Asist. mag. **Tomi Samec**, dr. dent. med.

Naslov: »Zdravljenje astme in pogostost zobnega kariesa pri otrocih v Sloveniji«

Mentor: prof. dr. Janja Jan

Področje: stomatologija

Smer: biomedicina – medicina

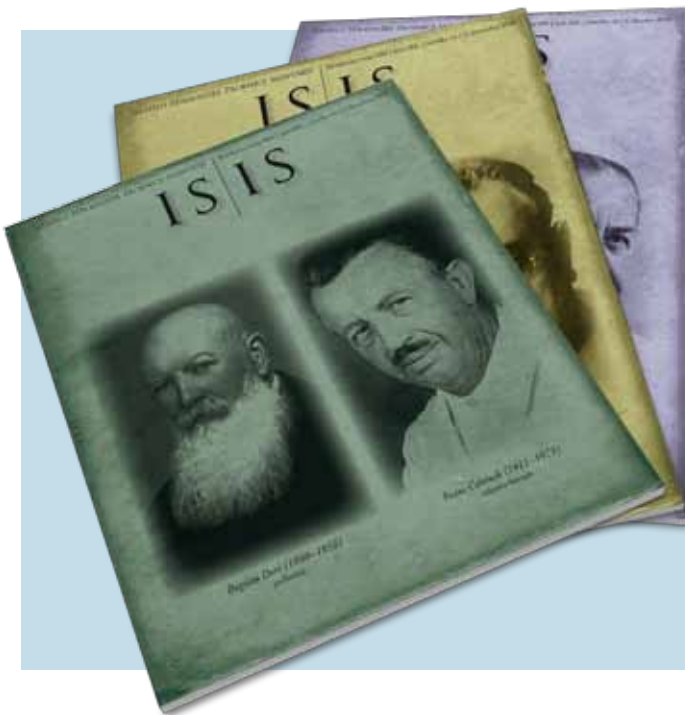
Zagovor: 30. 11. 2010

Opravljeni specialistični izpiti

- **Dajna Buić Rerečić**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 14. 12. 2010
- Mag. **Eva Cedilnik Gorup**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 14. 12. 2010
- **Vesna Cimer Babnik**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 14. 12. 2010
- **Tjaša Černe**, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila 15. 12. 2010
- Asist. dr. **Jerneja Farkaš Lainščak**, dr. med., specialistka javnega zdravja, izpit opravila 16. 12. 2010
- Dr. **Matevž Gorenšek**, dr. med., specialist ortopedske kirurgije, izpit opravil s pohvalo 15. 12. 2010
- **Ana Gračner**, dr. med., specialistka splošne kirurgije, izpit opravila 2. 12. 2010
- Asist. dr. **Jakob Gubensek**, dr. med., specialist interne medicine, izpit opravil s pohvalo 20. 12. 2010
- **Simona Jenko**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila s pohvalo 14. 12. 2010
- **Lea Knez**, dr. med., specialistka infektologije, izpit opravila 17. 12. 2010
- **Alenka Kobal**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila s pohvalo 14. 12. 2010
- **David Končan**, dr. med., specialist družinske medicine, izpit opravil s pohvalo 14. 12. 2010
- **Blaž Kosmač**, dr. med., specialist pediatrije, izpit opravil 20. 12. 2010
- **Katarina Lahovnik**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 14. 12. 2010
- **Mateja Lisjak**, dr. med., specialistka dermatovenerologije, izpit opravila 28. 12. 2010
- **Jerneja Maček**, dr. med., specialistka otroške in mladostniške psihiatrije, izpit opravila s pohvalo 1. 12. 2010
- **Nataša Nabergoj Jermol**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 14. 12. 2010
- **Rok Pavlič**, dr. med., specialist plastične, rekonstrukcijske in estetske kirurgije, izpit opravil 21. 12. 2010

- **Rok Luciano Perme**, dr. med., specialist interne medicine, izpit opravil 23. 12. 2010
- **Primož Povhe**, dr. med., specialist ortopedske kirurgije, izpit opravil 10. 12. 2010
- **Katarina Ralca**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 14. 12. 2010
- **Tanja Rauter Pungartnik**, dr. med., specialistka fizikalne in rehabilitacijske medicine, izpit opravila 22. 12. 2010
- **Simona Ravnik**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 14. 12. 2010
- Asist. dr. **Gregor Rečnik**, dr. med., specialist ortopedske kirurgije, izpit opravil s pohvalo 22. 12. 2010
- **Mirna Rogelj**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 14. 12. 2010
- **Polona Rudolf**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 14. 12. 2010
- **Darinka Rupnik**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 14. 12. 2010
- **Tjaša Schwarzbartl**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 14. 12. 2010
- **Nina Suvorov**, dr. med., specialistka plastične, rekonstrukcijske in estetske kirurgije, izpit opravila s pohvalo 16. 12. 2010
- **Tanja Tavčar**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 14. 12. 2010
- Asist. **Tanja Tomažević**, dr. dent. med., specialistka otroškega in preventivnega zobozdravstva, izpit opravila s pohvalo 8. 12. 2010
- **Urška Vogeltnik**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 14. 12. 2010
- **Jure Zupan**, dr. med., specialist interne medicine, izpit opravil 10. 12. 2010
- **Polona Žuber**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 14. 12. 2010

Čestitamo!



Pošljite nam medicinsko fotografijo, ki bo polepšala naslovnico Izide

Spoštovani zdravniki in zobozdravniki, bralci revije Isis, v prihodnje bomo na naslovnih objavljali estetsko zanimive medicinske fotografije (npr. zanimiv detajl iz ordinacije ali operacijskega polja, barvno lep tomogram ali mikrofotografija ...), zato vas vabimo, da nam fotografije, skupaj s kratkim opisom, pošljete do 5. v mesecu na naslov isis@zzs-mcs.si. Uredniški odbor bo na svojem vsakomesečnem sestanku izbral zmagovalno fotografijo, ki bo krasila naslednjo številko Izide.

Vabljeni k sodelovanju!

Ali je smrt osnovna človekova pravica

Novembra lani je hrvaško Društvo za medicinsko etiko in deontologijo pripravilo sestanek z naslovom »Evtanazija danes«, drugo v desetih letih o isti temi. Danes zakonsko dovoljuje evtanazijo šest držav: Nizozemska, Belgija, Luksemburg, v ZDA pa državi Washington in Oregon. V Švici je posebna klinika Dignitas.

Hrvaška nima nikakršne zakonske regulative o evtanaziji. Tudi stališča zbornice, kot tudi večinsko mnenje zdravnikov, niso znana. Eden od referentov je pokazal nekaj let staro anketo, po kateri večina zdravnikov odklanja evtanazijo, 38 odstotkov pa se strinja s tako imenovano pasivno evtanazijo, kar naj bi pomenilo prekinitev neutemeljenega zdravljenja bolnikov v terminalnem stanju. Predlog društva je bil, da naj bi se zakonsko uredilo vprašanje opustitve reanimacije v teh primerih.

Mnenja so se nagibala v ugotovitvah, da je medicina danes sposobna obvladati bolečino, ki je bila glavni razlog za odločitve bolnikov. Eden od razpravljavcev je menil, da neznozna bolečina ni osrednja skrb teh bolnikov, temveč občutek, da so izgubili dostojanstvo.

Anesteziologinja prof. dr. Jasna Stoić Brezar trdi, da v svoji praksi ni nikdar naletela na bolnika, ki bi si želel umreti. Pomožni zagrebški nadškof Valentin Pozaić je poudaril svetost življenja in na koncu svojega referata menil, da so »najprej starši s splavom uzakonili ubijanje otrok, sedaj pa so otroci uzakonili ubijanje staršev«.

Ob skoraj enoglasnih odklonilnih mnenjih o evtanaziji pa je prof. Puhovski menil, da je pravica do življenja in smrti osnovna človekova pravica in da ne vidi razloga, čemu nekemu, ki se odloči za odhod, to omejevati. Ne nazadnje smo nekatera ubijanja, na primer tista v vojni, že davno legalizirali.

Razumljivo je, da ni bilo na koncu nobenega zaključka, vsiljuje pa se nekaj misli.

Čemu je vprašanje evtanazije nastalo šele sedaj? Pred sto ali več leti bi bilo ubijanje bolnika, četudi na lastno zahtevo, za zdravnika nepojmljivo.

Kot zanimivost bi veljalo omeniti, da zgoraj omenjena švicarska klinika Dignitas, ki zaradi neke pravne praznine švicarske zakonodaje opravlja evtanazijo, dovoljuje in vzpodbuja, da pridejo bolniki, ki se odločajo za evtanazijo, na posvet in se seznanijo s postopkom. 70 odstotkov se jih ne vrača.

Verjetno bi malo klinik hotelo reklamirati svojo dejavnost z »odličnostjo v evtanaziji«.

Vir: Liječničke novine, št. 95, december 2010

Prevedel in priredil: Boris Klun



Spoštovani avtorji prispevkov,

zaradi nezanesljivosti medmrežja bomo vsako elektronsko pošto potrdili s povratno pošto. V kolikor od nas ne prejmete potrdila o prejeti elektronski pošti, vljudno prosimo, da nas pokličete (01 30 72 152) ali ponovno pošljete prispevek.

Uredništvo

Obvladovanje izrednih dogodkov: komuniciranje s pacienti in mediji ob pojavih napak in zapletov pri izvajanju zdravstvenih storitev

Valentin Hajdinjak

Povzetek

Izredni dogodki, med katere štejemo napake in zaplete, se dogajajo tudi v zdravstvu. Pogosto se zgodi, da nas takšni dogodki presenetijo, zato ne znamo načrtovati ustreznega odziva. Njihova značilnost je, da jih vnaprej ni mogoče predvideti in se nanje pripraviti, zaradi česar je toliko bolj pomembno vodenje ustrezne komunikacije s prizadetimi pacienti oziroma njihovimi svojci in mediji. Ta lahko namreč celotno situacijo izboljša ali pa močno poslabša. Razkritje zdravniške napake ni preprosto in zahteva veliko priprav, poznavanja osnov načrtovanja, snovanja in komuniciranja ob izrednih dogodkih. V članku so opisani praktični napotki za razkritje zdravniške napake pacientom ter ustrezno komunikacijo z mediji. Od tega je namreč odvisno, kako uspešni bomo pri obvladovanju izrednih dogodkov in soočanju z njimi.

Uvod

Otroški nevrolog dr. Mohammed S. Bessiso, dr. med., je ob neki priložnosti dejal: »Lahko si se izkazal s tisoči briljantnih diagnoz, s tisoči nadpovprečnih uspehov pri zdravljenju, z dolgoletnim zgledno požrtvovalnim delom za bolnike. Vse to je na mah pozabljeno ob tvoji prvi napaki, tudi taki, za katero nisi kriv.« Napake in zapleti pri izvajanju zdravstvenih posegov so se in se bodo vseskozi pojavljali. Dogajajo se tudi najboljšim zdravnikom in v najboljših ustanovah. Ko se zgodijo, se moramo znati odzvati in jih reševati na sistemski način, hkrati pa ne pozabiti na njihovo razkritje in potrebno sporazumevanje z vpletenimi. Pri tem se prepletajo interesi različnih skupin (zdravstvena ustanova, zdravniki, pacienti in njihovi svojci, mediji, javnost), kar se pogosto kaže v nasprotjih, tudi odkritih. Ravno ta nasprotja otežujejo obvladovanje problema, ki zato zahteva veliko pozornosti.

Kakovostna zdravniška obravnava, usposobljeno osebje in sodobna tehnologija že dolgo ne predstavljajo več zadostnega jamstva za vrhunsko zdravstveno storitev. Nanjo vplivajo predvsem za profesionalno komunikacijo dobro usposobljeni zdravniki, ki poleg nudenja zdravstvenih storitev znajo s svojim odnosom, obnašanjem in komunikacijo ustvariti pozitivno vzdušje, ki pomirja in vzpostavlja čim večje zadovoljstvo bolnikov.

Zato je tudi v kriznih razmerah, kot so zdravniške napake, ki nastopijo nenadno, zahtevajo hiter odziv in so običajno izrazito čustveno zaznamovane, potrebno veliko znanja za uspešno

komuniciranje. To bo zmanjšalo odzivni čas, ki je v takšnih primerih izjemno pomemben, in pripomoglo k temu, da lahko tudi iz take situacije potegnemo pozitivne rezultate ali pa vsaj zavezimo storjeno škodo in jo tako obdržimo na minimalni ravni. Krizna situacija vselej predstavlja nevarnost, je pa tudi priložnost. Uspešno komuniciranje v takšnih razmerah lahko utrdi ugled zdravstvene ustanove, njej in zdravnikom da dodatno legitimnost ter predstavlja dolgoročno gradnjo zaupanja v ustanovo in zdravstvo nasploh.

Zdravniška napaka in zaplet

Zdravniška napaka je po definiciji nepričakovan in nenačrtovan dogodek oziroma ravnanje, ki ni v skladu z uveljavljenimi in preverjenimi standardi stroke in normami ter bi lahko ali je povzročila škodo bolnikovemu zdravju. Lahko je posledica malomarnosti, neznanja ali neizkušenosti zdravnika oziroma slabe organizacije delovnega procesa. **Zaplet** pa pomeni nepričakovan in neugoden potek oziroma izid zdravstvenega posega ali bolezni, ki ga ne povzroči nujno neustrezno zdravljenje. Do zapleta lahko pride zaradi zdravniške napake, lahko pa je tudi posledica povsem nepredvidljive reakcije organizma, čeprav je bil celoten postopek izpeljan v skladu s strokovnimi izhodišči in smernicami. O zapletu govorimo tudi v primerih neugodnega izida, ki smo ga sicer vnaprej predvideli, toda je šlo za nujen in edini možen ukrep za ohranitev bolnikovega življenja.

Izraza napaka in zmota, ki ju uporabljamo, imata v javnosti enak pomen, v zdravstvu in pravosodju pa imata vsak svojo definicijo. Da bi se izognili terminološki zmešnjavi, v nadaljevanju uporabljam izraz napaka. Pri napaki so lahko udeleženi različni zdravstveni delavci, ne zgolj zdravniki, zato bi bilo primerneje uporabljati izraz zdravstvena napaka. Ker pa se v članku posvečam zdravnikom in njihovem razkrivanju napak ter sporazumevanju s prizadetimi pacienti in javnostjo, bom ostal pri terminu zdravniška napaka.

Zdravniške napake delimo v napake zaradi opustitve in napake zaradi storitve. Do njih lahko pride zaradi številnih razlogov.

Najpogostejši razlogi so:

- izvedba napačnega ukrepa;
- opustitev pričakovanega ukrepa;
- izvedba zdravstvenega ukrepa pri napačnem bolniku oziroma delu telesa;

- zamuda ali prehitavanje pri izvedbi ukrepa, ki ima za posledico neželen izid.

Star pregovor pravi, da vsakdo dela napake; če jih ne dela, potem pomeni, da ne dela nič. Tudi za zdravnike velja, da niso brez napak in niso bogovi v belem, čeprav javnost pričakuje, da so nezmotljivi. Razlika pa je v tem, da ima napaka v klinični medicini lahko za posledico tudi hujšo poškodbo pacienta ali celo njegovo smrt.

Komunikacija s pacienti

Posebna raziskava o zdravniških napakah (Eurobarometer, 2006) je pokazala, da 78 odstotkov državljanov Evropske unije meni, da predstavljajo zdravniške napake v njihovi državi pomemben problem. V Sloveniji je bil ta delež 81-odstoten. 40 odstotkov državljanov Evropske unije skrbi, da bi bili tudi sami žrtve zdravniških napak, v Sloveniji ima takšno mnenje 39 odstotkov vprašanih. Ta odstotek pa je višji, ko govorimo o bojazni, da bi vprašani postali žrtve zdravniških napak v bolnišnici; tega se boji 48 odstotkov državljanov Evropske unije in 49 odstotkov Slovencev. 18 odstotkov državljanov Evropske unije je odgovorilo, da so sami ali njihovi družinski člani že bili žrtve zdravniških napak v bolnišnici (v Sloveniji 17 odstotkov), 11 odstotkom pa so zdravniki napačno predpisali zdravila, kar je enako tudi deležu vprašanih v Sloveniji. Številne študije o zdravniških napakah kažejo na dvoje: prvič, zdravniške napake so pacientom pogosto zamolčane, in drugič, večina pacientov želi biti podrobno seznanjena z zdravniškimi napakami, ki so se jim zgodile. Pred časom izvedeni dve ameriški raziskavi sta pokazali, kako velik je dejansko razkorak med teorijo in prakso na tem področju. V povprečju namreč le 30 odstotkov ameriških zdravnikov pacientom razkrije zdravniško napako. Tako pacienti kot tudi nosilci zdravstvene dejavnosti se zavedajo, da so zdravstveni posegi lahko nevarni ter se napake in zapleti občasno zgodijo kljub največjim naporom in trudu zdravnikov ter ostalega zdravstvenega osebja. Pacienti pa pričakujejo, in do tega imajo tudi vso pravico, da so pravočasno obveščeni, kadar pride do zapleta ali zdravniške napake. Ta pravica izhaja iz etičnih načel osebnostne avtonomije in pacientovega dostojanstva kot neodvisne osebe. Pacient mora biti seznanjen z informacijami glede zdravniške napake, saj lahko ta vpliva na njegovo prihodnje življenje ali celo preživetje ter nadaljnjo zdravniško obravnavo. Razkritje in sporazumevanje o zdravniški napaki pomeni sporočanje slabe novice. To je namreč slaba novica za pacienta, njegove svojce, zdravnika in tudi zdravstveno ustanovo. Vsako slabo novico je težko sporočiti, sporočanje zdravniške napake pa otežijo tudi zdravnikovi čustveni odzivi. Nekateri se odzovejo panično in zmedeno, drugi se soočajo z občutkom krivde, zanikanja, samoobtoževanja, frustracije ali pa krivdo enostavno

pripišejo drugim. Že dolgo se krešejo različna mnenja o razkrivanju zdravniških napak. Zdravniki želijo biti do svojih pacientov in njihovih svojcev neposredni in odprti, vendar se pogosto bojijo sporov, tožb, sramote, javnega linča ali pa zgolj ne znajo na pravičen način pristopiti do pacienta.

Razkritje zdravniške napake pacientu ali njegovim svojcem zveni preprosto, vendar nikakor ni. Kljub temu pa je pomembno, da čim hitreje ter čim bolj objektivno o tem obvestimo pacienta, po potrebi tudi njegove svojce in javnost. Informacijo o zdravniški napaki ali zapletu mora pacient dobiti takoj, še preden sam ugotovi, da je nekaj narobe. Negotovost je namreč najbolj boleča. Prikrivanje informacij, zavlačenje, izogibanje in počasno reagiranje namreč ustvarijo vtis nezaupanja in vtis, da se poskuša zadevo pomesti pod preprogo. Pomembno je, da pacienti in njihovi svojci informacijo o zapletu dobijo iz prve roke. V nadaljevanju podajam nekaj praktičnih napotkov za razkritje zdravniške napake pacientu:

- 1. Poiščite pomoč.** Zdravniki navadno niso deležni izobraževanja o razkrivanju in pojasnjevanju zdravniških napak. Potem ko se zdravniška napaka zgodi, se marsikateri zdravnik znajde v osebnosti stiski, zato v tistem trenutku niti ne pomisli, kako jo bo pojasnil in kako komuniciral. Iz ameriške prakse, ki velja za naprednejšo na tem področju, je razvidno, da ima zelo malo tamkajšnjih zdravstvenih ustanov organizirane treninge in izobraževanja o razkrivanju zdravniških napak, pa še ti so organizirani preredko, da bi pomenili pravo oporo zdravniku v kritičnem trenutku. Zato je v takšnih trenutkih potrebno poiskati pomoč pri kolegu zdravniku, ki je morda takšno zadevo že doživel in ima več izkušenj, oziroma pri pristojnih ljudeh zdravstvene ustanove, s katerimi se pripravi načrt komuniciranja s pacientom, njegovimi svojci in mediji. Nekateri zdravstveni ustanove, še posebej večje, imajo na tem področju več izkušenj in zdravniku zato lažje ponudijo podporo in pomoč.
- 2. Temeljito se pripravite na pogovor.** Strukturiran in vsebinsko pripravljen pristop k pogovoru bo prispeval k boljši komunikaciji. Pridobite pomembne medicinske informacije o napaki, kaj je že znanega o njej, kako pogosta je, kakšne bodo posledice. Pozanimajte se, kdo vse bo prisoten pri pogovoru, poskrbite, da bo na voljo ustrezen, miren in zaseben prostor ter dovolj časa. Pomembno je načrtovanje sleherne besede, katere uporabiti, katerih se izogibati, saj bo pogovor verjetno na trenutke tudi čustven. Po možnosti naj pogovoru prisostvuje vsaj še en kolega zdravnik, ki bo po potrebi lahko

usmerjal pogovor in dal dodatne odgovore ter pojasnil, kaj je in kaj še bo zdravstvena ustanova storila, da bo v prihodnje moč takšne napake preprečiti.

3. **Vzpostavite osebni medsebojni odnos.** Če se pacient strinja, so lahko na pogovoru prisotni tudi njegovi družinski člani, vendar naj ne bosta več kot dva. Če vas ne poznajo, se predstavite in jih, v primeru, da za napako ali zaplet še ne vedo, opozorite, da bodo izvedeli slabo novico.
4. **Ocenite pacientovo poznavanje napake.** Nekateri pacienti so bili priča zdravniški napaki, nekateri morda zanj sploh ne vedo. Zato je pri pacientu oziroma njegovih svojcih koristno preveriti, kaj že vedo. Pri tem vodite pogovor glede na pacientova pričakovanja in ne čakajte, da začne pacient spraševati.
5. **Zagotovite pacientu osnovne informacije o napaki.** Večina pacientov in njihovih svojcev želi biti seznanjena o napaki takoj, ko je ugotovljena. Vsako odlašanje je namreč lahko razumljeno kot poskus prikrivanja. Z bolnikom bodite odkriti in neposredni, izogibajte se medicinskim in nerazumljivim izrazom ter razgovor vodite z »bolnikovo hitrostjo«. Dovolite mu, da sprašuje, opiše naj svoje razumevanje dogodka, dovoljene so tišina in solze. Zabeležite si vse pomembne poudarke pogovora.
6. **Opravičite se.** Obžalujte, da je prišlo do neljubega dogodka in s tem škode, ki mu je bila povzročena. Iskreno opravičilo se ne šteje in naj ne bo razumljeno kot prevzemanje krivde oziroma priznanje odgovornosti, dokler ni znano celotno ozadje dogodka. Bodite pripravljeni na možna različna čustva pacienta kot reakcijo na obžalovanje (jeza, žalost ali celo hvaležnost in olajšanje).
7. **Načrtujte »follow-up«.** Natančno razložite, kaj vse je bilo že storjeno, da se raziščejo okoliščine dogodka in njegovega nastanka, kako bodo odpravljene ter kako se jim bo v prihodnje mogoče izogniti. Bodite optimistični, vendar hkrati realistični. Če je potrebno, se dogovorite tudi za datum naslednjega srečanja, kjer predstavite še morebitne nove podrobnosti in ugotovitve ali odgovorite na dodatna vprašanja. Določite tudi kontaktno osebo, na katero se pacient ali svojci v prihodnje lahko neposredno obrnejo z dodatnimi vprašanji.
8. **Ponudite pomoč, če je potrebno.** Nekateri pacienti ali njihovi svojci bodo po izrednem dogodku morda potrebovali pomoč svetovalcev, socialnih delavcev ali duhovnika. Pogosto se tudi zgodi, da pacienti po takšnem dogodku želijo zamenjati zdravnika ali zahtevajo drugo mnenje. Čeprav je prezgodaj govoriti o morebitni odškodnini,

je potrebno pacientu dati vedeti, da ga dodatna zdravstvena oskrba, ki je posledica zdravniške napake, ne bo dodatno finančno obremenila.

9. Komunicirajte z mediji.

Komuniciranje z mediji

V zadnjem času je javnost izjemno občutljiva na pojav zdravniških napak in zapletov. Ob tem se vse prepogosto pojavljajo številna obtoževanja, malodane zahteve po linču zdravnikov, tudi zgolj za domnevne napake pri nujenju in izvajanju zdravstvenih storitev. Čeprav Ustava Republike Slovenije določa domnevo nedolžnosti, kar pomeni, da vsakdo velja za nedolžnega, dokler njegova krivda ni ugotovljena s pravnomočno sodbo, se to v praksi ne spoštuje. Mediji namreč javnosti pogosto razkrijejo domnevno dejanje in domnevnega krivca, še preden je sum dobro utemeljen. Tudi zaradi tega je v današnjem času nujno, da ob zdravniških napakah in zapletih ustrezno komuniciramo z njimi. Pogosto namreč medije o izrednih dogodkih seznanijo neposredno prizadeti pacienti ali njihovi svojci, posledica česar so številna novinarska vprašanja ter šokantne zgodbe na naslovnih časopisov in revij.

Komuniciranje z mediji v primeru zdravniške napake ali zapleta uvrščamo med **krizno komuniciranje** (pripravljen in preigran imamo krizni načrt komuniciranja, da v kritičnih trenutkih znamo in zmoremo sproti obveščati medije z novimi informacijami; sledimo načelu NNNP - nič nas ne sme presenetiti). Žal pa se vse prepogosto zdravniki ali zdravstvene ustanove poslužujejo **reaktivnega ali odzivnega komuniciranja** (odzivamo se na novinarska vprašanja, nimamo pripravljene strateškega načrta, pobudo imajo novinarji) ali še slabše, ne komentirajo dogodka, zavijejo se v molk in ne komunicirajo.

Komunikacija z mediji mora biti zato vedno skrbno načrtovana, javnost pa obveščena čim hitreje in čim bolj objektivno. Pogosto mediji hitro dobijo informacije o zdravniški napaki ali zapletu v posamezni zdravstveni ustanovi. Te so žal velikokrat enostranske, nepopolne, predimenzionirane, delno pa tudi neresnične. Zato mora biti predstavnik zdravstvene ustanove na voljo za pojasnjevanje vsakega konkretnega primera. To ne pomeni nujno, da sami pošljemo sporočilo medijem in razkrijemo, da je prišlo do napake. Ne, do tega bo tako ali drugače prišlo še prehitro. Zavedati pa se je potrebno, da je treba vse skupaj delati v soglasju s pacientom oziroma njegovimi svojci. V takšnem primeru namreč razpolagamo z vrsto osebnih in zdravstvenih podatkov, ki jih brez soglasja pacienta ne smemo razkriti. Zato je pojasnjevanje poteka zdravniške obravnave, kjer je prišlo do napake ali zapleta, še toliko težje. Največkrat lahko namreč podamo zgolj okvirno sliko dogodka

ter splošne in ne dovolj podrobne odgovore. Novinarji in javnost z njimi zagotovo ne bodo zadovoljni, toda povedati jim moramo, da v tem trenutku, tudi zaradi varovanja osebnih in zdravstvenih podatkov, lahko povemo le toliko.

Pri novinarjih se pogosto pojavi t.i. neučakanost; odgovore na številna vprašanja, razloge, zakaj je prišlo do dogodka, ter ime krivca bi želeli izvedeti takoj. Takrat jim je treba pojasniti, da je potrebno najprej ugotoviti vzrok in okoliščine dogodka ter jih podrobno preučiti. Javnost se je navadila, da je potrebno po letalski nesreči počakati na analizo podatkov iz črne skrinjice ter na izide drugih raziskav, kar utegne trajati več mesecev. Morda bodo ti pripeljali do novih in presenetljivih odkritij, denimo da so bili vijaki, uporabljeni pri servisu letala, za spoznanje pretanki, na kar v samem začetku preiskave sploh nismo računali. Zakaj bi torej v zdravstvu ravnali drugače? Potegnemo lahko namreč veliko vzporednic, čeprav se javnost in mediji, ko zvedo za zdravniško napako ali zaplet pri zdravljenju, vedejo, kot da je medicina veliko bolj preprosta kot letalstvo. Pa ni. Človeško telo in njegovi odzivi na zdravljenje in bolezni so izredno zapleteni, pogosto je dogajanje celo nemogoče napovedati. Prav tako se razlikujejo od človeka do človeka. Zato je vsako prenačeno sklepanje in poročanje hitro lahko napačno in krivično.

Osnovna orodja komuniciranja z mediji so odgovori na novinarska vprašanja, sporočila za javnost in novinarske konference. Njihova izbira je odvisna od tega, kaj, kako in komu želimo sporočiti. Še tako zanimiva vsebina pa zlahka izgubi svoj pomen, če je predstavljena na neprimeren način ali pa predstavitev pretirano odstopa od ustaljenih praks. Zato velja v takšnih razmerah upoštevati pravila kriznega komuniciranja ter uporabiti znanje in izkušnje svetovalca oziroma strokovnjaka za odnose z javnostmi. Ta bo znal svetovati, kako in kaj povedati, ali pa celo prevzel večji del komunikacije z mediji neposredno nase. Zdravstvene ustanove, ki takšnih svetovalcev nimajo zaposlenih, se lahko po pomoč obrnejo na t.i. PR-agencije ali pa na Zdravniško zbornico Slovenije in njen oddelek za odnose z javnostmi. V takšnih okoliščinah je namreč interes za informacije in odgovore vedno veliko večji na strani novinarjev, kot pa na strani zdravnika in zdravstvene ustanove. Zato se je potrebno dogovoriti, kdo bo neposredno komuniciral z mediji. To načeloma naj ne bo zdravnik, ki se mu je pripetila zdravniška napaka, saj ne bo mogel delovati racionalno in verodostojno. Pred mikrofone naj raje stopi njegov predstojnik ali direktor ustanove, ki pa mora biti o pojavu napake ali zapleta obveščen nemudoma. Le na ta način bo lahko ustrezno komuniciral. Novinarjem obljubite informacije v realnem času

in jim jih tudi posredujte. Čeprav boste vseskozi pod časovnim pritiskom, si vedno vzemite čas za razmislek. Zabeležite si točke, za katere menite, da so pomembne, in se jih držite. Bodite pozitivni, kolikor je v dani situaciji sploh mogoče, uporabljajte laične izraze ter kratke in nedvoumne stavke. Ne glede na morebitno izzivanje novinarjev ostanite mirni in vljudni. Zavedajte se, da lahko novinar uporabi vse informacije, ki mu jih posredujete. Predvsem pa poskušajte, kolikor je le možno, pojasniti svojo plat dogodka, sicer bo objavljena samo ena stran, ki zanesljivo ne bo v korist zdravniku. Pri tem vsekakor omenite tudi dejstvo, da se je lečeči zdravnik že srečal s pacientom oziroma njegovimi svojci, osebno izrazil obžalovanje in predstavil okoliščine ter posledice napake ali zapleta. Zdravstvena ustanova pa analizira okoliščine dogodka tudi z namenom, da se ne bi nikoli več ponovil.

Zaključek

Kot povsod, je tudi v zdravstvu pomembna komunikacija. Še posebej, ko govorimo o zdravniških napakah in zapletih. Slaba komunikacija ali celo njena odsotnost lahko namreč povzroči zdravniku in zdravstveni ustanovi nepopravljivo škodo. Izredne dogodke, kot sta napaka in zaplet, bomo medijsko uspešno prestali, če nam ne bodo povzročili dolgoročne in nepopravljive škode v strokovni in medijski podobi. Številne raziskave so pokazale, da so zdravniške napake največkrat posledica slabo izdelanega sistema ali procesa ter da je le za slabo četrtino zapletov kriva malomarnost zdravnikov. Ob tem se postavlja logično vprašanje, kako motivirati zdravnike, da bodo priznali napake in zaplete ter o njih spregovorili. Zagotovo jih ne bomo motivirali, če bodo vedeli, da bodo naslednji dan v medijih označeni za morilce, za zdravnike, ki jim je treba dosmrtno odvzeti licenco. Prav tako jih ne bomo motivirali, če se bodo počutili nemočne, same in odrinjene na rob. Zdravnika, ki je storil napako, ni primerno pavšalno obtoževati in kar takoj kaznovati, temveč ga je treba zaščititi pred javnim linčem. Hkrati pa je potrebno vzporedno peljati tri procese: prvič, pacientu oziroma svojcem razkriti napako in jo skupaj z vsemi bistvenimi okoliščinami pojasniti. Drugič, natančno strokovno analizirati, zakaj je do takšnega dogodka prišlo, kdo je kriv, kdo bo nosil odgovornost zanj in kako se mu v prihodnje izogniti. Tretjič, komunicirati z mediji, aktivno odgovarjati na njihova vprašanja in pojasnjevati. S tem bomo dosegli, da bodo zdravniki o zapletih poročali, v medijih pa ne bo predstavljena zgolj enostranska zgodba s prstom, uperjenim neposredno v zdravnika. S hkratno analizo lahko celoten sistem izboljšamo in preprečimo, da bi se enak ali podoben dogodek ponovil.

Pacienti se bodo zagotovo bolj ugodno odzvali takrat, ko se bo zdravnik opravičil in sprejel odgovornost za napako, kot pa v primeru, ko ne bodo deležni opravičila in pojasnila. Prav tako je za marsikaterega pacien-ta v takšnih primerih bolj pomembno, da mu je bilo nekaj povedano in obrazloženo, kot pa, kaj natančno

mu je bilo povedano. In veliko večja verjetnost je, da ne bo čutil potrebe in želje, da svojo zgodbo, in s tem povezano negativno izkušnjo z zdravniki in zdravstvenim sistemom, na svoj način predstavi medijem.

Članek z literaturo je na voljo na spletni strani zbornice (Publikacije zbornice).

Problematika nadaljevanja stalne terapije pri sprejemu pacientov v bolnišnico

Anton Gradišek, Olivera Masten Cuznar

Prispevek je nastal na pobudo 32. seje Razširjenega strokovnega kolegija za splošno medicino 14. oktobra 2010. Sekcija mladih zdravnikov družinske medicine je nanj naslovila dopis glede nadaljevanja stalne terapije pri kroničnih bolnikih, sprejetih v bolnišnico. V dopisu ugotavljajo, da zdravstveno osebje v bolnišnicah pogosto zahteva, da se bolnikom ob napotitvi v bolnišnico prilaga zdravila za stalno zdravljenje. V primeru nujnih napotitev naj bi bolnišnično osebje celo pošiljalo svojce bolnikov na bolnikov dom z nalogo, da dostavijo pacientova zdravila v bolnišnico. Kličejo tudi osebne izbrane zdravnike po telefonu, naj izdajo recepte za potrebna zdravila. Bolnišnično osebje ponekod želi zdravila v originalni embalaži, z 0 (nič) manjkajočimi zdravili, preostalih zdravil pa ob odpustu ne vrnejo bolniku. Včasih se je to dogajalo samo občasno, kadar je bolnik prejemal kakšno redko in drago zdravilo, sedaj, ugotavljajo zdravniki sekcije, pa v bolnišnicah želijo, da priložimo vsa zdravila za kronično terapijo bolnika. Razlogi, ki jih navajajo, so, da v bolnišnicah ne poznajo predpisanih zdravil, da na oddelkih nimajo teh zdravil, da bolnišnična lekarna ne dela ipd.

Problem je treba obravnavati s strani družinskega (osebnega izbranega) zdravnika, bolnika, bolnikovih svojcev, zdravnikov v bolnišnici, bolnišnične lekarne, zakonskih podlag in predpisov ZZZS.

Osebni izbrani zdravnik v ambulantni zdravstveni dokumentaciji vodi seznam stalne terapije za kroničnega bolnika. Za načrtovano napotitev v bolnišnico (na operativni poseg v anesteziji ali ob prvi napotitvi na specialistični nivo) po doktrini in v skladu s predpisi ZZZS priloži poleg standardizirano določenih laboratorijskih izvidov in izvidov potrebnih preiskav med drugim tudi seznam stalne terapije s problemsko

listo (seznamom diagnoz kroničnih bolezni). Bolnikom z večtirno stalno terapijo izda pisna navodila za jemanje zdravil. Računalniški programi, ki omogočajo izpis stalne terapije, prihranijo čas. V kolikor so zdravila predpisana z lastniškimi imeni, je treba tudi v seznam vpisati morebitno opozorilo »ne zamenjaj«. Če je možno in zdravniku poznano, v napotnici ali v spremnem dokumentu k seznamu navede tudi jemanje vseh zdravil brez recepta, prehranskih dodatkov in morebitnih homeopatskih zdravil.

ZZZS je leta 2006 izdal zloženko »Moj seznam zdravil« v skupni nakladi 725.000 obrazcev in jo razdelil vsem javnim in zasebnim lekarnam, zdravstvenim domovom, bolnišnicam, zasebnim zdravnikom s koncesijo, socialno-varstvenim zavodom, naravnim zdraviliščem, prostovoljnimi zdravstvenim zavarovalnicam, društvom bolnikov in upokojenecv, Zvezi potrošnikov Slovenije in območnim enotam in izpostavam ZZZS. Enkratna akcija je pohvalna, a ne zagotavlja kontinuirane oskrbe z obrazci, kot bi bil za vso Slovenijo vsebinsko, oblikovno in grafično poenoten računalniški obrazec. Osebni izbrani zdravniki večinoma predpisujejo zdravila z lastniškimi imeni, nekateri zdravniki s splošnimi (generičnimi) imeni zdravil. V prispevku sta uporabljena oba pojma; besedo »splošno ime zdravila« uporablja Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini. Izraz »generično ime zdravila« je bolj poznan starejšim generacijam zdravnikov. Če osebni zdravnik predpisuje zdravila s splošnimi imeni zdravil, mora biti tudi seznam stalne terapije napisan s splošnimi imeni zdravil (generično). Ob seznamu stalne terapije je potrebno tudi preverjati, ali bolnik stalno terapijo res jemlje, in po možnosti to označiti na seznamu, saj je znano, da je sodelovanje bolnikov (komplianca) pri dolgotrajnih, večtirnih terapijah slabše. Generični način zapisa bolj

ustreza za prilogo napatni dokumentaciji za sprejem v bolnišnico. V ambulantni praksi pa je redkejši in pri naša varnostne pasti. Zaradi nadomeščanj v splošnih/ družinskih ambulantah lahko pride do menjave predpisanih zdravil s splošnimi imeni za taka, predpisana z lastniškimi imeni. Lahko pride do podvajanja jemanja terapije, ker pacienti ne razumejo dobro pojma splošnega imena zdravila in lastniškega imena zdravila. Tako se lahko znajdejo pri bolniku doma zdravila istega splošnega imena z različnimi lastniškimi imeni. V tem primeru lahko pride do predoziranja zdravil in zmede glede doz in zdravil v bolnišnici, ko svojci prinesejo namesto od zdravnika potrjenega seznama zdravil vrečko vseh zdravil, ki so jih našli pri bolniku. To pomeni izgubo časa ob urgentnem sprejemu in nevarnost pri obravnavi bolnika.

S strani pacienta želeno, priporočeno in varno ravnanje bi bilo sledeče: v kolikor osebni izbrani zdravnik predpiše stalno terapijo z lastniškimi imeni, v bolniški lekarni pa identičnih zdravil nimajo, je treba nadaljevati (v kolikor je to glede na zdravstveno stanje bolnika ob sprejemu strokovno utemeljeno) terapijo med hospitalizacijo z ustrežno zamenjavo z medsebojno zamenljivimi zdravili (v kolikor to ni v seznamu stalne terapije posebej označeno z »ne zamenjaj«). Vse to mora odgovorni zdravnik razložiti pacientu in svojcem, kar določa tudi 20. člen Zakona o pacientovih pravicah; v neposrednem stiku, obzirno, na pacientu razumljiv način oziroma skladno z individualnimi sposobnostmi sprejemanja informacij, v celoti in pravočasno. Morebitno spremenjeno stalno terapijo mora zdravnik vpisati v dokumentacijo in bolniku razložiti zamenjave, kot določa 27. člen Pravilnika o predpisovanju zdravil.

Ob odpustu naj bo v odpustnici izrecno navedeno, pacientu pa podrobno razloženo, da naj pacient prejema doma enako stalno terapijo kot pred sprejemom (z istimi lastniškimi imeni), v kolikor je to še aktualno in ni prišlo zaradi bolezni ali drugih vzrokov do strokovno utemeljene spremembe stalne terapije, kar pa mora biti tudi ustrezno ustno in pisno pojasnjeno. V nasprotnem primeru lahko pride do konflikta med osebnim izbranim zdravnikom ter bolnikom in svojci, ki želijo ali zahtevajo na novo predpisana zdravila glede na odpustnico, ki so generično enaka, a z drugimi lastniškimi imeni. Staro (drago) zalogo zdravil bi pa zavrgli. To predstavlja ekonomsko in ekološko škodo. Še več, v kolikor terapija v odpustnici ni natančno razložena, morebitne spremembe pa strokovno utemeljene, se lahko zgodi, da bodo pacienti prejemali podvojeno terapijo z različnimi lastniškimi imeni zdravil.

Svojcem je včasih težko ali nemogoče priti do pacientovih zdravil iz domače zaloge, zlasti pa do njegovega

osebnega izbranega zdravnika za morebiten predpis recepta. Težavo lahko predstavlja tudi potreben čas in razdalja.

Pogled sprejemnega, oddelčnega in odpustnega zdravnika. Prinesena pacientova zdravila so za jemanje med hospitalizacijo sprejemljiva le izjemoma, kar mora biti v bolnišnični dokumentaciji posebej utemeljeno in razloženo. Bolnišnica s tem, da sprejme pacientova s seboj prinesena zdravila, sprejme veliko (nepotrebno) odgovornost, saj nima nobenega zagotovila, da so bila prinesena zdravila hranjena v skladu s priporočili proizvajalca ali da niso bila nenamerno ali morda celo namerno poškodovana ali kakorkoli namerno spremenjena. Tudi navzven nepoškodovana embalaža in originalni pečat na sekundarni ovojnini ni garancija, da zdravilo ni bilo izpostavljeno neprimer- nim temperaturam. V kolikor pa v izjemnih primerih sprejmejo prinesena zdravila, morajo o porabi za pacienta voditi točno evidenco porabe in ob odpustu neporabljena zdravila vrniti. Ob urgentnih sprejemih zaradi zastrupitev pa je bistveno, da svojci prinesejo s seboj **vs**a zdravila, tudi tista brez recepta, in prehranske dodatke, ki jih najdejo pri bolniku doma in jih je morda jemal. Včasih je teh zdravil in prehranskih dodatkov za nekaj nakupovalnih vrečk. V teh primerih je življenjsko pomembno ugotavljanje, kaj je pacient res jemal, in ne samo, kaj je bilo predpisano na recept.

Med hospitalizacijo je običajno na voljo dovolj časa, da se strokovno preudari seznam stalne terapije in število zmanjša na najnujnejša zdravila. Veliko sprejemov je posledica neželenih učinkov zdravil ali njihovega medsebojnega delovanja. V bolnišnici je načeloma več časa in računalniške podpore za preučitev možnih interakcij v stalni terapiji kot v ambulantah družinske medicine, kjer je čas obiskov skopo odmerjen. Vedno več je bolnikov s kroničnimi boleznimi, ki vsaka zase zahtevajo večtirno zdravljenje. V bolnišnici je možen tudi konziliarni posvet med različnimi specialisti glede prioritete v stalni terapiji. Nekatera zdravila s seznama stalne terapije je včasih možno med hospitalizacijo brez škode za bolnika začasno ukiniti.

Tudi pri **premetitvi bolnika** na drug oddelek mora biti dokumentacija o dajanju zdravil popolna in sledljiva, z natančnim popisom stalne terapije ob sprejemu, zdravljenja po sprejemu, sprememb terapije med zdravljenjem, na novo uvedenih zdravil, začasno ukinjenih zdravil, priporočene terapije ob premetitvi in z opozorilom ali priporočilom za morebitno nadaljevanje začasno ukinjenih zdravil po odpustu v domačo oskrbo.

S stališča bolnišnične lekarne je včasih težko zagotavljati vsa zdravila z istim splošnim imenom in z

različnimi lastniškimi imeni, ki jih imajo predpisana sprejeti pacienti, glede na bolnišnično listo zdravil. Včasih preteče nekaj časa, da jih lahko naročijo. Tehnično oviro lahko predstavlja tudi nakupna politika bolnišnice prek javnih razpisov. Zato je toliko bolj pomembno že omenjeno skrbno ravnanje pri dokumentiranju predpisanih zdravil, ob sprejemu, med zdravljenjem, morebitni premestitvi in ob odpustu bolnika. V odpustnici bi bilo zelo zaželeno napisati zdravila s splošnimi imeni in lastniška v oklepaju. Ob odpustu je potrebno preveriti, kdaj je možen prvi kontakt pacienta z zdravnikom v rednem delovniku in temu ustrezno izdati recepte (ali včasih zdravila) in naloge za medicinske pripomočke, saj dežurna služba na primarnem nivoju ni namenjena pisanju receptov za stalno terapijo. V kolikor dobi bolnik ob odpustu zdravila v roke in je prišlo do zamenjave zdravil, je nujno pri zamenjavi zdravila, ki ga je uporabnik že prejemal, dati uporabniku oziroma prevzemniku zdravila tudi točna pisna navodila za preprečitev morebitnih zapletov zaradi zamenjave. Ob odpustu iz bolnišnice ali drugega zavoda ima pacient v skladu z Zakonom o pacientovih pravicah pravico do pisnega poročila o diagnozi, zdravljenju in zdravstveni negi ter do navodil za nadaljnje zdravljenje in ravnanje do prvega obiska pri osebnem zdravniku, vključno s potrebnimi zdravili ali medicinskimi pripomočki.

S stališča ZZS zahteva bolnišničnega zdravstvenega osebja po prinašanju zdravil za stalno terapijo s

seboj v bolnišnico nima nobene pravne podlage, zlasti v kolikor bi bil ta ukrep pogojen z varčevanjem na račun zdravil, ki jih prejme pacient. Pravila Obveznega zdravstvenega zavarovanja navajajo med drugim, da imajo zavarovane osebe pravico do bolnišničnega zdravljenja, ki obsega tudi »zagotavljanje zdravil in obvezilnega materiala«.

Podobno navajajo določila Splošnega dogovora za leto 2010, poglavje III, 7. odstavek 18. člena.

- Zapisano nalaga nekaj več administrativnega dela, zanesljivo pa povečuje kakovost in zlasti varnost zdravstvene oskrbe in izboljšuje komunikacijo med bolnišničnim in osebnim izbranim zdravnikom in na novo vpeljanimi diplomiranimi medicinskimi sestrami v referenčnih ambulantah. Standardizirani obrazec za stalno terapijo v pisni in obvezno tudi elektronski obliki bi nedvomno povečal varnost in učinkovitost dela.
- Prinašanje zdravil v bolnišnico je dopustno samo v izjemnih primerih, ki so posebej dokumentirani.
- Predlagamo uvedbo standardiziranega elektronskega obrazca za vodenje stalne terapije. S tem se lahko izboljša komunikacija med zdravniki, ki obravnavajo pacienta, prepreči podvojevanje terapije in zmanjša možnost neželenih stranskih učinkov ter interakcij med zdravili.

Članek s pripadajočo literaturo je na voljo na spletni strani zbornice (Publikacije zbornice).

Evropski parlament potrdil direktivo EU o pravicah pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva

Evropski parlament je 19. januarja potrdil direktivo EU o pravicah pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva. Direktiva pojasnjuje pravice državljanov do dostopa do varnega in kakovostnega zdravljenja znotraj meja EU ter do povračila stroškov zanj. Vzpostavila bo tesnejše sodelovanje med državami članicami na področju zdravstvenega varstva, na primer z vzajemnim priznavanjem zdravniških receptov. Evropski zdravstveni strokovnjaki

bodo lahko izmenjevali primere najboljših praks in uživali prednosti inovacij na področju ocenjevanja zdravstvene tehnologije in e-zdravja. Države članice imajo na voljo 30 mesecev za prenos ukrepov iz te direktive v nacionalno zakonodajo, vzpostaviti pa bodo morale vsaj eno nacionalno kontaktno točko, ki bo pacientom zagotavljala vse ustrezne informacije o čezmejnem zdravstvenem varstvu.

Na novo sprejeti zakon EU jasno določa pravice pacientov glede koriščenja varne in kakovostne zdravstvene oskrbe prek meja EU in kateri stroški so povrnjeni. Pacientom, ki odpotujejo v drugo državo EU zaradi zdravstvene oskrbe, zagotavlja, da bodo uživali enako obravnavo kot državljani države, v kateri jim je oskrba nudena. Ta novi zakon bo pacientom iz EU koristil na več načinov. Nacionalnim zdravstvenim organom bo omogočil tesnejše sodelovanje in izmenjavo informacij o standardih glede kakovosti in varnosti zdravstvena varstva. V pomoč bo državljanom, ki potrebujejo specializirano zdravljenje, na primer tistim, ki potrebujejo postavitev diagnoze ali zdravljenje redke bolezni. Podpira razvoj »evropskih referenčnih mrež«, ko se na prostovoljni osnovi povezujejo specializirani strokovni centri, ki so v Evropi že priznani. Zdravstveni strokovnjaki po Evropi bodo lahko izmenjevali najboljše prakse glede zdravstvenega varstva in zagotavljali standarde odličnosti.

Za kakšen obseg gre?

Bolniki raje prejmejo zdravstveno varstvo v svoji državi, zato povpraševanje po čezmejnem zdravstvenem varstvu pomeni **le okrog 1 odstotek javne porabe za zdravstveno varstvo**, ki je zdaj približno deset milijard evrov. Ta ocena vključuje čezmejno zdravstveno varstvo, ki ga pacienti niso načrtovali vnaprej (kot je nujna zdravstvena oskrba), kar pomeni, da je manj kot 1 odstotek odhodkov in premikov pacientov za **načrtovano** čezmejno zdravstveno varstvo, kot so operacije kolka, kolena ali sive mreže.

Kaj pa že obstoječa zakonodaja na tem področju (uredbe o socialni varnosti)?

Državljanji, ki potrebujejo zdravstveno oskrbo (vključno z nujno zdravstveno oskrbo), ko so začasno v tujini, imajo še naprej koristi od obstoječih uredb in bodo deležni oskrbe, ki jo potrebujejo. V primeru načrtovanega zdravljenja lahko pacient že zaprosi za predhodno odobritev. Tega ni mogoče zavrniti, če pacient ne more biti obravnavan v zdravstveno utemeljenem časovnem roku.

Ali potem res potrebujemo ta novi zakon?

Ta direktiva ne bo vplivala na storitve, ki so državljanom že na voljo preko uredb o socialni varnosti. Čeprav so obstoječa pravila – ki se osredotočajo na sporazume o socialni varnosti, ne pa na pravice pacienta – v rabi že od leta 1971, je še vedno treba pojasnjevati pravice državljanov EU, ki naj bi bili deležni zdravstvene oskrbe v drugi državi članici.

V primeru bolnišnične oskrbe je eden od glavnih dosežkov te nove direktive, da bodo pacienti lahko izbrali svojega izvajalca storitev zdravstvenega varstva. Kar zadeva nebolnišnično oskrbo, se bodo pacienti lahko zdravili v tujini brez predhodne odobritev ali formalnosti in zahtevali povračilo po vrnitvi domov.

Ta direktiva ne zajema samo javnih, temveč tudi zasebne izvajalce. Pacienti bodo imeli v zvezi z bolnišnično in nebolnišnično oskrbo dostop do informacij o kakovosti in varnosti oskrbe, ki jo bodo prejeli.

Ta direktiva skuša tudi obravnavati druga praktična vprašanja, kot so: kje lahko najdem informacije o standardih kakovosti, ki se uporabljajo v bolnišnici? Kolikšno bo povračilo stroškov zanj? Sodišče je potrdilo¹, da pravica do čezmejnega zdravstvenega varstva obstaja že v Pogodbi. Vendar zdaj ta direktiva to jasno določa v pravo EU in zagotavlja enovit in usklajen okvir za vse državljanje v Evropi.

Ali pred odhodom na zdravljenje v tujini potrebujem odobritev svojega nacionalnega organa?

Nacionalni organi lahko uvedejo sistem »predhodne odobritev« v treh primerih:

1. za zdravljenje, ki vključuje vsaj eno prenočitev v bolnišnici;
2. za visoko specializirano in drago zdravljenje;
3. v resnih in posebnih primerih v povezavi s kakovostjo ali varnostjo zdravljenja, zagotovljenega v tujini. V teh treh primerih se lahko zgodi, da morajo pacienti zaprositi za predhodno odobritev pri svojem nacionalnem organu, pristojnem za povračilo.

Ali je takšna odobritev lahko zavrjnena?

Nacionalni zdravstveni organi lahko zavrnejo odobritev, če bi zadevno zdravljenje ali zadevni izvajalec zdravstvenih storitev lahko pomenila tveganje za pacienta. Odobritev je lahko zavrnjena tudi, če je primerno zdravljenje lahko zagotovljeno doma v ustreznem času, vendar bodo morale države članice pojasniti, zakaj je bila takšna odločitev potrebna.

Kaj se zgodi, če je bila odobritev zavrjnena?

Pacienti imajo pravico zahtevati pregled katere koli upravne odločitve o čezmejnem zdravstvenem varstvu za svoj primer.

Koliko stroškov bo pacientu povrnjenih po odhodu na zdravljenje v tujino?

Pacientu bo povrnjen enak znesek, kot bi ga dobil v svoji državi za istovrstno zdravljenje. Države članice, v katerih je zdravljenje brezplačno, bodo morale paciente obvestiti o svojih tarifah za povračila.

¹ Kohl in Decker (1998); Ferlini (2000); Geraets-Smits in Peerbooms (2001); Vanbraekel (2001); Inizan (2003); Müller Fauré in Van Riet (2003); Leichtle (2004); Watts (2006); Stamatelaki (2007); Elchinov (2010).

Ali je pacient lahko deležen zdravljenja v tujini, če to ni na voljo v njegovi državi?

Da, če zdravljenje ni na voljo v državi članici, nacionalni zdravstveni organi ne morejo zavrni odobritve pacientu, ki se zanj odloči v drugi državi EU. Vendar bodo pacienti dobili povračilo za takšno zdravljenje pod pogojem, da se sklada z nacionalno »košarico zdravstvenih storitev«. Običajno so javne košarice storitev opredeljene precej na splošno, če pa obstajajo natančnejši sezname (kot so podrobne kode medicinskih tarif), jih je treba uporabiti za namene čezmejnega povračila.

Ali je treba za čezmejno zdravljenje plačati vnaprej?

Da, na splošno pacient plača vnaprej, potem pa bo v čim krajšem roku prejel povračilo od nacionalnega organa. Zakon prav tako določa, da imajo države članice možnost izbire, da pisno vnaprej potrdijo znesek povračila na podlagi predračuna, ki ga je predložil pacient.

Kje lahko pacient najde več informacij o svojih pravicah do zdravljenja v tujini?

Ta novi zakon določa **vzpostavitev kontaktne točke v vsaki državi članici za zagotavljanje informacij o pacientovih pravicah** do zdravstvene oskrbe v Evropi. Ti centri si bodo izmenjevali informacije in bodo usposobljeni za zagotavljanje praktičnih informacij pacientom o pogojih za povračila in njihovih stopnjah, možnih zdravljenjih, izvajalcih, postopkih pravnega varstva idr. Na ta način bodo imeli pacienti jasnejšo idejo o kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev, zagotovljenih v tujini, in bodo lahko v zvezi z njimi sprejemali z informacijami podprte odločitve o čezmejni zdravstveni oskrbi.

Ali lahko pacient prenese svojo zdravstveno kartoteko v državo članico, kjer bo deležen zdravljenja?

Država izvora bo zagotovila, da bo izvajalec zdravstvenih storitev v državi zdravljenja lahko dostopal do pacientove zdravniške dokumentacije v papirni ali elektronski obliki, v skladu z direktivami o varstvu podatkov. Okrepljeno sodelovanje med državami članicami glede e-zdravja bo zagotovilo, da bodo ti podatki popolnoma čitljivi in razumljivi. Drugače povedano, zdravstveni informacijski sistemi bodo zmožni »komunicirati med seboj«. Ne samo, da bo to okrepilo varnost pacienta, temveč bodo tudi sistemi zdravstvenega varstva pridobili na trajnosti.

Kaj mora pacient narediti v primeru težav med zdravljenjem v tujini?

Novi zakon določa odgovornost države zdravljenja in države povračila v primeru pritožb in pravnega varstva. Nacionalne kontaktne točke bodo pacientom zagotovile informacije, ki jih v zvezi s tem potrebujejo.

Kako naj pacient ve, ali bo zdravljenje, ki ga je bil deležen v tujini, ob njegovi vrnitvi domov imelo primerno nadaljevanje?

Predvidenih je več ukrepov za zagotovitev nadaljevanja zdravljenja. Država zdravljenja bo zagotovila, da bodo imeli pacienti dostop do svoje zdravstvene dokumentacije v zvezi s prejetim zdravljenjem v papirni ali elektronski obliki. Matična država bo zagotovila zdravniško spremljanje enake kakovosti ne glede na to, kje v EU je bilo zdravljenje opravljeno.

Bo pacientov recept sprejet v drugi državi članici EU?

Recept, izdan v drugi državi EU, bo sprejet v državi stalnega bivališča pacienta in obratno. To zagotavlja ustrezno spremljanje zdravljenja po pacientovi vrnitvi domov. Pacient ima pravico dobiti predpisano zdravilo pod pogojem, da ima zadevno

zdravilo dovoljenje za prodajo in je dostopno v državi, kjer si ga želi pacient priskrbeti. Načeloma bi morali biti recepti že priznani po vsej EU. Vendar v praksi ni vedno tako. Ta nova direktiva bo dala farmacevtom potrebna orodja za razumevanje čezmejnih receptov (na primer za boljšo identifikacijo predpisane zdravila ter zadevnih zdravnikov in pacientov).

Katere koristi izhajajo iz mreže za ocenjevanje zdravstvene tehnologije (HTA)?

Mreža nacionalnih organov ali teles, pristojnih za ocenjevanje zdravstvene tehnologije, bo privedla do stalne strukture EU za sodelovanje na tem področju. Dodana vrednost HTA bo nosilec političnih odločitev pomagala pri sprejemanju pravih odločitev o naložbah v zdravje in porabo zanj. Cilj sodelovanja v zvezi s HTA je zagotavljanje objektivnih in zanesljivih informacij o učinkovitosti in uspešnosti zdravstvenih tehnologij. To pomeni konkretno ukrepanje, ki še dodatno krepi z informacijami podprto sprejemanje odločitev nacionalnih organov.

Kaj je še treba storiti?

Na nacionalni ravni bodo države članice vzpostavile **vsaj eno nacionalno kontaktno točko**, ki bo pacientom zagotavljala vse ustrezne informacije. Poskrbele bodo, da bodo njihovi referenčni centri sodelovali v evropski referenčni mreži. Zagotoviti morajo, da se uvedejo upravni postopki za uporabo čezmejnega zdravstvenega varstva in glede povračila stroškov, vključno s pritožbenimi postopki in mehanizmi za izračun stroškov. Komisija bo vzpostavila mreže za krepitev sodelovanja EU na področju ocenjevanja zdravstvene tehnologije in e-zdravja. Pomagala bo tudi olajšati priznavanja čezmejnih receptov.

Kdaj bo ta zakon začel veljati?

Nacionalne vlade imajo 30 mesecev za vključitev teh ukrepov v nacionalno zakonodajo.

Povzeto s spletne strani: <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=MEMO/11/32&format=HTML&aged=0&language=SL&guiLanguage=en>

Dodatne informacije lahko najdete na spletni strani: http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/policy/index_en.htm

Povzela: Marta Brečko Vrhovnik

Podjetje Audax je Katedri za zobno in čeljustno ortopedijo podarilo sodobno računalniško opremo

Maja Ovsenik

V septembru 2010 je podjetje Audax, d. o. o., podarilo Medicinski fakulteti oz. Katedri za čeljustno in zobno ortopedijo računalniško opremo za diagnostiko čeljustnih in zobnih nepravilnosti. Podjetje Audax že dve desetletji razvija računalniško programsko opremo za zobozdravstvo, in to ne le za potrebe in zahteve, ki jih narekujejo administracija ter zdravstvene zavarovalnice, temveč imajo posluš tudi za vsakdanje klinično delo.

Dejan Pirtovšek, dr. dent. med., je v času specializacije na Centru za čeljustno in zobno ortopedijo in priprave specialistične naloge pod mentorstvom prof. dr. Franca Farčnika sodeloval s podjetjem Audax pri kliničnem testiranju programske opreme Ax.CEPH za računalniško analizo stranske telerentgenske slike glave. Pri računalniški analizi so kot izhodišče za analizo uporabili standarde, ki jih je v svojem doktorskem delu pod mentorstvom prof. dr. Farčnika izdelala doc. dr. Martina Drevenšek za slovensko populacijo otrok v obdobju rasti in razvoja v menjalnem zobovju.



Direktor podjetja Audax, d. o. o., g. Peter Kobal, prodekan Medicinske fakultete prof. dr. Ljubo Marion in predstojnica Katedre za čeljustno in zobno ortopedijo doc. dr. Maja Ovsenik ob slovesni predaji sodobne računalniške opreme, ki bo omogočila kakovostnejše dodiplomsko in podiplomsko izobraževanje na področju čeljustne in zobne ortopedije.

Podjetje Audax, d. o. o., je Katedri podarilo poleg računalniškega programskega paketa »Ax.CEPH« za analizo stranske telerentgenske slike tudi šest računalnikov, ki se nahajajo ob vsakem zobozdravniškem stolu v vajalnici Katedre in Centra za čeljustno in zobno ortopedijo in so namenjeni za kakovostnejše izvajanje pouka za študente dentalne medicine in specializante

čeljustne in zobne ortopedije. Slovesna predaja sodobne opreme za diagnostiko čeljustnih in zobnih nepravilnosti je bila 15. decembra v vajalnici Katedre za čeljustno in zobno ortopedijo. S svojo prisotnostjo so jo poleg članov Katedre in Centra za čeljustno in zobno ortopedijo počastili še prof. dr. Franc Farčnik in prodekan Medicinske fakultete prof. dr. Ljubo Marion.

Univerza
v Ljubljani
Medicinska
fakulteta



Univerza v Ljubljani
Medicinska fakulteta, Vrazov trg 2, Ljubljana
razpisuje v poletnem semestru štud. leta 2010/2011
naslednje podiplomske tečaje:

1. **Javno zdravje**
2. **Klinična nevrofiziologija (smer elektroencefalografija)**
3. **Javno zdravje otrok, mladostnic in mladostnikov**
4. **Nuklearna medicina**
5. **Otroško in preventivno zobozdravstvo**

Ad 1) Na dvosemestrski podiplomski tečaj **Javno zdravje** se lahko prijavijo kandidati, ki so končali univerzitetni študij medicine, dentalne medicine, veterine, biologije, farmacije, prava, ekonomije, sociologije in politologije oz. ustrezni univerzitetni študij 2. stopnje, ter diplomanti drugih univerzitetnih študijev, če so zaposleni v zdravstvenih zavodih ter drugih zavodih pri delih, povezanih z zdravstvenim varstvom. Šolnina za en semester bo 1.500 EUR.

Ad 2) Na enosemestrski (šestmesečni) podiplomski tečaj **Klinična nevrofiziologija (smer elektroencefalografija)** se lahko prijavijo specialisti oz. starejši specializanti nevrologije in pediatrije. Tečaj bo potekal od začetka marca do konca oktobra 2011, s prekinitvijo v juliju in avgustu. Sprejeti bodo največ trije kandidati. Šolnina bo 4.000 EUR.

Ad 3) Na šesttedenski podiplomski tečaj **Javno zdravje otrok, mladostnic in mladostnikov** se lahko prijavijo specializanti pediatrije. Na študij bo sprejetih 20 slušateljev. Šolnina bo predvidoma 1.740,76 EUR.

Ad 4) Na enosemestrski podiplomski tečaj **Nuklearna medicina** se lahko prijavijo zdravniki, zdravniki specializanti in inženirji radiologije (rentgenski tehniki). Na tečaj bo sprejetih 10 slušateljev. Pričetek tečaja bo 31. januarja 2011. Šolnina za zdravnike bo predvidoma 4.000 EUR. Šolnina za radiološke inženirje bo predvidoma 1.000 EUR.

Ad 5) Na dvosemestrski podiplomski tečaj **Otroško in preventivno zobozdravstvo** se lahko prijavijo kandidati, ki so končali univerzitetni študij dentalne medicine, oziroma specialisti stomatologije. Tečaj bo organiziran v obliki celotedenskih sklopov: petih v letnem semestru 2010/2011 in petih v zimskem semestru 2011/2012. Šolnina za en semester bo predvidoma 1.750 EUR. Pričetek tečaja bo 28. februarja 2011. Informacije: ga. Sonja Leben, tel. 522 43 71.

Prijave sprejema tajništvo Medicinske fakultete, Vrazov trg 2, Ljubljana, do 15. januarja 2011. Prijavi priložite življenjepis, fotokopijo diplome, izjavo ustanove ali kandidata o plačilu kotizacije, dokazilo o opravljeni specializaciji. Vsi kandidati bodo pravočasno obveščeni o kraju in pričetku tečaja.

Odziv na članek

Selitev Inštituta za varovanje zdravja v nove prostore (Isis, januar 2011, Forum)

V svojem komentarju k prispevku D. Nolimala Selitev Inštituta za varovanje zdravja (IVZ) v januarski številki Isis gospod Darko Lečnik, arhitekt objekta Dunajski kristali (v nadaljevanju tudi »kristali«), navaja kar nekaj mnenj in trditev, s katerimi se ne moremo strinjati. Prav je, da je slovensko zdravništvo »zaradi zagotovitve podlag za objektivno presojo« seznanjeno tudi z mnenji zaposlenih na IVZ, ki se jih predlagana selitev še kako dotika.

Trditi, da je okolje ob obvoznici čistejše od centra Ljubljane zaradi bližine Save, Rašice in Kamniških Alp (in »morda še norveških fjordov«), je približno tako, kot da bi trdili, da je okolje v Trbovljah čistejše zaradi bližine Save in zato, ker so povsod naokoli hribi z obsežnimi gozdovi. Dejstvo je, da tako v Ljubljani kot v Trbovljah onesnaženje lepo ostane v kotlinah in blizu vira onesnaženja. Za razliko od kristalov, ki ležijo v precepu dveh obremenjenih prometnic, Dunajske in obvoznice, je IVZ na Prešernovem trgu veliko na boljšem, saj se onesnaženost s Slovenske in okoliških cest dokazano zmanjšuje z oddaljenostjo od vira onesnaženja. Trditev, da je Prešernov trg najbolj onesnažen del Ljubljane, je neresnična glede na podatke, ki smo jih pridobili od Agencije RS za okolje (ARSO). Za ugotavljanje onesnaženosti zraka v Ljubljani ima ARSO dve merilni mesti. Eno na križišču pri Hotelu Lev (bolj onesnaženo), drugo pa na Jamnikarjevi ulici, v bližini Živalskega vrta (manj onesnaženo). Včasih je bilo eno merilno mesto na Ajdovščini, drugo pa na Vojkovi (na dvorišču ARSO). Ker zaradi velike gostote prometa in onesnaženosti okolja ti dve mesti nista bili reprezentativni, so ju predstavili na sedanji lokaciji. Ni nam jasno, na podlagi katerih podatkov g. Lečnik trdi, da je Prešernov trg bolj onesnažen od križišča Dunajske in obvoznice. Kajti za nobeno od teh dveh lokacij podatki o onesnaženosti zraka ne obstajajo. Logično pa smemo sklepati, da bo zrak na križišču dveh zelo prometnih cest (Dunajske in obvoznice) bolj onesnažen, kot je na Prešernovem trgu in okoliških ulicah, ki so vse za promet zaprte. Njegova trditev je lahko marketinška izjava nekoga, ki prodaja svoj objekt, z realnostjo pa nima zveze. Tudi Mabra inženiring potencialnim kupcem stanovanjskih

objektov obljublja, da jih bo poslovni del v ospredju varoval pred hrupom ter neprijetnimi emisijami z obvoznice in servisnih cest (http://www.amate.si/files/Dunajski-kristali-Tehnini-opis-stanovanja_31.3.2009.pdf - privzeto s spletne strani 10. 1. 2011). Sprašujemo se, kaj je torej res. Ali je bilo pri projektiranju objektov vodilo čisto okolje, ki ga ponuja naravno zaledje zelene doline Save in gozdov Rašice do Kamniških Alp, kot v svojem odgovoru ponuja g. Lečnik, ali da je potrebno stanovanjske objekte zaščititi pred škodljivimi vplivi z obvoznice s poslovnim objektom, kamor naj bi naselili zaposlene iz IVZ, kot trdi Mabra v svojem oglasu na zgoraj navedeni spletni strani? In kako to, da tako izjemen objekt še ni dobil kupcev za preostala dva stolpiča in za več kot polovico stanovanj? Zakaj ne bi v preostala dva stolpiča kristalov »selili« kar »aktualnega župana«, na katerega se tako osladno sklicuje gospod arhitekt Darko Lečnik?

Umetno prezračevanje bi lahko zagotavljalo dotok svežega zraka, če bi bil zrak zunaj svež in čist. Prezračevalne naprave na lokaciji Dunajski kristali ne bodo zajemale zunanega zraka iz Rašiških gozdov in še manj Kamniških Alp, ampak iz neposredne bližine stavbe, to je iz dveh zelo prometnih cest. Neizpodbitno dejstvo je, da je najcenejše in najučinkovitejše prezračevanje prostorov odpiranje oken na stežaj, kar je možno v vseh sedanjih prostorih IVZ. V Dunajskih kristalih se bodo okna dala odpreti le v približno polovici prostorov, kar pomeni, da bo polovica zaposlenih delala v slabše prezračenih prostorih, ki bodo zato tudi bolj ogrožajoči za zdravje.

G. Lečnik v svojem prispevku navaja, da po strokovnem ogledu stavbe IVZ meni, da je stavba obremenjena s stoletje starimi ometi in tlaki, v katerih je najbrž naseljenih vrsta plesni in bakterij ... Če bi si g. Lečnik sedanjo stavbo IVZ res strokovno ogledal, potem bi trdil, namesto menil in domneval, svoje trditve pa bi dokazoval z analizami in meritvami. Pri njegovem strokovnem ogledu stavbe IVZ ga zaposleni nismo opazili. Če pa se je kdaj po njej slučajno sprehajal, pa se čudimo, da ni opazil povsem prenovljene kleti, pritličja in podstrešja ter povezovalnih hodnikov.

Glede domnevno povzročene škode: škodo si investitor dela kar sam, saj oglašuje tudi take čudaškosti, kot je tista, da poslovni objekt štiti stanovanjskega pred onesnaženjem; škodi si s tem, da ne izpolnjuje rokov, ki si jih je sam zadal; škodi si npr. z dvorano v Domus Medica, kjer se sedeži lomijo pod normalno težkimi obiskovalci, kjer je kakovost opreme (cenena plastika in sintetične prevleke na stolah, obešalniki na stenah kot iz hobi programa) in funkcionalnost prostora (se ga ne da zatemniti) pod vsako kritiko. Škodi si s tem, da je zahteval izločitev priznanega arhitekta, ki svetuje IVZ, zaradi tega, ker je opozarjal na nestrokovno izvedbo del: estrihi neustrezne debeline, izbira cenejših materialov, predvsem podov, odsotnost notranjih senčil na oknih itd. Škodi si s tem, ko se skriva za javnosti neznenimi lastniki Mabre inženiringa iz liechtensteinskega poštnega nabiralnika.

G. Lečnik trdi, da je že vrsto let mnogim znano, da se IVZ srečuje s prostorsko stisko ... Zelo bi nas veselilo videti vire, na podlagi katerih je mnogim znano o prostorski stiski IVZ. O stavbi IVZ je iz medijskih poročil in sklepov vlade znano le to, da je odločitev o prodaji padla v času ministriovanja g. Miklavčiča, ki je sklenil posel z javnosti neznanimi lastniki Mabre inženiringa, da je vodstvo IVZ pred tem res izrazilo željo po novem objektu inštituta, ki bi na enem mestu združil vse dejavnosti, pa ne zaradi pomanjkanja prostora, ki ga je že sedaj povsem dovolj, lahko bi ga le bolj racionalno izrabili; se pa IVZ nikoli ni opredelil do kristalov (zaposleni so odločno proti kristalom). Po pripovedovanju direktorice IVZ je bil minister Miklavčič odločno proti izgradnji namenske nove

stavbe IVZ; česar tudi nihče od zaposlenih sodelavcev ni predlagal. Kristale je ponudil kot ultimativno in edino rešitev. Pri tem je slabo spogajal sedanjo zelo funkcionalno kvadraturu IVZ, ki znaša cca. 3500 m² (»neto«) za 150 zaposlenih, za domnevnih cca. 5400 m² (»bruto«) kristalov. Dejansko gre pri kristalih za komaj kakih 3800 m² uporabne površine. Pri tem naj bi se 150 zaposlenim sodelavcem IVZ priključili zaposleni iz Javne agencije za zdravila in medicinske pripomočke. Torej naj bi na novo lokacijo »stlačili« 300 zaposlenih javnih delavcev. To posredno potrjuje tudi sam g. Lečnik, ki pravi, da »celotni kvadraturi, ki je predmet menjave, manjka cca 30 odstotkov površin, saj niso predvideli površin, ki bi bile potrebne za vertikalne in horizontalne komunikacije, sanitarije, čajne kuhinje, za sobe za fotokopiranje itd.« Država se s tem poslom tudi odpoveduje lastniškemu deležu na celotni stavbi v središču mesta za solastništvo z neznanimi lastniki na mestnem obrobju. Slednje se lahko izkaže kot zelo problematično v kontekstu varovanja osebnih in nacionalnih zdravstvenih podatkov kot tudi hranjenja cepiv. S selitvijo v kristale pa IVZ ne bo dosegel bistvenega cilja, združitve dejavnosti na eni lokaciji, saj bo ostal povsem enako razpršen po Ljubljani kot do sedaj. Država in slovensko zdravništvo bo po nepotrebem izgubilo reprezentativno stavbo, namenjeno razvoju preventivne medicine in javnega zdravja, posredno pa razvoju celotnega slovenskega zdravstva.

Zaposleni na IVZ:

Rade Pribaković, Lucija Perharič, Evita Leskovšek

Odziv na članek

(Ne)varnost cepljenja

Miloš Židanik

Kolegici sta v zadnji Izidi objavili članek s tem naslovom. Čutiti je, da sta ga objavili zato, ker v zadnjem času slišita vedno več glasov staršev, ki se ne strinjajo z državno prisilo cepljenja. V zaključku pišeta »dejstvo je, da je cepljenje varen način varovanja ... tveganja, ki jih cepljenje prinaša, so v primerjavi z morebitnimi posledicami bolezni, proti kateri cepimo, bistveno manjša, vsekakor pa jih ne moremo izključiti.« Že ti trditvi sta si v nasprotju – ne razumem, kako lahko nekdo govori o dejstvu, da je nekaj varno, v naslednjem stavku pa prizna, da tveganja dejansko obstajajo.

Avtorici menita, da ljudje dvomijo v varnost cepiv, ker ne poznajo strogih pogojev proizvodne prakse in postopkov registracije cepiv na podlagi študij.

V preteklem letu je svetovno javnost pretresel škandal s cepivi proti »novi gripi«. Mimogrede smo izvedeli, da so bila nekatera cepiva proizvedena za severnoameriški, nekatera za evropski trg, druga za druga tržišča. Ko so se pojavili resni stranski učinki pri nekaterih, ki so cepivo prejeli. Se pravi, da obstajajo različni protokoli proizvodne prakse v istem podjetju. Izvedeli smo za podkupnine, ki so jih prejeli vidni uslužbenci SZO. Je to res teorija zarote? Slišal sem, resda iz druge roke, da je podjetje, ki je cepivo proizvajalo, na ločenem zaprtjem srečanju z zdravniki splošne medicine v Portorožu dajalo informacijo ob podpisu, da dobljenih informacij ne bodo širili. Sam minister je priznal, da je podpisal s farmacevtsko družbo pogodbo z zelo

nejasnimi pogoji nakupa. Ob zelo jasnem psihološkem pritisku na državljane, ki so ga ustvarjali SZO in predstavniki našega zdravstva. Verjamem, da so slednji samo padli v že ustvarjene predstave glede nevarnosti pandemije te nove gripe.

Kdo je imel interes za paniko svetovnih razsežnosti? In kdo je pravočasno prav zaradi panike dosegel, da bo za odškodninsko odgovornost ob morebitnih stranskih učinkih cepljenja odgovarjala država in ne Glaxo Smith Kline? Je to teorija zarote ali golo dejstvo? Zakaj se sploh pogajati za odškodninsko odgovornost, če je cepivo varno?

Kolegici sta v Uvodu zapisali: »Redkih in resnih dogodkov, ki so povezani s cepljenjem, brez študij primerov s kontrolami, v katerih iščemo vzročno povezavo med cepljenjem in neželenim dogodkom, ne moremo pripisati cepljenju.« Ja, to je problem s cepljenjem. Ker ni dvojno slepih študij na veliki populaciji (kjer bi se pokazala povezava med cepljenjem in stranskimi učinki z nizko incidenco), samo epidemiološki podatki pred začetkom cepljenja in po njem. Ker je cepljenje pač obvezno. Ker so bili standardi registracije cepiv ob njihovem nastanku drugačni kot so danes. In ker bi bil dvojno slepi poskus danes (domnevam) nezakonit, ker morajo biti vsi otroci cepljeni. Tako je že nekaj desetletij. In kdo bo tako študijo izvedel? Glaxo Smith Kline, ki tako že ima dovoljenje za proizvodnjo cepiv in s strani države uzakonjeno obveznost cepljenja? Kakšna druga farmacevtska družba? Bi bilo v interesu farmacije dokazati, da je možno avtizem in avtoimunska obolenja povezati s cepljenjem? Kje je tu teorija zarote?

Problem medicine je enoumje. Medicina je svet diagnostičnih in terapevtskih smernic, od katerih se ne sme odstopati. Drugače izgubimo licenco. Tu ni prostora za razmišljanje, dvom je luksuz, ki si ga medicina ne sme privoščiti. Mimogrede: vsi smo morali podpisati, da se s homeopatijo ne bomo ukvarjali, sicer nam lahko gre licenca. Biološko-medicinska paradigma zahodnega sveta, ki ga poznamo, homeopatije pač ne razume. Ko je moj sin začel dobivati prve zobke in je bil zaradi bolečin zelo glasen, mu je moja žena dala homeopatske granule in bolečine so v trenutku ponehale. Kako je to možno? Deluje pri enoletnem otroku homeopatija kot placebo? Iskreno dvomim. Moja soproga je imela kronična vnetja ledvic in mehurja, bila je velik in hvaležen porabnik primotrena nekajkrat na leto 6 do 7 let, dokler se ni odločila za homeopatijo. Sedaj ima težave, ki bi zahtevale pomoč antibiotikov, morda enkrat na dve leti. Cepljenje je del tega enoumja. Zdravniki ne smemo razmišljati drugače, kot je uradna doktrina. In ta daje teoretično podporo ustaljeni praksi cepljenja.

Avtorici precej pošteno naštevata stranske učinke cepljenja. »Precej« sem dodal zato, ker upravičeno domnevam, da izhajata iz podatkovne baze, ki jima je na voljo, baze Inštituta za varovanje zdravja. Priporočal bi poimensko analizo prijaviteljev stranskih učinkov cepljenja. Domnevam namreč, da kljub temu, da je poročanje o stranskih učinkih obvezno, veliko zdravnikov ob vsakodnevni preobremenjenosti nima kje vzeti časa še za poročanje o stranskih učinkih cepljenja. Domnevam, da prihajajo podatki samo od dela pediatrov in ne od vseh. Seveda so to samo moje domneve, se mi pa zdi, da jih mora vsak raziskovalec, ki želi te podatke uporabiti kot argumente, preveriti. Psihologi pričakujejo, da bo vrnjenih anket pri neki raziskavi okrog 35 odstotkov. Glede na to, da je odgovarjanje z anketo enkratni dogodek, prijavljanje stranskih učinkov pa večkratno preko dolgega časovnega obdobja, dvomim, da je delež sodelujočih zdravnikov tako visok. Tako domnevam, da je dejanski delež stranskih učinkov, ki so kot taki zabeleženi, bistveno višji.

Avtorici v svojem članku pravilno ugotavljata, da obstaja razlika med cepljenjem zdravega človeka in zdravljenjem bolnega. Ob bolezi vzamemo določene stranske učinke v zakup. S cepljenjem pa tvegamo, da bomo zdravje, pa čeprav v majhnem odstotku tvegamo, spremenili v bolezen. Tudi avtorici ne trdita, da je cepljenje povsem brez nevarnosti. Gledata s stališča skrbi za celo populacijo. In na tem nivoju preračunavata tveganje. Kot oče otroka, ki je predmet obveznega cepljenja, pa preračunavam drugače. On je zame cela populacija. Vem, da mu lahko cepljenje škodi. Vem, da lahko za neko boleznijo, zoper katero cepljenje obstaja, zbolim. Vendar tudi vem, da jo bo v tem primeru najverjetneje odnesel brez posledic, če bo potek bolezi težak, pa mu bo medicina najverjetneje lahko pomagala. To, da bo ostal s posledicami neke bolezi trajno zaznamovan, je zelo malo verjetno. Pa recimo, da je enako malo verjetno, kot da dobi stranski učinek cepljenja. Vendar je razlika v tem, da sem za to, da se ga je cepilo, odgovoren jaz, ki sem za to dal svoj pristanek, za to, da je zbolel za neko boleznijo, pa nisem (če izvzamem opustitev cepljenja). Razlika je v občutkih krivde, ki bi jih kot oče imel v prvem in drugem primeru. Zato pa moram preveriti, kakšne možne nevarnosti čakajo otroka v prvem in kakšne v drugem primeru. In ker gre za mojo osebno odgovornost pred samim sabo, ne morem slepo zaupati medicini in še manj slepo zaupati Državi, da vesta, kaj je najbolje zame in za mojega otroka.

Moja žena je rojevala v porodnišnici 16 ur in pol. Bila je deležna obtoževanja, kako je ona odgovorna za tako dolg porod, ker se je odločila za naravni porod. Na koncu mi je kirurg po opravljenem carskem

reзу povedal, da je bil razlog zastoja poroda v okrog sinovega vratu oviti popkavnici. Če ne bi pritisnil, da so poseg še pravočasno opravili, če bi prišlo do zastoja niže v kanalu (sin je imel močno porodno oteklino na glavicu), bi lahko bil sin prizadet do konca svojega življenja. Kaj bi mi pomagalo v tem primeru, če bi izrazili svoje obžalovanje in dostavili, da do tega zapleta pač pride v enem na ne vem koliko porodov? S soprogo poznavam starše, ki se jim je zgodilo prav to. In kaj mi pomaga, če moj otrok po cepljenju razvije avtizem in slišim, da tega ni možno povezati s cepljenjem, jaz pa živim s prizadetim otrokom in me skrbi, kaj bo z njim po moji smrti? To se je zgodilo moji pacientki. Vsi vemo, da so avtoimunske bolezni v porastu, pa nihče ne ve, zakaj. Ali pa noče vedeti? Menda zaradi večje koristi za javno zdravje, če ostanemo pri obveznem cepljenju? Ženin nečak ima na mestu cepljenja globok defekt kože in mišice pod njo. Starši se dogovarjajo za operacijo na plastični kirurgiji. Zadeva ni življenjsko nevarna, pa vendar ne želim, da bi jo dobil moj sin. Mi lahko avtorici članka zagotovita, da se to mojemu sinu po cepljenju ne bo zgodilo? Seveda ne. In če mi bosta zagotovili, bosta sprejeli osebno odškodninsko odgovornost, če bo do take posledice prišlo?

Prof. dr. Miha Likar, domnevam tudi za avtorici nesporna avtoriteta na področju cepljenja v Sloveniji, v knjigi *Cepiva danes in jutri* (Arkadija, Ljubljana, 2004) v Predgovoru opisuje svoje slabe osebne izkušnje s cepljenjem v preteklosti. Upravičeno domnevam, da je vedno cepil v prepričanju, da je cepivo varno in učinkovito. Koliko smo se pripravljene naučiti iz preteklosti? Koliko sta se iz te preteklosti učili avtorici članka, ki sta zapisali »dejstvo je, da je cepljenje varen način varovanja pred mnogimi nalezljivimi boleznimi, kar se je izkazalo v dolgoletnih izkušnjah.« Izkušnje prof. dr. Likarja so očitno drugačne od njenih. Ali izkušnje v Avstraliji, kjer so s cepljenjem domorodcev le-te skoraj iztrebili. Ali res kdo misli, da so sedaj cepiva resnično varna in brez škodljivih stranskih učinkov, čeprav je zgodovina na predhodnikih tega istega cepiva še vedno pokazala drugačno sliko? Na strani 20 zgoraj omenjene knjige dr. Likar jasno zapiše: »Družbi je v prid, če se posameznik imunizira. To pa ni vedno v interesu posameznika.« Mar tudi on ni bil seznanjen s strogimi pogoji izdelave in registracije zdravil?

Pred kratkim sem dobil obvestilo po e-pošti, da je FDA izdala opozorilo, da lahko lamotrigin povzroča aseptični meningitis. Zdravilo, ki so ga kot zelo varno priporočali predstavniki družbe Glaxo Smith Kline, kjer so zdravilo odkrili in patentirali kot lamictal. Ah ja, saj to je ta družba, ki se ima za pionirja na področju raziskovanja cepiv in zaradi katere imamo polna skladišča nevarnih odpadkov. In kako je nasploh z

etiko raziskav v farmaciji? Ko poslušam predavanje statistikov neke farmacevtske družbe o prikazovanju učinkovitosti novih zdravil v primerjavi s placebom in kako rezultati nekaterih delnih raziskav pristajajo v predalih, to v meni ne vzbudi občutka varnosti in slepega zaupanja v Farmacijo in medicino, ki slepo zaupa, kako »strogi so pogoji proizvodne prakse in postopki registracije cepiv«. Ne razumite me narobe – še kako sem hvaležen farmacevtski industriji, da obstaja. Na lastne oči sem videl učinke psihotropnih zdravil, ki so moje osnovno orodje, in vem, da delujejo. Vendar je moje zaupanje v Farmacijo pogojno. In enako v predstavnike Medicine, ki izražajo popolno zaupanje v Farmacijo. Še posebej takrat, ko izražajo zahteve, ki še kako zadevajo mene oz. mojega otroka, in to proti moji volji. In razlagajo, da so me dolžni prijaviti organom pregona. Naši znanci plačujejo vedno znova po 400 evrov, ker ne želijo cepiti svojega otroka. In komu ali čemu naj zaupam? Medicini, ki pravi, ne škodi (pa s prijavo neposredno, objektivno in merljivo škodi celotni družini otroka), ali sistemu, ki trdi, da je demokratičen, uporablja pa diktatorske metode?

Avtorici članka prosim, da prebereta dve knjigi, o katerih sem v Izidi že pisal. Prva je Miller NZ, *Cepiva: So res varna in učinkovita*. Ljubljana, Ved, 2004. Knjigo so na pot pospremila mnenja zdravnikov in tudi sicer nastopa z argumenti medicinsko-biološke paradigme. Citira podatke medicinskih strokovnih revij in se loteva posameznih bolezni, tako epidemioloških podatkov pred cepljenji kot po njih, nevarnosti, ki jih za otroka predstavlja sama bolezen, in nevarnosti, ki jih za njega predstavlja cepljenje. Za več bolezni opaža, da je smrtnost zaradi njih že pred obstojem cepljenja drastično padla zaradi medicinskih, higienskih in drugih družbenih ukrepov. Navaja podatke, da so otroci za bolezni, zoper katere so bili cepljeni, obolevali kljub prejetemu cepivu, v nekaterih primerih je cepivo celo povečalo obolenost za prav to boleznijo. Druga knjižica je Chaitov L, *Cepljenje in imunizacija. Nevarnosti, zablode in alternative*. Maribor, Iztok Vrhovec, 1998. Avtor se ob argumentih za in proti cepljenju ustavi tudi pri drugih ukrepih, ki bi lahko cepljenje nadomestili, tako s krepitvijo imunskega sistema kot z alternativno, naravno imunizacijo. Menim, da je vsak, ki želi predstaviti neko trditev kot dejstvo, dolžan v istem delu predstaviti tudi nasprotna in drugačna mnenja zunaj svojih kognitivnih shem oz. okvirjev razmišljanja. Šele potem si lahko bralec svoje mnenje izdela sam. Sicer smo naenkrat v svetu krščanskih skupnosti, od katerih ima vsaka svojo Resnico, vsaka svoje preroke in prepričanja (na podlagi istega Svetega pisma), med njimi pa dialoga ni, samo prepričevanje in poslušanje svojih argumentov. Strpnost pomeni slišati (ne le poslušati) druge in

sprejemati argumente drugih ljudi, čeprav so v hudem razkoraku z našim strokovnim prepričanjem. Najlažje je odmahniti z roko, saj gre za laike, ki ne poznajo strogih kriterijev za izdelavo in registracijo zdravil. Dosti težje se je ustaviti in se vprašati – kaj pa če sem morda jaz v zmoti?

Za konec bi rad predstavil nekoliko skrajšano in prirejeno verzijo izjave, ki jo je moj prijatelj našel na ameriških spletnih straneh (<http://www.vaclib.org/exemption.htm>). Izjavo dajejo v podpis zdravnikom starši, ki svojih otrok ne pustijo cepiti. Menda še ni bilo pediatra ali zdravnika družinske medicine, ki bi jo bil pripravljen podpisati.

(Zdravnikovi podatki) izjavljam, da dobro poznam vsa tveganja in koristi vseh zdravil, ki jih predpisujem svojim bolnikom. Menim, da je (ime in priimek otroka), ki sem ga/jo pregledal, potrebno cepiti. Spodaj naštevam vrste cepiv in bolezni, proti katerim bom otroka cepil, in opisujem, kakšno je tveganje, ki ga posamezna bolezen prinaša (sledi prostor za seznam cepiv in bolezni z nevarnostmi, ki jih za otroka predstavlja posamezna bolezen). Zavedam se, da cepiva vsebujejo mnoge od sledečih snovi: aluminijev hidroksid, aluminijev fosfat, amonijev sulfat, amfotericin B, dele živalskih tkiv (prašičje in konjske krvi, zajčjih možganov, pasjih in opičjih ledvic, govejega in fetalnega govejega seruma), betapropiolakton, formaldehid, formalin, želatino, glicerol, humane diploidne celice (dobljene ob abortusih), živosrebrni timerosol, natrijev glutamat, neomycin in neomycinov sulfat, fenoksietanol, fenol rdeči indikator, kalijev mono- in difosfat, polimiksin B, polisorbitat 20 in 80, kazeinski hidrolizat iz prašičje trebušne slinavke, rezidualne MRC5 proteine, sorbitol, tri(n)butilfosfat, VERO celice (izvorna linija iz opičjih ledvičnih celic) in izprane ovčje eritrocite, in s to izjavo potrjujem, da so te sestavine varne za injiciranje v telo mojega bolnika. Izjavljam, da sem skrbno preiskal vsa poročila in članke, ki trdijo nasprotno, še posebej poročila, ki govorijo, da živosrebrni timerosol povzroča težke nevrološke in imunološke

poškodbe, in menim, da ta poročila niso verodostojna. Zavedam se, da so nekatera cepiva kontaminirana s Simianovim virusom (SV 40), ki ga nekateri raziskovalci povezujejo z ne-Hodgkinovim limfomom in mezotelijomi pri ljudeh in eksperimentalnih živalih. Zagotavljam, da cepivo, ki ga uporabljam sam, ne vsebuje SV 40 ali kateregakoli drugega živega virusa. Poleg tega zagotavljam, da cepivo, ki ga uporabljam in ki ga bom apliciral (ime in priimek otroka), ne vsebuje celic iz abortiranih človeških zarodkov. Da sem zagotovil, da cepivo ne predstavlja nobenega tveganja za zdravje in da ne vsebuje nobenih dodatkov, ki bi lahko škodili zdravju, sem preveril in storil sledeče (prostor za opis postopkov). Osebnostno sem pregledal vse stranske učinke, ki jih vodi (ameriška različica Inštituta za varovanje zdravja), in menim, da je zdravilo povsem varno za otroka, mlajšega od 5 let. Moje ugotovitve so zajete v Prilogi 1 (prosim, argumentirajte za vsako cepivo posebej, skupaj z osnovo za sklep, da je to cepivo varno za otroke, mlajše od 5. leta starosti). V Prilogi 2 prilagam fotokopije strokovnih člankov, ki potrjujejo varnost cepiv, ki jih bom uporabil, in v Prilogi 3 fotokopije strokovnih člankov, ki trdijo nasprotno. Razloge, zakaj menim, da je potrebno argumente iz strokovnih člankov iz Priloge 3 prezreti, navajam v Prilogi 4. To potrdilo izdajam prostovoljno in pod polno kazensko in odškodninsko odgovornostjo. (Sledita podpisava zdravnika in notarja.)

Toliko o ZDA. Vsi vemo, da ZDA prej ali slej pridejo k nam. Čas je, da se privadimo na take izjave, če bomo hoteli nekaj početi zoper voljo nam zaupanih ljudi, še posebej takrat, ko ti niso bolni. Ne smemo pričakovati, da zadošča naš dober namen, da pomagamo ljudem. Sploh, če nismo pripravljeni slišati drugače mislečih. Avtorici zaključujeta, da je vprašanje, ali je naša družba dovolj zrela in poučena za prostovoljno cepljenje. Sam bi to vprašanje razširil – smo tudi zdravniki dovolj poučeni in dovolj zreli, da drugače mislečim dovolimo razmišljati in se odločati drugače, kot razmišljamo in od staršev pričakujemo sami?

Izzivi slovenskega zdravstva II

Nina Mazi

Članek je nadaljevanje iz prejšnje številke, kjer so bili od izzivov slovenskega zdravstva obravnavani pomanjkanje (primernih) zdravnikov, čakalne dobe, zdravila, odličnost in kakovost, javno-zasebno partnerstvo ter korektno, transparentno in pošteno plačevanje zdravstvenih produktov – proizvodov in storitev.

- **Reforma na področju terciarne dejavnosti**, ki zaradi občutnega zmanjšanja sredstev iz zavarovalniške blagajne lahko poteka skorajda povsem oziroma predvsem v obliki prostovoljne dejavnosti, na etični pogon. Kar v praksi pomeni, da je danes (še) na voljo, že jutri pa je morda sploh ne bo več mogoče zaslediti v ponudbi slovenskega zdravstva. Pa ne zato, ker je nenadoma ne

bi več potrebovali. Če v kapitalizmu za vrsto dejavnosti in področij velja, da se vse začne in konča pri denarju, zdravstvo v urejenih, naprednih in demokratičnih državah v tem primeru predstavlja svetlo izjemo, ki potrjuje pravilo. Seveda pa poleg finančnih dejavnikov na terciarno zdravstveno dejavnost vpliva še vrsta drugih. Tako v primeru Kliničnega centra (KC) pristojni ugotavljajo, da zaradi prostorske utesnenosti in omejitev cestnega omrežja na lokaciji KC sedaj ni mogoče razvijati sekundarne in terciarne zdravstvene dejavnosti.

Iniciativa za gradnjo nove osrednje zdravstvene ustanove v RS ugotavlja, da bodo z izgraditvijo novega KC v Ljubljani odpravljene razlike v kakovosti in zmogljivosti zdravstvene infrastrukture med Slovenijo in drugimi članicami Evropske unije. KC v Ljubljani danes opravlja del dejavnosti na sekundarni ravni kot splošna bolnišnica ljubljanske zdravstvene regije, del dejavnosti pa kot terciarni zavod za območje cele države. Prepletanje različnih programov, ker osrednja Slovenija nima primerne splošne bolnišnice, ne omogoča optimalne dostopnosti in maksimalne učinkovitosti terciarnih storitev. Izboljševanje zdravja prebivalstva bo bistveno pripomoglo h gospodarskemu, socialnemu in okoljskemu razvoju ter razvoju odličnosti regij, utemeljeni na uporabi njihovih posebnih prednosti z zagotavljanjem sodobne in evropsko primerljive terciarne zdravstvene infrastrukture in storitev, ki podpira mobilnost bolnikov v Sloveniji in EU.

- Finančna vzdržnost in perspektiva celotnega zdravstvenega sistema. V predstavitvi pred parlamentarnim odborom oziroma poslanci, pred imenovanjem za ministra za zdravstvo, je sedanji prvi mož slovenskega zdravstva poudaril, da bo zdravstveni sistem težko še dodatno obremeniti (»izžeti«), saj novih finančnih obremenitev ne bo prenesel. Prav to pa se danes dogaja pred očmi strokovne in laične javnosti. Nesprejemljivo pri tem je predvsem dejstvo, da skušajo ob pomanjkanju objektivnih razlogov in argumentov oklestiti zdravstveni proračun s pomočjo degradacije, pavšalnih negativnih sodb, *ad hoc* pridobljenih negativnih ugotovitev, neutemeljenih očitkov in izsledki kvazianaliz na trhlih temeljih. V javnosti ustvariti vtis in utrditi prepričanje, da se v zdravstvu brezglavo troši in nekontrolirano zapravlja dragocene vire, sredstva in potenciale. Da si zdravniki polovico svoje plače prislužijo s počivanjem, brezdeljem in lenarjenjem – da medtem ko drugi zavzeto garajo osem ur na dan, zdravniki štiri ure delajo, štiri ure pa udobno bivakirajo v svojem belem plašču. S tovrstnimi napolnjenimi ogrožajo oziroma spodkopavajo njihovo strokovno avtonomijo, profesionalni ugled in osebno integriteto.

Vprašljivo oziroma sporno je tudi uvrščanje zdravnikov v okvir javne uprave, kamor (čeprav opravljajo dejavnost

izrednega javnega pomena) sploh ne sodijo. Zato jih je treba čim prej izvzeti iz plačnega sistema javnih uslužbencev in njihov materialni status urediti z ustrežno, panožno specifično pogodbo. Predlog, da bi zdravnike v javnem zdravstvu, ko gre za dolžino rednega letnega dopusta in izobraževanja, izenačili z ostalimi javnimi uslužbenci, terja poglobljeno analizo, trezno presojo in pragmatično obravnavo pred sprejemanjem odločitev o tej tako občutljivi in pomembni tematiki. Zlasti, ko gre za izobraževanje, izpopolnjevanje in usposabljanje, saj so znanje, izkušnje in kompetence (ZIK) za zdravnike vitalnega pomena. Učenje je za zdravnika obveznost in dolžnost »non plus ultra«. Omejitve engramske dejavnosti zdravnikov oz. medicincev predstavlja veliko večjo grožnjo za bolnike in nevarnost za zlom zdravstvenega sistema kot pomanjkanje denarja in materialnih sredstev.

Sicer pa je v EU načrtovanje, financiranje, delovanje in upravljanje zdravstvenih sistemov in sistemov socialne varnosti v pristojnosti oz. odgovornost vsake države članice. Ne glede na trenutno finančno krizo in gospodarsko recesijo se nacionalni zdravstveni sistemi na stari celini soočajo z zahtevnimi nalogami in velikimi izzivi, povezanimi zlasti s staranjem prebivalstva, nizko rodnostjo in bolj zahtevnimi bolniki. Vrh Evropske unije zato predlaga usklajeno delovanje in enotno prizadevanje za posodobitev, nadgradnjo in prilagajanje zdravstvenih sistemov aktualnim razmeram. V podporo državam članicam pri reformah nacionalnih zdravstvenih sistemov strokovnjaki EU predlagajo tri vzporedne dolgoročne cilje:

- zagotavljanje ustrezne razpoložljivosti in dostopa do zdravstvenega varstva in socialnih storitev;
- izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe oz. varstva;
- zagotavljanje racionalnosti in vzdržnosti financiranja.

Za dosego gornje triade ciljev je ključnega pomena, da vse vpletene strani sodelujejo pri oblikovanju trdnega partnerstva. Zmenjava najboljših idejnih rešitev, praks in izkušenj pomaga pri širjenju znanja in uvida, medsebojnem učenju in spodbujanju napredka. Med države z najboljšim zdravstvenim sistemom v globalnem merilu pa SZO uvršča Skandinavijo in Japonsko.

- Racionalizacija zdravstva. Ta ne more in ne sme potekati in graditi svoje perspektive le na omejevanju in klestenju dežurstev ter temeljiti le oziroma predvsem na zmanjševanju sredstev za osebne dohodke in nagrade – materialne privilegije in bonitete zdravnikov, marveč se mora usmeriti in osredotočiti zlasti v niše in na področja, ki finančno najbolj izčrpavajo slovensko zdravstvo. Na nakupe in naložbe, ki so se doslej izkazali za nepremišljene in nepotrebne – kronično nedonosne.

V UKC v Ljubljani so se odločili za koncept racionalizacije s pomočjo prenosa kompetenc. Tako se sedaj postopoma že lotevajo formalizacije prenosa nekaterih kompetenc z zdravnikov na diplomirane medicinske sestre (vodenje kroničnih bolnikov, anesteziologija), ki naj bi temeljil na soglasju v trikotniku vodstvo-zdravnik-medicinska sestra. V enem ali dveh letih bi lahko že formalizirali prve programe kliničnih specializacij. Prenos kompetenc naj bi predstavljal pomemben korak v smeri bolj racionalnega sistema in organizacije dela. Pristojni poudarjajo, da formalizacija kompetenc ni zasnovana kot ozek, interni projekt UKC v Ljubljani, marveč sega na nacionalno raven, saj zadeva vizijo stroke zdravstvene nege v vsej Sloveniji.

Kakovosti življenja vseh zaposlenih v zdravstvu ni mogoče izboljševati in dvigovati – zagotavljati na plečih zdravnikov, z brezkompromisnim omejevanjem in tanjšanjem njihovih plačilnih kuvert (za 12 milijonov evrov), stihijsko, *ad hoc* reorganizacijo dežurne službe oziroma sistema dežurstev ter ukinjanjem privilegijev in bonitet, ki si jih zdravniki z opravljanjem svojega zahtevnega poslanstva nedvomno zaslužijo. Njihovo delo terjaja pravilno vrednotenje, nagrajevanje, priznanje in spoštovanje. Pri javni obravnavi upravičeno pričakujejo več dialoga oz. poliloga ter manj očitkov in polen pod nogami. Seveda pa problematike zdravstva ni mogoče reševati niti na plečih bolnikov oz. uporabnikov na način, ki zdravnike ožigosa za grešne kozle, bolnike pa povzdiguje na piedestal zapostavljene in prikrajšane, trpeče populacije, ki se ji zaradi zdravniških zahtev godi nezaslišana krivica. Po načelu »deli in vladaj« spodbuja in izziva nevaren konflikt med argumentom moči in močjo argumenta – cena reševanja le-tega je pogosto zelo visoka. Pri tem pa nihče niti ne omeni dejstva (kaj šele, da bi ga izpostavil in poudaril), da za človeka v bolezni, stiski in bedi vedno poskrbi in skrbi zdravnik, ne vlada oziroma politika. Ta se (praviloma) odzove šele *post festum*, v vlogi gasilca (ne preprečevalca požara), natanko tako in toliko, kolikor je v njenem interesu. Potrebe in pričakovanja bolnikov oz. uporabnikov so pri tem drugotnega, stranskega pomena. Dober zdravnik pa se odziva (predvsem) v skladu s potrebami, željami in pričakovanji bolnika – skrb zanj predstavlja temelj njegovega poslanstva. Je predan svojemu delu, zavezan bolnikom in hkrati vpet v primež tržne ekonomije. Za pošteno, visoko strokovno opravljeno delo upravičeno pričakuje tudi dobro plačilo, v skladu s postulatoma iz stare zaveze, ki poudarja, da je delavec vreden svojega plačila.

Zdravnikom naj bi breme racionalizacije pomagali nositi tudi bolniki. Tako nameravajo pristojni pod drobnogled vzeti vsebinsko in finančno plat košarice pravic, preresetati višino bolniških nadomestil in analizirati

dolžino bolniške odsotnosti. Kot Damoklejev meč pa nad uporabniki zdravstvenih proizvodov in storitev visi tudi možnost (ponovne) uvedbe participacije. V tem primeru je treba na najvišjem nivoju določiti oz. sprejeti soglasje o stopnji zdravstvene in socialne kohezivnosti (lahko po vzoru Danske).

- Partnerstvo in odkrito, korektno sodelovanje. Nakopičene probleme v zdravstvu je in bo mogoče reševati ter odpravljati njihove posledice le s pomočjo spoštljivega partnerstva med vsemi členi zdravstvene verige, ki temelji na strokovnosti in človečnosti. Pogovori in pogajanja s figo v žepu ne vodijo do sprejemljivih kompromisov in uresničljivih ukrepov. Načrtovanje, oblikovanje in uveljavljanje kriterijev organizacije in delitve dela izven rednega delovnega časa ter plačevanje po kategorizaciji dežurnih mest, ki naj bi nadomestilo sedanji princip plačila po dežurnem zdravniku, sodi med »revolucionarne spremembe«, ki jih tudi z najtršo roko in železno voljo zdravstvenega in vladnega vrha ni mogoče izvesti čez noč in na ukaz. Preveriti pa je smiselno tudi, ali bi bilo zdravnike najbolje (najbolj korektno in pošteno) plačati po količini, kakovosti in zahtevnosti opravljenega dela.

Pri obravnavanju in tehtanju možnih rešitev je nujno upoštevati dejstvo, da je potrebne izboljšave in napredek ter posledične prihranke mogoče učinkovito zagotoviti tudi in predvsem na manj rigorozen in boleč način, z bolj dorečeno in sofisticirano organizacijo, ki na primer omogoča vzpostavitev »integralnega omrežja dežurnih mest«. Slednje naj bi preraslo v uresničljivo iniciativo za vzpostavitev bolj racionalne, logične in (stroškovno oz. poslovno) učinkovite mreže zdravstvenih organizacij in ustanov. Aktualne razmere pričajo, da delo zdravnikov, omejeno na okvir zakonsko določenih obveznosti, resno ogroža obstoj našega zdravstvenega sistema in vodi v (potencialno) infaustno funkcionalno odpoved slovenskega zdravstva. Zato je zdravstvene ustanove treba spodbuditi in jim zagotoviti pogoje oz. jim omogočiti, da si bodo nujno potrebne prihranke lahko zagotovile na druge, zdravnikom oz. zaposlenim in bolnikom bolj sprejemljive in prijazne načine. Pri uveljavljanju novih pogledov, spremenjene paradigme in drugačnega ravnanja je veliko bolj kot obračanje na politične veljake s prošnjo, naj po načelu »deus ex machina« posredujejo in ublažijo odpor oziroma nasprotovanje, potrebno poskrbeti za odkrit pogovor in razumevanje med zdravniki, jih prijazno povabiti h konstruktivnemu dialogu, polilogu in spoštljivo upoštevati njihove domiselne predloge.

Podobno kot na ostalih področjih, se tudi v zdravstvu odraža potreba po brezkompromisni uveljavitvi ploske oz. horizontalne hierarhije, ki v konceptu mrežnega povezovanja in sodelovanja pospešeno izpodriva

tradicionalno, stopničasto oz. vertikalno inačico. Povezovanje in združevanje, koordinacija in komunikacija sta v takih primerih pomembnejši, uspešnejši in učinkovitejši od intervencij z vrha ter žuganja s črnim scenarijem in sankcijami. Žal pa ob besedi partnerstvo glavčina pomisli predvsem na javno-zasebno navezo, ki pogosto služi predvsem ekonomskim interesom posameznikov.

- Razvoj, obstanek in perspektiva zdravniške zbornice kot poklicne oz. stanovske organizacije slovenskih zdravnikov *par excellence*. Tovrstne zbornice so prisotne tudi v drugih državah članicah EU. V Nemčiji, Franciji, Belgiji, Veliki Britaniji, Irski, Španiji, Portugalski, Italiji, Grčiji in Avstriji je članstvo v zdravniški zbornici obvezno za vse zdravnike in zobozdravnike. Na Danskem, Nizozemskem, Norveškem, Švedskem, Finskem in v Luksemburgu pa je članstvo prostovoljno. Na Norveškem je vanjo včlanjenih 94 odstotkov zdravnikov, na Danskem 94 odstotkov, v Avstriji (uradno) 100 odstotkov, na Švedskem 96 odstotkov, v Luksemburgu 63 odstotkov itd. Čeprav so mnenja o obveznem članstvu deljena, je zaenkrat glavčina, z ministrom na čelu, prepričana, da vprašanje članstva in obstoja zdravniške zbornice ni zadeva, ki bi jo bilo mogoče reševati mimogrede, *ad hoc* in *ex cathedra*. Ker spremembe na tem občutljivem področju prinašajo dolgoročne (lahko celo usodne) posledice, se jih je treba lotiti modro in preudarno, s potrebno mero objektivne pragmatičnosti. Hitra oziroma preuranjena in nepremišljena ukinitve pristojnosti in pooblastil zbornice predstavlja tveganje predvsem zato, ker nalog in pooblastil zdravniške zbornice ni mogoče na ukaz, z dekretom prenesti na drug subjekt.

Čeprav ni mogoče prezreti dejstva, da zbornica v preteklosti ni (vedno) ravnala kompetentno in zato tudi ni korektno izpolnila svojih nalog oziroma ni dosegla pričakovanih rezultatov, bo bržčas šele čas pokazal, kako jo je mogoče preoblikovati oziroma nadgraditi. Brezkompromisna degradacija ali celo ukinitve bi v tem trenutku lahko povzročila več škode kot koristi. Namesto enumja je tokrat smotno upoštevati pluralizem mnenj in demokratičnost pri uveljavljanju različnih pristopov ter si prizadevati za »win – win« situacijo, s podmeno brezkompromisnega Hipokratovega »primum nihil nocere«. Ki pa (zaenkrat) žal zavezuje le zdravnike, ne pa tudi ekonomistov, pravnikov in politikov, ki skušajo kampanjsko ocenjevati, preverjati in urejati razmere na tem področju.

- Zdravstvena zakonodaja. Zakon je veliko lažje napisati in formalnopravno potrditi kot uveljaviti in zagotoviti, da zaživi v konkretni praksi. Zato občutljivo področje pravne regulative terja trezno presojo, resen pristop in tesno medsektorsko sodelovanje (zlasti s

financami in pravosodjem, pa tudi gospodarstvom). Na določenih področjih zaradi pomanjkljive zakonske regulative vlada neobetavna »pravna praznina« – med pomembne naloge sodi revizija in čimprejšnji sprejem Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter Zakona o zdravstveni dejavnosti. Težave in zaplete pa povzročata tudi v preteklosti že sprejeta zakonodaja, ki je sicer pravnomočna, a se v praksi (iz objektivnih in/ali subjektivnih razlogov) še vedno ne izvaja. V ta okvir na primer sodita Zakon o duševnem zdravju in Zakon o zdravilstvu, ki v utripu slovenskega zdravstva še nista zaživela, kot bi morala. Med največje in najbolj zahtevne izzive na področju zdravstvene regulative pa sodi tudi sporna novela Zakona o sistemu plač v javnem sektorju, ki naj bi po napovedih stopila v veljavo 1. januarja 2011. Sodoben, demokratičen sistem terja optimalno pravno ureditev zdravstvene dejavnosti in pravic pacientov, pomemben element jurisdikcije na področju zdravstva pa predstavljata tudi delovnopravna zakonodaja in zakonsko urejanje področja kazenske in odškodninske (materialne) odgovornosti izvajalcev. V vseh štirih elementih so zdravniki nepogrešljivi, čeprav pogosto nimajo dovolj možnosti (neposrednega) sodelovanja, marveč se z določeno regulativo v živo srečajo šele *post festum*, ko je že ves odločeno in jo morajo le še začeti izvajati. V Sloveniji nam zakonov ne primanjkuje (nekateri opozarjajo na hiperprodukcijo predpisov), pomanjkljivo oz. neustrezno pa je njihovo uveljavljanje v konkretni zdravstveni praksi.

Pri obravnavanju in uveljavljanju zdravstvene zakonodaje je treba zagotoviti, da ta postane obvezna oz. pravno zavezujoča, hkrati pa upoštevati, da univerzalne regulative, ki bi pokrila vse možne nianse delovanja in dogajanja, ni. V zdravstvu, podobno kot na vseh področjih in strokah, ki se ukvarjajo z ljudmi oziroma skrbijo zanje, v številnih zadevah igrajo ključno vlogo zakoni srca. Podobno kot se bolnik *in bona fide* obrne na zdravnika, prepričan, da mu bo ta pomagal ne glede na uradno zavezujoče formalnopravne predpise in norme, mora tudi zdravnik ravnati po svoji vesti in ne glede na zakonsko regulativo storiti vse, kar je v njegovi moči, da zadovolji bolnikove potrebe in uresniči njegova (realna) pričakovanja. Četudi pri tem morda tvega kolizijo z veljavno regulativo. Reševanje krize v zdravstvu, ki temelji izključno na pravno obvezujočih ukrepih in dokumentih, je bližje iluziji kot resničnosti. Pogovori, pogajanja in operiranje s tehtnimi, verodostojnimi argumenti morajo postati in ostati neodtujljivi »privilegij« vseh pogajalskih oziroma sprtih strani. V trenutku, ko stran, ki gradi na argumentu moči, izjavi, da je to njen dokončni predlog, od katerega ne bo odstopila oziroma ne bo popustila, je demokratičnega dialoga in poštenih pogajanj konec. Kakršnokoli navidezno, pod prisilo, v stiski ali/in z grožnjo sprejeta oziroma izsiljena široko

soglasje pa seveda ne vodi do dejanske (trajne konstruktivne) rešitve problemov.

- **Kriza zaupanja in vrednot** predstavlja vrh ledene gore – naraščajočih težav, zapletov in problemov, ki pestijo slovensko zdravstvo. Čeprav strokovnjaki poudarjajo, da je prav kriza zaupanja eden najbolj zaskrbljujočih elementov gospodarske recesije in finančne krize na stari in novi celini, pa je nezaupanje, ki se pri nas ustvarja (tudi načrtno sproža in umetno spodbuja) in pogloblja med zdravniki in bolniki oz. družbo, resnično zaskrbljujoče. Medsebojno zaupanje in vzajemno spoštovanje sta namreč ključna in nepogrešljiva za uspešnost in učinkovitost zdravljenja (preventive, kurative in rehabilitacije). Rezultati ciljnih javnomnenjskih raziskav pričajo, da zdravniki zaupajo le resničnim avtoritetam, ki si njihovo zaupanje in lojalnost tudi dejansko zaslužijo (v tem jih vse bolj posnemajo tudi bolniki oz. uporabniki zdravstvenih storitev). Vrednote in poslanstvo sodijo med *conditio sine qua non* učinkovitega, uporabnikom, izvajalcem in investitorjem prijaznega zdravstva. Strokovnjaki poudarjajo, da je ustanova, podjetje, sistem v krizi vselej, ko nima visokih ciljev in zaupanja na vseh ravneh. Cilj slovenskega zdravstva bi lahko bil zdravje, varnost in blagostanje ljudi. Skrivnost uspešnega delovanja zdravnikov je dokaj preprosta: temelji na znanju (ZIK) in dobrih idejah, zahteva pa pravi značaj, zaupanje, kritično presojo, predanost in zvestobo samemu sebi ter sposobnost motivacije ljudi in poštenega sodelovanja z njimi. Načela odprtega partnerstva in učinkovitega vzajemnega delovanja terjajo medsebojno zaupanje, iskrenost, predanost in zanesljivost.

Vrednote strokovnega in socialnega sodelovanja so kot temelj dolgoročnega uspeha nepogrešljive v zdravstvenih ustanovah. Uspešni zdravniki in ostali pristojni se zavedajo, da je pri ciljnih poleg vsebine pomembna tudi njihova hierarhija, kategorizacija in interakcija. Njihova usmeritev pa je odvisna od moralnega kompasa zdravnika oz. posameznika, skupine in organizacije. Zdravnik s pravo mero osebne integritete je prepričljiv, vzbuja verodostojnost in zaupanje – izžareva kredibilnost. Prizadeva si za spodbujanje želje po komunikaciji, sodelovanju, povezovanju in partnerstvu. S svojo moralno-etično naravnostjo omogoča zaupanje, spoštovanje in priznanje ter zagotavlja potrebno pristnost in verodostojnost. Etičnost v zdravstvu in v menedžmentu je v Sloveniji žal v krizi, saj smo po rezultatih raziskav na samem repu globalne lestvice. Etika je v zdravstvu sicer nepogrešljiva, a kljub temu očitno deficitarna. Po etičnem ravnanju in obnašanju slovi predvsem Švedska, ki je na samem vrhu svetovne lestvice, sledi ji Nova Zelandija na drugem in Finska na tretjem mestu. Četrta je Singapur, peta pa Danska. Naša severna sosedica Avstrija

je 11., Slovenija pa se je uvrstila na nezavidljivo 49. mesto. Pred nami je na primer Estonija, na 33. mestu.

Pomanjkanje zaupanja oz. nezaupanje in negativni odnos do zdravnika in njegovih prizadevanj je pogosto predvsem posledica nepoznavanja, nepoučenosti in nemotiviranosti bolnika oz. uporabnika, pa tudi neustreznega izvajanja ocenjevanja in neprimerne interpretacije – predstavitev, obravnave in uporabe njegovih ugotovitev (rezultatov). Ameriški znanstveniki s harvardske univerze so s poglobljeno raziskavo ugotovili, da dobro razpoloženje – optimizem in pozitivna naravnost pripomoreta k večji učinkovitosti in natančnosti. Skupina raziskovalcev pod vodstvom dr. Shawna Achorja, avtorja uspešnice »The Happiness Advantage«, je v svoji najnovejši študiji potrdila odločilen vpliv pozitivne naravnosti v zdravstvu (na obeh koncih pozitivne naravnosti verige). Optimistični, pozitivno naravnani zdravniki so pri postavljanju diagnoze (njeni natančnosti in ustreznosti) po njihovih ugotovitvah kar za 50 odstotkov boljši od svojih »zamorjenih«, negativno naravnanih kolegov.

Optimalna zasnova in izvajanje zdravstvene dejavnosti morata zagotavljati spodbudne okoliščine, razvojni potencial in pozitivne spremembe, ki temeljijo na zaupanju in spoštovanju. K temu lahko učinkovito pripomorejo zdravniki sami, pa tudi korekten, natančen menedžer oz. lastnik, ki omogoča sodelovanje in oblikuje zaupanje med sodelavci in vodji – to je ključ do uspeha pri reševanju sodobnih izzivov. Zaupanje v zdravstvu je mogoče okrepiti tudi s pristnim spoštovanjem načel pravičnosti, enakosti, vzajemnosti, solidarnosti in univerzalnosti.

Poleg vseh opisanih pa je pred zdravstvom v naši državi še vrsta drugih izzivov (pravice pacientov, napake, prevetritev študija na MF, medsektorsko povezovanje in sodelovanje, specializacije, deficitarna preventiva, podhranjena zobozdravstvena dejavnost, rekordni bolniški izostanki, informatizacija zdravstvenega sistema in uvedba zanesljivega e-poslovanja, uvajanje sistema poslovne inteligence, načrtno, premišljeno spremembo zdravstvene politike, urejanje – krepitev in izboljšanje odnosov, zdravstveno prosvetljevanje in vzgoja laikov itd.). Z enakimi oziroma podobnimi izzivi se srečujejo tudi druge države članice EU, zato si lahko skušamo pomagati tudi z njihovimi izkušnjami in spoznanji. Pri tem pa je treba upoštevati dejstvo, da se slepo posnemanje praviloma ne obnese, saj glavnine rešitev ni mogoče preprosto prevzeti in jih prenesti v domače okolje. Če nismo sposobni za oblikovanje izvornih pristopov in ustvarjanje unikatnih rešitev, si moramo prizadevati vsaj za inovativno posnemanje, ki zagotavlja nujno potrebno specifikko, prilagojeno slovenskim razmeram.

Intervju in obnem dialog

Kako smo uresničevali sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki

Veronika Pretnar Kunstek in Pavle Kornhauser

Višja medicinska sestra Veronika Pretnar Kunstek in prof. dr. Pavle Kornhauser sta začela sodelovati že v času pričetka gradnje osrednje stavbe UKC Ljubljana na Zaloški 7, ki je 21. decembra 2010 praznovala 35 let delovanja v polni zasedenosti stavbe.

Veronika Pretnar Kunstek:

Profesorja Kornhauserja sem osebno spoznala še kot gimnazijka, ko je večkrat prihajal na obisk k družinskemu prijateljem, našim sosedom v Vikrče pod Šmarno goro, in ga nato srečevala kot študentka na takratni Višji šoli za zdravstvene delavce v Ljubljani. Nekaj let pozneje me je presenetil z vabilom, da bi prevzela naloge nadzorne oddelčne medicinske sestre na tedanjem otroškem oddelku Kirurški klinike v Ljubljani, ki se je pripravljala na selitev v nove sodobne prostore v novozgrajeno stavbo, pozneje imenovano Univerzitetni klinični center. Načrtovana je bila tudi prva osrednja enota za intenzivno terapijo otrok za vso Slovenijo. Ponudbo sem sprejela in sodelovala s profesorjem Kornhauserjem polnih šestnajst let, kar je seveda dovolj, da spoznaš človeka ne le v vsakdanjem rutinskem delu, temveč tudi kot predstojnika in organizatorja, znanega po številnih inovacijskih ukrepih, ki jih je uspešno uresničeval – ne le na kliniki, temveč za ves UKC.

Pavle Kornhauser:

Višjo medicinsko sestro Veroniko Pretnar Kunstek sem z zadovoljstvom vključil v naš tim na »otroški kirurgiji«, ki se je pripravljala na selitev v novo bolnišnično stavbo, pozneje imenovano Klinični center. Imela je izkušnje z intervencijsko diagnostiko na Inštitutu za rentgenologijo, bila je široko razgledana in obnem prijetna (očarljiva) sodelavka. Uspešno se je posvetila vzgoji mladih medicinskih sester na kliniki in imela številne organizacijske naloge, ki jih je odlično opravljala. Po šestnajstih letih sodelovanja smo z

Uredništvo meni, da je sodelovanje med zdravniki in medicinskimi sestrami enako pomembno za oba poklica. Zato se je odločilo za ponatis intervjuja, objavljenega v reviji Utrip, 12/2010, glasilu Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije, saj je s tega področja zelo malo osebnih pričevanj tudi v medicinskem slovstvu.

razumevanjem sprejeli njeno odločitev, da nas bo zapustila, ker je postala glavna medicinska sestra Nevrokirurške klinike.

Veronika Pretnar Kunstek:

Profesor Kornhauser, kakšna je bila vizija ljubljanske »otroške kirurgije«, ki ste jo uspešno uresničili?

Pavle Kornhauser:

Mojemu prihodu na Kirurško kliniko v Ljubljani kot pediatru je botrovalo naključje. Ko sem se davnega leta 1958 oglasil pri predstojniku, slovitim kirurgu prof. Božidarju Lavriču, sicer osebnem zdravniku maršala Tita, zaradi prispevka v časopisu Pro medico, ki sem ga urejal, me je vprašal: »Slišim, da ste pediater – ali bi prevzeli skrb za otroke na otroškem oddelku klinike?« Seznanil me je, da na Kirurški kliniki v Ljubljani otrok ne operira otroški kirurg, temveč ožje specializiran kirurg, ki se poglobljeno posveča kirurškim boleznim in poškodbam pri otroku. Pojasnilo je sklenil z »zgodovinsko ugotovitvijo«, da je otroška kirurgija kot specializacija »otročja«.

Tako se je začelo moje sodelovanje s kirurgi, sprva le kakšno uro na dan, leta 1965 pa sem bil imenovan za vodjo otroškega oddelka klinike. V tim, ki zdravi kirurškega bolnika, sem se vključil kot pediater za predoperativno diagnostiko in pripravo na poseg ter za pooperativno zdravljenje. Takšne organizacije svet ni poznal. Razvili smo »ljubljski model otroške kirurgije«. Kmalu, še v stari stavbi, sem pridobil strokovno in tudi po človeški plati odlične sodelavce: Janeza Primožiča, Metko Derganc in Andrejo Gostiša. Ko sem prišel na otroški oddelek kirurgije, je bilo tam le 6 medicinskih sester – nobene z višjo izobrazbo. Med mojimi glavnimi prizadevanji je bila pridobitev soglasja za novo sistemizacijo delovnih mest, za štipendije na srednji in višji zdravstveni šoli ne le v Sloveniji, temveč tudi v republikah bivše države, saj je znano, da je bilo v UKC Ljubljana vedno veliko pomanjkanje medicinskih sester. Za primer naj omenim, da sem na pediatričnem kongresu v Novem Sadu, na njihovi zdravstveni šoli, pridobil v zadnjem letniku pol razreda za štipendiranje ter jih pripeljal v Ljubljano na ogled našega



Vpis na Višjo šolo za zdravstvene delavce je bil za medicinske sestre, ki so želele pridobiti višjo kvalifikacijo, omejen, zlasti zaradi butalskega predpisa, da ima prednost vsak srednješolec z boljšimi ocenami, četudi na primer z osnovno vrtnarsko izobrazbo. Odlična karikatura B. Pečarja je ponazorila prispevek profesorja Pavla Kornhauserja v časopisu UKC Bilten z naslovom: Ali smo v UKC res storili vse, da omogočimo medicinskim sestram študij ob delu na višji stopnji? (avgust 1986).

kliničnega oddelka (in na izlet z gondolo v Kamniške Alpe) ... Tako smo v razmeroma kratkem času pridobili čez 100 medicinskih sester, od teh 20 z diplomo višje zdravstvene šole. Med njimi tudi vas, ki ste prav takrat tragično, v stenah Jalovca, izgubili soproga, obetavnega kirurga, in ostali sami z dvema majhnima hčerkicama, ter vašo kolegico Polono Zupančič, ki sem jo spoznal, ko je vodila patronažno službo v takrat dokaj nerazvitem zdravstvenem območju Ivančna Gorica, jaz pa sanatorij za srčne rekonvalescente za mladino v Šentvidu pri Stični.

Veronika Pretnar Kunstek:

Selitev v nove prostore leta 1973 (pred skoraj 40 leti) v novozgrajenem Univerzitetnem kliničnem centru je terjala tudi drugačno organizacijo dela, kar je bila zahtevna naloga, marsikaj je bilo treba spremeniti, prilagoditi novim pogojem dela. Ne le pri nas, tudi v tujini je ljubljanska »otročka kirurgija« hitro postala znana po ukrepah, ki ste jih imenovali »**humanizacija hospitalizacije otroka**«. Katere so značilnosti tega gibanja?

Pavle Kornhauser:

Ena najbolj značilnih je »odprta bolnišnica«, možnost sobivanja mamic z otrokom v času hospitalizacije. Pionirji na tem področju so bili po drugi svetovni vojni v Angliji, ko je psiholog Bowlby objavil izsledke opazovanj vojnih sirot, ki so odrasčale v domovih. Otroci, zlasti predšolski, so postali otopeli, ure in ure so v posteljah ponavljali iste gibe z glavo, starejši so znova začeli močiti posteljo. Te pojave so imenovali »hospitalizem« in so v bolnišnicah zaznamovali zlasti kronične bolnike, ki niso imeli obiskov staršev. Kot mlad specializant pediatrije sem takšne otroke opazoval tudi med kroženjem na Pediatrični kliniki na Vrazovem trgu. Ko sem prevzel pediatrično skrb za hospitalizirane otroke na ljubljanski Kirurški kliniki, sem kmalu omogočil, da so lahko mame in tudi drugi družinski člani nemoteno obiskovali malega bolnika. Postopoma smo spodbujali mamo, da je čim dlje ob svojem otroku, čez dan in tudi čez noč. S podporo mojih sodelavcev – pediatrov, medicinskih sester in ostalih strokov-

nih delavcev na kliniki (in z razumevanjem kirurgov) smo uresničili **odprto bolnišnico**, in to – poudarjam – v času, ko so na drugih otroških oddelkih klinik in v regionalnih bolnišnicah starši svojega otroka lahko videvali le skozi steklo na vratih, in to celo ne vsak dan, pač pa na določeno uro na določen dan v tednu.

Na tem mestu naj poudarim pomemben prispevek šole in rekreativnih dejavnosti, da bi se otrok v bolnišnici počutil čim manj odtujen od domačega okolja. Na ljubljanski otroški kliniki je prof. Marij Avčič, ki je zaslužen za oblikovanje klinične pediatrije, v petdesetih letih prejšnjega stoletja zaposlil prvo učiteljico in vzgojiteljico, kar je bistveno spremenilo vzdušje na otroških oddelkih. Jaz pa sem si prizadeval, da bi bili vsi klinični otroški oddelki v Ljubljani in v regionalnih bolnišnicah deležni teh posodobitev in da bi financiranje pedagoške dejavnosti ob bolnem otroku prevzelo šolsko ministrstvo, ne pa zdravstvo. Oblikovala se je posebna bolnišnična šola in otroški vrtec UKC z vzgojiteljicami po klinikah. Glede na število hospitaliziranih predšolskih in šoloobveznih otrok so tudi v regionalnih bolnišnicah pridobili ustrezno število vzgojiteljev in učiteljev. Slovenija je postala vzor za Evropo, kako naj organizirajo pedagoške dejavnosti v bolnišnici. Za pomemben dosežek štejem sklic in vodenje 1. mednarodnega srečanja bolnišničnih učiteljev in vzgojiteljev, ki je bil leta 1988 v Ljubljani; udeleženci so prišli iz šestnajstih evropskih držav. Na naslednjem na Dunaju – imenovali so ga kongres – sem bil imenovan za častnega predsednika njihove organizacije.

Med ukrepe humanizacije hospitalizacije smo prišli tudi skrajšanje ležalne dobe. Saj trdim, da je **tudi najboljša bolnišnica za otroka slaba**. Pooperativno so bili otroci hospitalizirani po nepotrebnem več dni, bolj zaradi ustaljene medicinske doktrine kot zaradi strokovne upravičenosti, pa tudi zaradi slabe organizacije, ali – kar je najhuje – zaradi sistema obračunavanja oskrbnih dni, ko je prazna postelja pomenila finančno izgubo za bolnišnico. Naj navedem le statistični podatek, ki govori o spremembi miselnosti pediatrov: povprečno trajanje hospitalizacije v dnevih na otroških oddelkih v Sloveniji je bilo v letu 1972 14,3, leta 1992 8,1, leta 2009 pa le 4,6 dni. S širitvijo »dnevne bolnišnice« pa se bo številka še znižala. Žal smo po »stopnji hospitalizacije« na repu evropskih držav (stopnja hospitalizacije: število otrok, sprejetih v bolnišnico, na 1000 prebivalcev).

Veronika Pretnar Kunstek:

Zelo dobro se še spominjam, profesor Kornhauser, da ste si prizadevali za »demokratizacijo« medsebojnih odnosov na kliniki, za medsebojno spoštovanje in partnerski odnos med medicinskimi sestrami in zdravniki, zavedajoč se, da pomeni dobro timsko sodelovanje združevanje moči in znanja za doseganje skupnih ciljev. Namreč, brez razvitega timskega

dela, zlasti v bolnišnici, ni uspešne medicine ter ustrezne zdravstvene nege za nam zaupanega bolnika. Še posebej velja ta trditev za razvoj oddelkov za intenzivno terapijo, kjer so medicinske sestre med ključnimi zdravstvenimi delavci za preživetje kritično bolnih. Brez zadostnega števila in dodatno izobraženih medicinskih sester bi bilo prizadevanje zdravnikov zaman. Kako naj pričakujemo nezmotljivost in zadovoljstvo pri delu, če je medicinska sestra preobremenjena in »izgoreva«, ker je zaradi pomanjkanja osebja prosta morda le eno nedeljo v mesecu, dela pretežno v nočni izmeni ali pa pogosto dežura. Pri tem tudi dodatno nagrajevanje ne more rešiti nakopičenih težav in obremenitev.

Bili ste prvi, ki ste k rednim zdravniškim strokovnim kolegijem povabili in vključili tudi medicinske sestre – glavno in oddelčne. Tako smo medicinske sestre sodelovale ne le pri razreševanju dnevnih zadolžitve, temveč tudi pri načrtovanju razvoja, pri kadrovskih vprašanjih in tudi pri organiziranju strokovnih izpopolnjevanj ter kontinuiranega izobraževanja. Medicinske sestre smo se dodatno izobraževale ne le doma, denar je bil na voljo tudi za tujino. Zaradi vaših dobrih stikov s številnimi klinikami v Evropi smo medicinske sestre lahko spoznale tuje bolnišnice, zlasti vodilne enote za intenzivno terapijo otrok. Iz teh središč smo nato povabili medicinske sestre, da so spoznale tudi naše delo. Na kongresih doma in v tujini nismo bile le poslušalke, temveč smo večinoma aktivno sodelovale s predavanji na visoki strokovni ravni. Ugodno vzdušje za sodelovanje zdravnikov, zlasti pediatrov in kirurgov z medicinskimi sestrami pri vsakdanjem delu ob bolniku, pri pripravah predavanj in objav ter raziskovalnih nalogah, seveda pa tudi v družabnih stikih, so prispevali k razvoju »otroške kirurgije« in tudi k naši mednarodni uveljavitvi. Na tem mestu naj omenim še pomemben podatek, da ste medicinske sestre spoštljivo naslavljali s priimkom, ne samo z imenom. Vsi zaposleni na kliniki smo že tedaj nosili priponko z imenom in priimkom ter navedbo poklica, da nismo bili anonimni. Ukrep, ki se je v UKC uveljavil šele desetletje kasneje.

Pavle Kornhauser:

V novi ljubljanski bolnišnici je bil kmalu po 2. svetovni vojni načrtovan tudi otroški oddelek kirurgije. Zato sem bil vključen v snovanje že, ko je arhitekt Stanko Kristl načrtoval nebotičnik le za internistične in kirurške stroke. Tudi zaradi potresnih pomislekov je bil njegov načrt zavržen. Ko je po stavki zdravnikov in medicinskih sester v šestdesetih letih prevzel vodstvo Kliničnih bolnic Janez Zemljarič, izjemno učinkovit direktor z izkušnjami iz služb za notranje zadeve, sem bil imenovan za predsednika gradbenega in finančnega odbora novogradnje. Tako sem lahko vodil tudi načrtovanje novega otroškega oddelka za kirurgijo. Z vključitvijo operacijskega in urgentnega bloka v našo osre-

dnjo bolnišnico je UKC Ljubljana zaslovel tudi mednarodno. Spominjam se, da sem po vrnitvi iz ZDA, kjer sem spoznal prve enote za intenzivno terapijo otrok (IT), še zlasti za novorojence, in njihov pomen za razvoj pediatrije, predlagal, da mora ljubljanska »otroška kirurgija« vključiti tudi to novo dejavnost v redni program. Direktor Janez Zemljarič me je podprl, nekaj že zgrajenih zidov je bilo treba podreti in načrtovati za vso Slovenijo novo središče IT za otroke, takrat eno največjih in sodobno opremljenih v Evropi. Sprašujem se, kateri direktor, četudi zdravnik, bi si upal že med gradnjo odrediti tako velike spremembe v namembnosti dejavnosti nekega kliničnega oddelka.

V UKC sem v času direktorovanja Franca Šifkoviča, tudi izredno uspešnega in spoštovane voditelja, le za krajši čas – nisem se hotel profesionalizirati, obdržal sem predstojništvo na kliniki – prevzel naloge medicinskega direktorja. Lahko rečem, da ta funkcija pomeni velik izziv, če si pripravljen uresničiti nekatere vizije sodobne bolnišnice, v katero verjameš. Prizadeval sem si za oblikovanje in uveljavitev higiensko-epidemiološke službe v UKC Ljubljana, ki je »iz nič« postala znana tudi v tujini. Brez vodilnih medicinskih sester in sanitarnih tehnikov – v sodelovanju z Inštitutom za mikrobiologijo Medicinske fakultete, zlasti s profesorico Marijo Dragaš – programov na kliniki ne bi izpeljali. Kot prvi v UKC smo na predlog kolegice prof. Mete Derganc uvedli obvezno razkuževanje rok z alkoholom ob bolniški postelji. Oblikoval sem in vodil komisijo za racionalno uporabo antibiotikov (danes jo vodi pediater in infektolog prof. dr. Milan Čizman). Bil sem tudi prvi predsednik komisije za uvedbo računalništva v UKC, zlasti v medicinsko statistiko.

Morda bo na tem mestu zanimiv anekdotični zapis, da sem kot predsednik delavskega sveta Kirurške klinike leta 1975 pisal Statut za bodočo Kirurško službo UKC Ljubljana (ki je združevala kirurške klinike, anesteziologijo, »otroško kirurgijo«, rehabilitacijo in operacijski ter urgentni blok) in v njem predvidel glavno medicinsko sestro, ki bo s polovico delovnega časa ostala tudi glavna medicinska sestra kake klinike. Pri tem sem imel v mislih Polono Zupančič, »našo« glavno medicinsko sestro – Pediatričnega oddelka kirurških strok – in ji ob tem povedal, da se verjetno ne bo zadovoljila s tem delovnim mestom, ker bo, glede na izkušnje in sposobnosti, kandidirala za glavno medicinsko sestro UKC. Kar se je tudi

uresničilo. Tudi za vas, gospa Veronika Pretnar Kunstek, sem predvideval, da boste postali glavna medicinska sestra klinike, nisem pa uganil, da boste izvoljeni ne le za predsednico Zbornice zdravstvene nege Slovenije – Zveze društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, ampak tudi za dva mandata izvoljena članica ožjega odbora Mednarodne organizacije medicinskih sester (Member of ICN Board of Directors) in še in še ... Naj glede svoje aktivnosti v dobro UKC poudarim, da sem proti koncu »samoupravne zgodovine UKC« prevzel uredništvo kliničnega glasila Bilten ter ga vsebinsko in grafično razvil v tehtno revijo. Novo vodstvo UKC leta 1991 ga je takoj, za več kot desetletje, ukinilo, ker naj bi predstavljal nepotreben strošek.

Veronika Pretnar Kunstek:

Znano je, da ste si vedno prizadevali za dodatno izobraževanje medicinskih sester, kajti z razvojem novih tehnologij in spoznanj v medicini se je tudi vloga medicinskih sester močno spremenila. Naloge strokovnjakov zdravstvene nege so vse zahtevnejše in terjajo vse več znanja, od medicinskih sester pričakujejo, da imamo visoka strokovna znanja, saj zdravstvena nega predstavlja pomemben dejavnik pri zdravljenju, še zlasti pri kritično bolnih.

Pavel Kornhauser:

Kot odgovorni pediater, sprva v ljubljanski Mestni porodnišnici, v Zavodu za rehabilitacijo srčnih rekonvalescentov v Šentvidu pri Stični in potem desetletja na »otroški kirurgiji«, sem se zavedal, da je poglobljeno strokovno znanje in razgledanost medicinskih sester – mojih sodelavk – predpogoj za razvoj kliničnega oddelka, ki sem ga vodil. Posebej, ker smo se prvi v Sloveniji in v bivši skupni državi Jugoslaviji lotili intenzivne terapije otrok, nove veje medicine, ki omogoča ne le preživetje, temveč zagotavlja bolnikom tudi kakovost življenja. Brez zadostnega števila medicinskih sester z ustrezno izobrazbo, ki so še dodatno izobražene za zahtevno delo s kritično bolnimi otroki, intenzivne terapije ni možno voditi. Vsak, ki se ukvarja z organizacijo zdravstvene dejavnosti v bolnišnici, dobro ve, kako težko je doseči soglasje za nove nastavitve in pridobiti denar za dodatno izpopolnjevanje in šolanje zdravstvenih delavcev; ne le za sodelovanje na tečajih, simpozijih in kongresih, temveč za pridobitev višje kvalifikacije. Uspelo pa

mi je – ob soglasju matične klinike, vodstva UKC in tudi pristojnih republiških organov – povečati število medicinskih sester na »otroški kirurgiji« s 6 na prek 100. Prizadeval sem si tudi, da bi se lahko čim večje število srednjih medicinskih sester oziroma zdravstvenih tehnikov vpisalo na tedanjo Višjo šolo za zdravstvene delavce (VŠZD), za povečan vpis kandidatov iz UKC na izredni študij. V glasilu UKC Bilten sem leta 1988 objavil obširen prispevek in terjal spremembe. Nekaj let pozneje sem pisno opozoril ne le dekana VŠZD, temveč tudi rektorico Univerze in ministra za šolstvo na neživljenjske vpisne pogoje!

In še ena anekdotična zgodba: bil sem predavatelj pediatrije na Srednji zdravstveni šoli (v času, ko je bila direktorica Anica Gradišek) in spoznal nevzdržne razmere v domu za medicinske sestre v stari stavbi pod Gradom. Kot zastopnik UKC v ljubljanski Mestni skupščini sem terjal, da gradnja načrtovanega novega doma dobi prednost in v govoru, podprtem z diapozitivi »trinadstropnih« pogradov, prepričal poslance, da so glasovali zanj. In ne nazadnje: na »otroški kirurgiji« smo vodili – kot edini v bivši državi – večdnevne podiplomske tečaje za medicinske sestre s področja intenzivne terapije otroka in tiskali številne zbornike. Seveda brez sodelovanja naših medicinskih sester – naj poudarim le Rezi Krašovec, Elo Okršlar in pozneje Minjo Petrovič, v sedanjem obdobju pa Zdenko Janičijević, ki so bogate lastne izkušnje posredovale tečajnikom, teh pedagoških nalog ne bi mogli uresničiti!

Veronika Pretnar Kunstek:

V nekaterih (zahodno)evropskih državah, tudi v ZDA, ni novost, da določene aktivnosti že daljši čas prevzemajo medicinske sestre, ki so dodatno usposobljene in imajo za to ustrezna pooblastila. Kaj menite o prenašanju nekaterih nalog zdravnikov na medicinske sestre pri nas?

Pavle Kornhauser:

Na tem področju so se zgodili pomembni premiki, zlasti v Angliji in ZDA. Delitev dela med zdravniškim in sestriškim poklicem je sicer zgodovinsko določena, vendar je odvisna od tradicije in tudi od financiranja zdravstvene dejavnosti v nekem okolju. S področja preprečevanja bolezni oziroma preventivnih ukrepov za izboljšanje zdravstvenega stanja prebivalstva bo sodelovanje medicinskih sester – tudi pri nas – vedno bolj zahtevno in bo zajelo področja, ki jih je prej opravljal zdravnik. Menim, da bodo medicinske sestre bolj uspešne in učinkovite, ker se bodo usmerjale na ožja področja. Že v patronažni službi se bosta zahtevnost in tudi obseg dela bistveno poglobila in razširila. Preventivno dejavnost v kaki ožji specialistični stroki, kot je npr. diabetologija ali stomaterapija, že danes uspešno opravljajo medicinske sestre, prav tako v otroški posvetovalnici. Z

vključevanjem dodatno specializiranih medicinskih sester v vodenje anestezije se je pri nas že strinjal Strokovni svet UKCL.

Veronika Pretnar Kunstek:

Postavljam vam še osebno vprašanje: kakšne so vaše izkušnje »uporabnika zdravstvenih storitev«, zlasti ker ste bili v zadnjem času deležni bolnišničnega zdravljenja?

Pavle Kornhauser:

V zadnjem desetletju sem bil nekajkrat v bolnišnici: enkrat na gastroenterološki kirurški kliniki zaradi ileusa, večkrat na kardiološki kliniki UKC zaradi srčnega popuščanja. Življenje mi je uspešno podaljšala t. i. by-pass operacija na srčnih koronarnih žilah. Ponudili so mi poseg v tujini, kar sem odklonil, ker sem zaupal naši medicini. Pred kratkim sem bil ponovno sprejet zaradi aritmije srca. Naj poudarim predvsem odlično strokovno znanje medicinskih sester v intenzivni negi ter tudi na oddelku. Odnos do bolnika – ne le do mene, ker sem zdravnik – je bil prijeten, lahko rečem osebno. Pri zadnjem sprejemu mi je mlad zdravstveni tehnik podal roko in se predstavil. Koliko kritike leti na naše bolnišnično zdravstvo, o izjemnih nesrečnih primerih je obveščena vsa naša javnost, kar ustvarja vzdušje nezaupanja, čeprav pretežna večina bolnikov zapušča bolnišnico zadovoljna z zdravljenjem in s predanostjo zdravstvenih delavcev, zlasti medicinskih sester, njihovim težavam med hospitalizacijo. Menim, da je treba »humanizirati« odnos do zdravnika in medicinske sestre, ko sama potrebujeta zdravstveno pomoč: naj ne bosta anonimna, naj zaživi stanovska solidarnost. Ne pričakujem »protekcije«, obravnave mimo vrste, vendar občutek, da ti, ki me bodo zdravili, vedo, da sem zdravstveni delavec, prispeva k zaupanju ter pomirja.



Prvi učitelj oftalmologije na popolni Medicinski fakulteti, prof. dr. Leopold Ješe

Gorazd Kolar

Med vidne osebnosti slovenske medicine gotovo sodi tudi prvi profesor oftalmologije dr. Leopold Ješe, prvi predstojnik Očesne klinike in Katedre za oftalmologijo ter pisec prvega slovenskega učbenika oftalmologije.

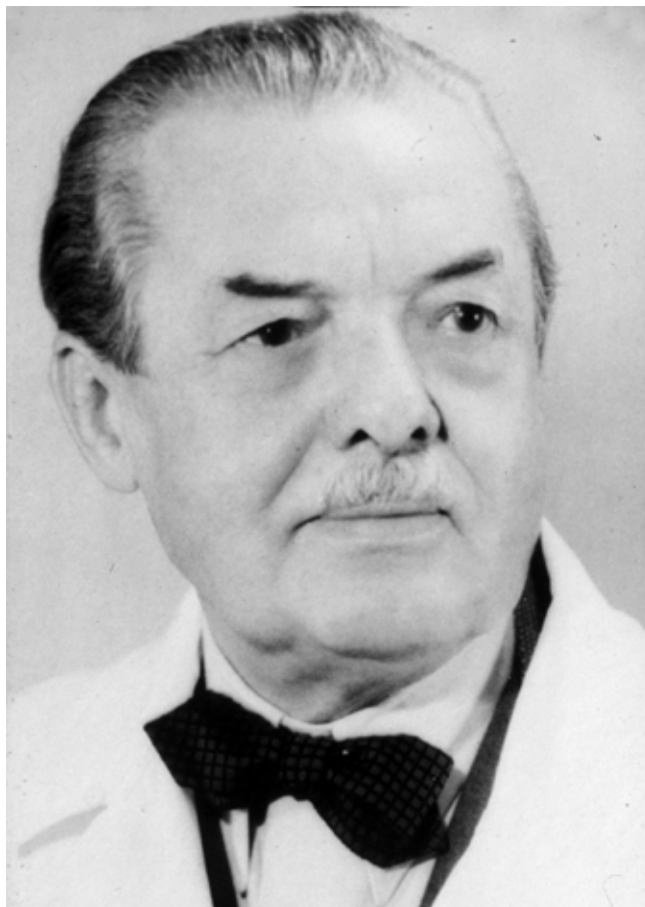
Rodil se je 9. novembra 1886 v Naklem pri Kranju. Starši so bili revni, imeli so le hišico z vrtom. Oče je delal kot dninar na sosednjih kmetijah in le s težavo preživljal družino s sedmimi otroki. Mati je po prezgodnji smrti moža ostala sama z otroki in ker je spoznala, da jih z delom na kmetijah ne bo mogla preživljati, se je pričela ukvarjati s prodajo žime. Bila je podjetna. Vozila se je v Trst, Gorico, Furlanijo in na Koroško. Kupčije so ji začele dobro uspevati. Kupila je novo hišo v Stražišču pri Kranju in Poldeta poslala v gimnazijo v Kranj, kjer je maturiral leta 1905. Zanimala so ga naravoslovne vede, posebej medicina, bil je nadarjen za glasbo. Prepričal je mater, da ga je poslala na Dunaj na Medicinsko fakulteto. Zavedal se je, da je doma še šest otrok in da mati sama ne bo mogla nositi vseh stroškov bivanja in šolanja na Dunaju. Obljubil ji je, da si bo tudi sam, če bo le mogoče, prislužil nekaj denarja z inštrukcijami ali kakim drugim delom.

Oktober leta 1906 se je na Dunaju vpisal na Medicinsko fakulteto, ki je bila takrat ena najboljših medicinskih fakultet v Evropi, saj so bili njeni predavatelji, docenti in profesorji zveneča imena sodobne medicine. Postavni temnolasi fant prijetnega videza je pridno študiral, redno opravljal izpite in s tem razveseljeval mater, ki se je zanimala za njegov študij in bila zelo ponosna na svojega pridnega sina.

Okrog leta 1910 se je prvič srečal tudi z oftalmologijo, v indeksu je imel vpisanih deset predavanj iz oftalmologije po takratnem študijskem programu. Izpolnil je tudi obljubo, ki jo je dal materi, da si bo pri študiju pomagal tudi sam. S tremi prijatelji je ustanovil zabavni ansambel, v katerem je bil violinist. Ob večerih so si fantje v kavarnah prislužili nekaj denarja za življenje na Dunaju in za potne stroške domov, kamor je Polde redno hodil vsake počitnice. Ves študij je bil seveda v nemškem jeziku, učne knjige, opravljanje izpitov, vsa medicinska terminologija je bila nemška. Študij je končal malo pred 1. svetovno vojno. Da je imel smisel za jezikovne probleme, priča tudi dejstvo, da je še kot medicinec prevedel knjigo Augusta Šenoe »Zadnja kmečka vojska« iz srbohrvaščine v slovenski jezik. Takrat seveda še ni vedel, da bo ravno on napisal 1. novembra 1918 prvi popis bolezni na Očesnem oddelku v Ljubljani v slovenskem jeziku.

Mladega zdravnika je takoj mobilizirala avstro-ogrsko armada. Kot vojaški zdravnik je na vzhodnih frontah v krvi, lakoti in boleznih spoznaval medicino in nesmiselnost vojne morije. Domov se je vrnil ovenčan z medaljami propadle avstro-ogrške monarhije in s tolažbo, da so bile podeljene za zdravljenje ranjenih mladih vojakov in ne za njihovo ubijanje.

Ne vem, ali je po končanem študiju slučajno dobil službo na Očesnem oddelku javne bolnice v Ljubljani, ali si je sam izbral oftalmologijo kot svojo bodočo specializacijo. Kot naslednik dr. Botterija, ki je leta 1920 odšel v Zagreb, je dr. Leopold Ješe prevzel vodstvo Očesnega oddelka in 25. junija 1921 postal



Prof. dr. Leopold Ješe (1886–1958).



Polde Ješe kot študent medicine.

primarij. Prevzel je dobro urejen, sodoben očesni oddelek, tudi z bogato knjižnico in instrumentarijem, vendar tudi z veliko prostorsko stisko. O teh začetnih težavah navaja sam naslednje: »Treba je bilo misliti na ponovno povečanje prostorov. Toda vse prošnje in spomenice so obležale v miznicah. Želel sem, da se na oba pritlična prizidka nadzida po eno nadstropje, s tem bi Očesni oddelek pridobil novo aseptično operacijsko sobo in precej novih bolniških sob. Komisija je načrte pregledala in jih odobrila, storilo pa se ni nič«.

Do leta 1940 je objavil 17 strokovnih del v domači in tuji strokovni literaturi, na oddelku je imel štiri zdravnike. Uvedel je nove operativne metode pri operacijah sive mrežnice in med prvimi oftalmologi v Evropi operacijo odstopa mrežnice. V juliju 1945 je bil imenovan za rednega profesorja oftalmologije, predstojnika Očesne klinike in Katedre za oftalmologijo popolne Medicinske fakultete v Ljubljani, dvakrat je bil odlikovan z državnimi odlikovanji, postal je član Francoskega oftalmološkega društva in prvi predsednik Slovenske oftalmološke sekcije. Vzgojil je tri bodoče profesorje oftalmologije na Očesni kliniki (Carmen Dereani, Staneta Stergarja in Staneta Novaka).

Sprostil in odpočil si je pravzaprav edino v svojem ljubljenskem Bohinju, kjer je leta 1930 kupil nekaj zemlje in si postavil vikend, ki ga je odplačeval sedem let. Z ženo in otrokoma je odhajal ob sobotah na vlak do Bohinjske Bistrice in od tam dalje do jezera s kočijažem. Sproščal se je z delom na vrtu, pripravljaval kurjavo, veslal po jezeru, balinal ter s prijateljem župnikom Jankom Mlakarjem in s svojo družino hodil na Pokljuko, Triglav, do Triglavskih jezer, slapa Savice, na Komarčo in Komno.



Predstojnik Očesnega oddelka Splošne bolnišnice v Ljubljani.

Kakšen je bil njegov delovni dan? Natančen je bil kot ura. Na Očesni oddelek je odšel od doma ob 6.30 uri zjutraj, najprej je opravil vizite in operacije do 11.30 ure. V Župančičevi ulici v Ljubljani je imel dve stanovanji, eno za družino in drugo za ordinacijo. Ordinacijo je opravljal od 14. do 16. ure popoldan, nakar je odšel ponovno na kliniko, kjer je pregledal operirane in bolnike, sprejete tisti dan. Na kliniki je ostal do 19. ure zvečer. Drugače je bil redkobeseden, tudi v službi in v pogovorih z bolniki. Zelo so ga razveselili operativni uspehi in je edino takrat doma ženi in otrokoma povedal kaj več o očesnih operacijah in oftalmologiji. Profesorjeva hči mi je povedala in bom kar uporabil njene besede, »da je bil oče sončni človek«. Vsak večer je našel nekaj časa za večerno pravljičo ali igral na violino. Spominja se tudi, da je med 2. svetovno vojno ponoči, pokrit z odejo preko glave, redno poslušal radio London. Zelo ga je potrla smrt mladega in nadarjenega asistenta dr. S. Prevca, s katerim sta začela pripravljati »Oftalmologijo« in ki je že prvi teden po odhodu z očesnega oddelka padel v partizanih. Takrat skoraj 14 dni doma ni spregovoril besede.

Ko danes slovenski oftalmolog pripravlja predavanje, piše strokovni članek in razpravlja s kolegom, se niti prav ne zaveda, da uporablja številne strokovne izraze in zveze, ki mu zvenijo domače in so same po sebi umevne. O teh besedah niti ne razmišlja, ker je zrasel z njimi med šolanjem od osnovne šole do končane fakultete in opravljene specializacije. Mladi asistent dr. Ješe je v hrvaškem Lječniškem vjestniku, takrat edinem jugoslovanskem medicinskem časopisu, leta 1920 objavil članek »Nekaj slovenske terminologije iz okulistike«. Po abecednem

redu je nemške, latinske in grške izraze, za katere je menil, da jih bo potreboval v oftalmologiji, prevedel v slovenščino ali prevzel fonetično transkripcijo v imenovalniku ednine in ji določil spol in sklanjatev po slovenskih slovničnih pravilih. Gorenjec je natančno poslušal opisovanje očesnih težav svojih številnih bolnikov z raznih koncev Slovenije. Zavedal se je dejstva, da živi v trenutku, ko nastaja slovenska medicinska beseda. Da je prof. Ješe pravilno izbiral besede, ki se niso oddaljevale od ljudske govornice, priča tudi dejstvo, da se je le približno 5 odstotkov od vseh 655 besed, ki jih je izbral leta 1920, izgubilo ali spremenilo.

Ob 50-letnici Očesnega oddelka v Ljubljani je profesor leta 1940 navajal naslednje: »Leta 1924 sem pričel z modernejšo metodo ekstrakcije katarakte z ohranjeno okroglo zenico in periferno iridektomijo po Hessu. Po tem načinu smo delali 12 let, do konca leta 1935. Doživeli smo pri 1512 operacijah samo šest nesreč ali 0,4 odstotka. Od leta 1936 dalje operiramo večinoma intrakapsularno, prejšnjo ekstrakapsularno metodo uporabljamo le izjemoma, kjer ekstakapsularna iz teh ali onih razlogov ni izvedljiva ali priporočljiva. Prve rezultate sem objavil leta 1939. Do konca leta 1939 nismo izgubili pri 873 operacijah nobenega očesa na infekciji«. Leta 1930 je pričel pripravljati učbenik iz oftalmologije. Skice in osnutke za posamezna poglavja je sestavljal na liste in jih primerjal s tujimi učbeniki. Vedel je, da bodo po končani 2. svetovni vojni nastopili novi časi, da bo Ljubljana dobila popolno Medicinsko fakulteto in da bo treba takoj ponuditi slovenskemu študentu medicine učbenik in študijske pripomočke.

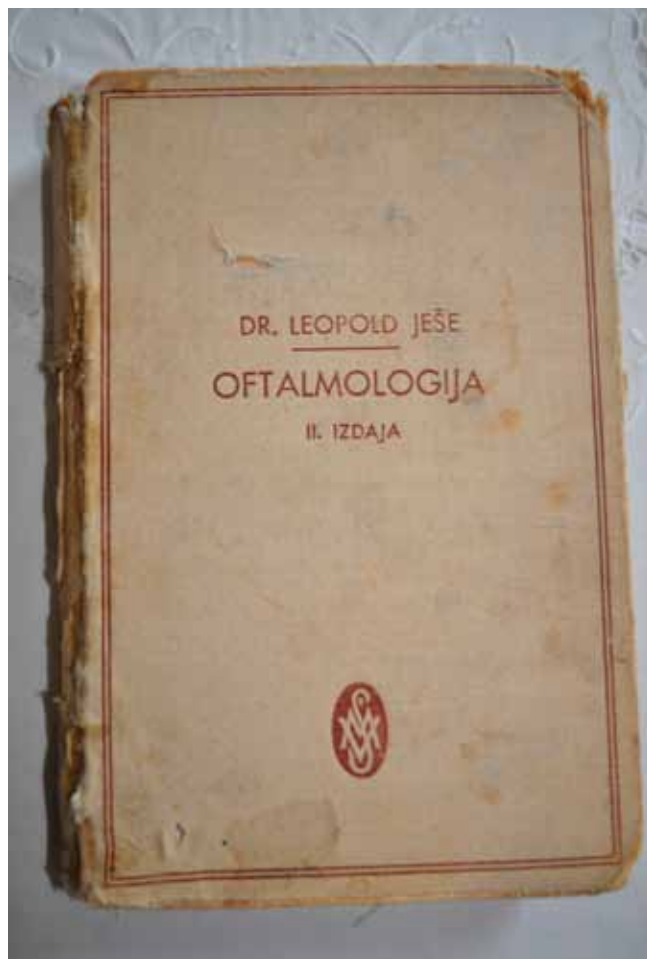
V predgovoru k učbeniku, ki je izšel maja leta 1946, navaja naslednje: »Učbenik je kratek v korist celotne oftalmologije. Važnejša poglavja so obdelana nekoliko obširneje. Namenjen je predvsem slušateljem medicine na fakulteti in začetnikom oftalmologom. Upam pa, da bo dobrodošel tudi splošnim zdravnikom. Da ne bi bil preobširen, sem opustil vse tisto, kar za začetnike ni potrebno. Tako sem opustil podroben opis očesnih operacij, kdor se bo stroki posvetil bo tako ali tako moral poseči po večjih delih. Ravno tako sem tudi zdravljenje očesnih bolezni samo na kratko obdelal. Zelo pa sem gledal na to, da bo učbenik bogat s slikami.«

V drugi izdaji, ki je izšla leta 1952, je profesor še navajal naslednje: »Prva izdaja učbenika je bila napisana v času, ko smo bili odrezani od ostalega sveta, in v času, ko se je slovensko besedje in izrazje preosnavljalo. Napredek v medicini je v zadnjem desetletju prinesel v oftalmologijo precej sprememb, predvsem antibiotiki so čisto spremenili zdravljenje nekaterih očesnih bolezni. Proučevanje stroke in izpraševanje mi je dalo nekaj novih izkušenj in pobud. Ker je učbenik povrh že pred nekaj leti pošel, sem se odločil, da ga prenovim, popravim in izpopolnim. Prenovil sem ga z novimi pridobitvami, popravil v besedju in izrazju, izpopolnil z boljšo razlago nekaterih mest, z nekaj novimi značilnimi slikami in s kratkim poglavjem o očesnih operacijah za potrebe študentov«. Istočasno je profesor napisal učbenik za medicinske sestre in poljudno knjižico *Oko* in vid.

Zavedal se je, da je izpolnil svoje življenjsko poslanstvo ter dolžnost do mlade fakultete in do ljudstva, iz katerega je nastal.

Sam pa se spominjam, da me je kot študenta medicine, sicer polnega drugih skrbi in razmišljanj, knjiga navdušila. Vrnil sem izposojeno knjigo nazaj v Medicinsko knjižnico in si iz tanke denarnice kupil lastno knjigo. Morda sem tudi podzavestno čutil fluid, ki veje iz nje, to je ljubezen do svoje stroke, suverenost znanja, dolgoletne izkušnje, odgovornost do napisanega, nazornost, ponos na ustvarjeno delo, originalne sheme, barvne fotografije in akvareli in ne nazadnje lepa slovenska oftalmološka medicinska beseda.

Med pripravo za predavanje študentom medicine je od možganske kapi umrl spomladi leta 1959 v svoji delovni sobi v sedaj že podrti stari Očesni kliniki. Naj bo ta sestavek o našem prvem učitelju prof. dr. Leopoldu Ješetu tudi vzpodbuda in vzgled vedno novim generacijam slovenskih oftalmologov.



Druga izdaja *Oftalmologije* (l. 1953).

Nagradili »očeta« štirih milijonov otrok

Milica Gregorič Kramberger

V času mojega nekajmesečnega izobraževanja na švedskem inštitutu Karolinska v Stockholmu, natančneje na njihovi priznani kliniki za spomin, se seznanjam z dobro organiziranim in klinično ter raziskovalno uspešnim modelom obravnave oseb z motnjami spomina, demenco. Tu, daleč na severu, aktivno spoznavam novosti, ki mi jih ponuja novo okolje. Ne le strogo strokovne teme, marveč tudi tiste, ki so spontane in bežne, kot je npr. opazovanje tukajšnjih ljudi zunaj sten bolnišnice, na podzemni železnici, v avtobusu, galeriji. Nevrolog hitro opazi kakšno zanimivo motnjo gibanja.

Mojo pozornost pa je še posebej pritegnilo tukajšnje izredno bogato dogajanje v zvezi z vsakoletno podelitvijo Nobelovih nagrad. Javno »spoznavanje« nagrajencev za posamezno področje se začne že kmalu po razglasitvi imen nagrajencev v začetku jeseni. Odločitev sporoči predstavnik zbora izbranih profesorjev. Vrhunec dogajanje doseže v zadnjem tednu pred podelitvijo. Tedaj se zvrstijo številne televizijske oddaje, časopisni članki, sprejemi, koncerti, javna predavanja nobelovcev in nazadnje slavnostna podelitev v izbrani družbi s kraljevo družino na čelu.

Potrudila sem se in uspelo mi je dobiti mesto na slavnostnem javnem (pa vendar številčno omejenem) predavanju Nobelovega nagrajence. Kot veleva tradicija, ima namreč vsak nagrajenec nekaj dni pred podelitvijo predavanje o svojem delu na ustrezni inštituciji v Stockholmu. Seveda me je najbolj pritegnilo predavanje s področja medicine. Predavanje je potekalo na Karolinska inštitutu 7. decembra 2010.

Nobelovo nagrado za medicino v letu 2010 je prejel 85-letni britanski fiziolog dr. Robert Geoffrey Edwards, ki je razvil metodo oploditve jajčeca v epruveti, kar je že pred 32 leti vodilo do rojstva prvega otroka »iz epruvete«. Zaradi zelo šibkega zdravja dr. Edwards žal ni pripotoval v Stockholm, povabilu pa so se odzvale njegova žena dr. Ruth Fowler Edwards in tri hčere. Slavnostno predavanje s predstavitvijo življenjske zgodbe in znanstvega dela dr. Edwardsa je imel njegov dober prijatelj in prvi doktorski študent, prof. Martin H. Johnson.

Dr. Edwards je svojo uspešno življenjsko pot pričel na podeželju, kamor se vse življenje zelo rad vrača. Rodil se je 27. septembra 1925 v Leedsu v Veliki Britaniji, po končanem študiju kmetijstva na Univerzi v Walesu je nadaljeval študij na Inštitutu za živalsko genetiko Univerze v Edinburgu. Slišali smo, da je potreboval kar precej vzpodbude in prigovarjanja, da se je sploh odločil za kakršenkoli študij, saj se je zelo dobro počutil doma na kmetiji. Doktorat je zagovarjal leta 1955, leta 1963 pa se je pridružil Univerzi v Cambridgeu. Edwards je vrsto let sodeloval z zdaj že pokojnim ginekologom Patrickom Steptoejem. Edwards je razvil medij, ki omogoča oploditev in razvoj oplojenega

jajčeca, Steptoe pa postopek laparoskopske pridobitve spolne celice. Metodo, ki jo inštitut Karolinska označuje kot mejnik v razvoju moderne znanosti, sta Edwards in Steptoe razvila kljub nasprotovanju cerkve, vlad in medijev ter celo skepticizmu svojih kolegov. V tistem obdobju je bilo namreč zelo veliko pozornosti namenjene razvoju kontracepcijskih sredstev in omejevanju rojstev. Sredstva za raziskave sta zato glede na večinski odnos celotne družbe do metode morala iskati pri zasebnih skladih, saj nista dobila nikakršne državne pomoči.

Metodo oploditve človeškega jajčeca zunaj ženskega telesa sta razvila že leta 1968. Štiri leta kasneje sta na Univerzi v Cambridgeu začela z vstavljanjem zarodkov v neplodne ženske. Kar



Dr. Ruth Edwards in prof. Martin Hume Johnson z Nobelovo medaljo in diplomo za Roberta G. Edwardsa v koncertni dvorani v Stockholmu.

nekaj med njimi jih je spontano splavilo, in sicer zaradi neustreznega hormonskega zdravljenja, kot sta ugotovila kasneje. Neuspehi so se ponavljali, vendar jima ni zmanjkalo zagona in vztrajnosti. Leta 1977 sta poskusila z novo metodo, pri kateri sta zdravljenje s hormoni izključila in se raje zanesla na natančno določitev optimalnega časa oploditve. Uspelo jima je in 25. junija 1978 je na svet prijojal prvi dojenček »iz epruvete«, Louise Brown. Njeno rojstvo je bila velika medijska senzacija, ki je sprožila različne reakcije, od zaskrbljenosti cerkve do vprašanj etičnosti metode, pa tudi dvome, ali bo deklica iz epruvete sploh odrasla v zdravo deklico in žensko. Patrick Steptoe je umrl deset let po rojstvu prve deklice »iz epruvete«, Edwards pa je še naprej skrbel za uveljavljanje te metode, poznane po kratki IVF (in vitro fertilization). Iz njenega dela (ustanovila sta kliniko Bourn Hall, kjer naprej razvijajo njuno delo in usposablja nove specialiste) izhajajo številne inovacije. Sedaj je v svetu že približno štiri milijone otrok, »nastalih« s to metodo, in številni, med njimi tudi »prvorojena«, že imajo tudi sami svoje otroke. Dolgoročne raziskave kažejo, da so otroci, spočeti v epruveti, prav tako zdravi kot otroci, ki so spočeti po naravni poti. Danes je ta metoda oploditve splošno uveljavljena, za neplodne pare pa pomeni veliko in realno upanje imeti potomca.

Nagrada je torej pripadla »očetu številne družine«, ki ima tudi sam pravih pet hčera in dvanajst vnukov. Ob prijetni predstavitvi velikega človeka in njegovega dela sem pomislila, da je pravzaprav škoda, da je Edwards šele v pozni starosti prejel zasluženo nagrado. Tudi dva miliona otrok bi bilo že dovolj, kajne?

In čisto na koncu prireditve je zapel otroški pevski zbor. In to ne kakršenkoli. Vsi otroci v zboru so bili namreč otroci »iz epruvete«.

Morda za konec še nekaj znanih dejstev o velikem dobrotniku, katerega nagrade se vsako leto podeljujejo. Alfred Nobel, švedski kemik, inženir in izumitelj, ki je znal kup jezikov ter pisal pesmi in drame, se je rodil 21. oktobra 1833 v Stockholmu



Prof. Robert G. Edwards, Lesley Brown, Louise Brown s sinom Cameronom, julij 2008.

na Švedskem. Ob smrti je imel priznanih 355 patentov. Kot sin lastnika tovarne min se je ukvarjal z razvojem eksplozivov. Po prvih neuspešnih poskusih z mešanjem nitroglicerina s smodnikom, med katerimi so se dogajale hude nesreče (v eni je umrl njegov mlajši brat), je odkril, da se lahko občutljivost nitroglicerina bistveno zmanjša z dodatkom zmletih fosilnih alg. Alfred Nobel je bil vse življenje slabega zdravja, danes njegove zdravstvene težave pripisujejo pretiranemu delu, resnemu duševnemu stresu in dolgotrajnemu delu v laboratoriju v težkih razmerah s strupenimi kemikalijami. Veliko je potoval. »Moj dom je tam, kjer delam, delam pa povsod,« je zapisal v enem od svojih pisem. Zadnja leta je načrtoval vrnitev na Švedsko, a ga je delno ohromila kap in je umrl v tujini, v San Remu, 10. decembra 1896. Prelepi cvetlični aranžmaji na »Nobelovih« prireditvah, predvsem na slavnostni podelitvi nagrad, so vsakoletno častno darilo mesta San Remo.

Naj zaključim z mislijo nobelovca, ki prav gotovo velja še zdaj, tudi v našem slovenskem prostoru: »We haven't the money, so we've got to think.«

Zagotovimo našim otrokom mladost brez poniževalnega telesnega in duševnega kaznovanja

Milan Štrukelj

O tej, žal še vedno pereči pobudi je bil 3. junija lani v Ljubljani ponovno strokovni posvet, ki so ga pripravili Forum zoper telesno kaznovanje otroka v družini pri Zvezi prijateljev mladine Slovenije, informacijski urad Sveta Evrope v RS in Združenje pediatrov Slovenije. Pokrovitelj posveta je bil predsednik Republike Slovenije dr. Danilo Türk.

Duša posveta in gibanja za boljšo vzgojo otrok je prof. Pavle Kornhauser, ki mu ob njegovem letošnjem visokem življenjskem jubileju za to še posebej čestitam in izrekam vse priznanje. To še toliko bolj, ker je to humano prizadevanje logično nadaljevanje njegove prav tako zgodovinsko pomembne in učinkovite dejavnosti za humanizacijo slovenske in jugoslovanske

pediatrije, s tem da je materam in očetom odprla vrata bolnišnic, da so lahko obiskali in bivali ob svojih bolnih otrocih, in to v času, ko psihologija, kaj šele medicina, ni spoznala, kako daljnosežne vplive imajo stiki matere z otrokom za njegovo celovito zdravje in osebnostni razvoj. Da ne omenjam Pavletovih še drugih velikih dosežkov, s katerimi se je z velikimi črkami vpisal v zgodovino slovenske pediatrije in kulture: izvirna organizacija in vodenje pediatričnega oddelka kirurških strok, organizacija in vodenje številnih slovenskih, jugoslovanskih in mednarodnih kongresov in sestankov, urejanje številnih zbornikov in strokovnih revij, gradnja Kliničnega centra Ljubljana, organizacija kulturne in umetniške dejavnosti naših medicincev in zdravnikov in ne nazadnje njegovi mojstrski klavirski nastopi.

Telesno in duševno nasilje nad otroki je težko odpraviti, ker je bilo to pri nas in v svetu vsakdanji običaj, ki se je stoletja prenašal iz roda v rod, in to doma, v šoli in pri delu. Reklo se mu je stroga vzgoja, ker se to lepše sliši, služilo pa je ustrahovanju, pokorščini, poslušnosti, ubogljivosti in pridnosti. Ve se, od kod izvira ta težnja in v čigavo korist. Kaj vse so pretrpeli otroci, pretresljivo poroča Alenka Puhar v knjigi: *Prvotno besedilo življenja*.

Prvi korak na tem področju je prof. Kornhauser napravil s sodelavci kliničnega oddelka otroške kirurgije že leta 1979, ko so na Derčevih dnevih predstavili hude telesne poškodbe trpinčenih otrok. Pretepeni niso bili le starejši otroci, temveč tudi dojenčki, neredko s smrtnim izidom. Javnost je bila s tem pretresljivim pojavom izčrpno seznanjena.

Naslednji korak je pomenilo gibanje, ki nasprotuje vsakršnemu telesnemu kaznovanju otroka, kot tudi duševnemu poniževanju. Osnova za to je konvencija Združenih narodov o otrokovih pravicah iz leta 1989, ki jo je sprejelo 193 držav, in mnogi drugi mednarodni dogovori. Na predlog prof. Kornhauserja je

bil leta 2004 pri Zvezi prijateljev mladine ustanovljen forum zoper telesno kaznovanje v družini, v katerem sodeluje široka mreža strokovnjakov. Njihova glavna dejavnost je seznanjanje in osveščanje javnosti, zlasti mladih družin, o škodljivih posledicah vseh oblik ustrahovanja in poniževanja za zdrav osebnostni razvoj otrok. V ta namen so imeli številna predavanja in skupaj z novinarji objavili mnogo prispevkov v dnevnem in revijalnem tisku ter na RTV. Leta 2007 so natisnili obširen, tehten zbornik s prispevki naših vodilnih strokovnjakov s tega področja. Marta Brečko Vrhovnik je zbornik odlično predstavila v aprilski številki revije Isis leta 2008. Naslednje leto so zbornik celo ponatisnili v angleškem jeziku, lani pa so ga predstavili na mednarodni konferenci v Ljubljani. V zborniku so objavljeni tudi izsledki obširne ankete med starši šolarjev, po kateri se vidi, da približno ena tretjina naših staršev še vedno tepe svoje otroke.

Prizadevanje foruma, da bi nova družinska zakonodaja prepovedala vsako telesno in duševno nasilje nad otrokom, doslej še ni uspelo. Tako ostaja Slovenija kljub številnim opozorilom Sveta Evrope ena od redkih držav, ki tega še ni storila. Švedska je tak zakon sprejela že leta 1979!

Tretji bistveni korak pa je gibanje prof. Kornhauserja napravilo s tem, da se je preusmerilo od zavračanja tradicionalnega, nasilnega, gospodovalnega starševstva k zavzemanju za dobro, pozitivno, spodbudno starševstvo, ki pa se razlikuje tudi tako od zanemarjanja kot od razvajanja.

Novo usmeritev je na posvetu predstavila pediatrinja Vesna Plevnik Vodušek. V kratkem povzetku in majhni zgibanki (25.000 izvodov), ki jo bodo pediatri dali vsaki mami, ki pride z dojenčkom na pregled v devetem mesecu starosti. Seveda ni mogoče povsem zadovoljivo predstaviti na tak način vseh posledic nasilne vzgoje, otrokovega razvoja in načinov nove boljše vzgoje, zlasti pa ne usposobiti staršev, da bi omogočili otrokom najboljši možni razvoj. Je pa s tem napravljen pomemben, čeprav skromen korak v pravo smer. Da je le-ta zelo potreben, priča podatek, ki ga je avtorica ugotovila z anketo pri sistematskih pregledih tri- in petletnih otrok, da celo dve tretjini staršev uporablja pri vzgoji telesno kazen. Če temu pediater nasprotuje, pa pričakujejo od njega nasvet za druge načine »discipliniranja in kaznovanja« otrok ... Skratka, čaka nas še veliko dela! Je pa velik napredek, če bomo pediatri dojeli, da je to naša pomembna naloga – mogoče celo najpomembnejša – in se je lotili (o tem sem govoril na letošnjem pediatričnem kongresu, pred tem pa skušal sprožiti nekaj pobud na razširjenem pediatričnem kolegiju).

To naše prizadevanje je toliko bolj pomembno, ker imajo pedagogi, ki bi bili zato najbolj poklicani, precej nejasna stališča, vsaj če sklepamo po prispevku, ki ga je na posvetu predstavil naš vodilni pedagog.

Čeprav je delo s posameznimi starši dragoceno, se je naloge treba lotiti bolj sistematično. Dobra priložnost



Ilustracija: Alenka Vuk

za to so že obstoječe šole za starše, ki potekajo v času nosečnosti in v nekaj občinah tudi v vrtcih. Treba pa je dopolniti njihove programe, kar Inštitut za varovanje zdravja pripravlja že štiri leta, in jih razširiti še na poporodno in predšolsko obdobje.

Seveda pa tudi redno šolo za mladino čaka velika vzgojna naloga, saj je poglobljena zahteva za dobro starševstvo vsestransko razvita osebnost, čustveno zrela in zmožna medosebnega sporazumevanja, sodelovanja in vodenja. Tega problema se je zagnano lotil naš kolega Viljem Ščuka z odličnim in obširnim priročnikom za učitelje in starše *Šola na poti do sebe* ter s projektom, ki že štiri leta poteka v 45 slovenskih osnovnih šolah s pomočjo mentorjev, ki jih je sam izobrazil. Žal doslej s premalo družbenega razumevanja in pomoči. Ko sem prikazoval imenitno knjigo Alenke Rebula: *Globine, ki so nas rodile*, sem zato prikaz naslovil: Vzgojo otroka je treba pričeti dvajset let pred njegovim rojstvom! (Slov Pediatra, 2010, druga številka). S tega vidika je delitev zgibanke ob obisku pri pediatru v devetem mesecu malce pozna, zlasti še, ker je – poleg nosečnosti – prvih šest mesecev po rojstvu za otrokov razvoj najpomembnejših.

Kako pomembna sta družbeno razumevanje in pomoč pri razumevanju, da bi uveljavili otrokove pravice in odvrnili mnoge družine in družbo od nasilja, je v zelo tehtnem prispevku opozorila mag. Kristina Plavšak Kranjc iz informacijskega urada Sveta Evrope RS. Ravno Svet Evrope ima na tem področju učinkovite vzvode, saj lahko vpliva na vlade, poslance,

krajevne oblasti, civilno družbo, javna občila in na pristojne državne ustanove, službe, organizacije in posameznike, ki so kakorkoli povezani z otroki. Dragocene pobude Sveta Evrope za dejavnosti in podporo, zlasti finančno, segajo od zakonske prepovedi telesnega in duševnega poniževanja otrok, skrbi za gmotni položaj družine, zaposlovanja, izobraževanja in učenja dobrega, vzpodbudnega starševstva in osveščanja do svetovanja in socialne pomoči.

Ljubica Šalinger z ministrstva za delo, družino in socialo je predstavila predlog ustreznih členov v družinskem zakoniku za ravnanje z otroki, ki pa ne vsebujejo izrecne prepovedi telesnega kaznovanja, pa še tak zakonik je iz znanih razlogov še vedno le v obravnavi ... Tone Dolčič iz urada varuhinje človekovih pravic je poročal, da število prijav zaradi nasilja pri nas narašča, verjetno zaradi večje osveščenosti oškodovancev. Kljub novemu Zakonu o preprečevanju nasilja v družini, ki je bil sprejet marca 2008, pa zdravstveni delavci kot tudi strokovni delavci v šolstvu in socialni službi posledic nasilja zaradi različnih pomislekov ne prijavljajo.

Nadvse pomembnim prizadevanjem Foruma pri Zvezi prijateljev mladine zoper poniževalno kaznovanje otrok in za boljšo vzgojo – nadvse pomembno tako za posameznike in njihovo prihodnost kot za dobrobit in napredek družbe – želim še veliko nadaljnjih uspehov.

Širjenje slovenske umetnosti in znanja na Dunaj

Razstava in predavanje o rojstvu v Knafljevem domu

Milka Hudobnik

Na predprazničnem Dunaju sta 14. decembra 2010 v prostorih Slovenskega znanstvenega inštituta v Knafljevem domu gostovali slovenski ustvarjalci, upokojena profesionalna fotografinja Ginekološke klinike iz Ljubljane in članica Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher Jelka Simončič in profesorica zgodovine medicine z Medicinske fakultete v Ljubljani, zdravnica prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec. Zbranim sta predstavili razstavo *Rojstvo* in predavanje *Rojstvo skozi čas*.

Jelka Simončič se je s fotografijo začela ukvarjati že v rani mladosti. Prve razstave je imela že v »Pionirskih foto-natečajih«, pozneje pa je sodelovala na razstavah »Mladina fotografira«. Več desetletij se je udeleževala številnih domačih (predvsem v republikah bivše Jugoslavije) in mednarodnih razstav. Mnogo let je bila članica Foto-kino kluba Planinske zveze Slovenije in Foto-kino kluba Janez Puhar iz Ljubljane. Prvo samostojno

razstavo je pripravila v okviru KUD-a Kliničnega centra in Medicinske fakultete leta 1981. Za ustvarjalno delo je prejela številna odličja: 13 zlatih, tri srebrna, šest bronastih. Devetkrat je bila nagrajena s prvo nagrado, štirikrat z drugo in enkrat s tretjo. Pri tem je najbolj navduševala s svojimi zbirkami fotografij o različnih temah.

O razstavi *Rojstvo*, ki diha vso lepoto in nežnost porajanja novega življenja, od srečanja para do njunega ljubečega pričakovanja naraščaja, bolečino porajanja in srečo novorojenega deteta ter sledečo družinsko srečo, je strokovnjak za fotografijo, akademski slikar Darko Slavec med drugim zapisal: »Rojstvo novega človeškega življenja je v teh fotografijah prikazano v vseh fazah dinamičnega poteka dogodkov, od srečne intimnosti same nosečnosti bodoče matere, pričakovanja srečnega dogodka obeh partnerjev, samega rojevanja z včasih dramatičnimi in izraznimi učinki v različnih kontrastnih razponih, rojstva

kot čudeža z vso nebogljeno in specifično razpoznavnostjo novorojenčkov, nepopisno srečo doječih mater s svojimi otroki, spominjajočih na Raffaelove madone z otrokom, ter potrete in obrazne detajle samih novorojenčkov in dojenčkov. Le-ti s svojimi polnimi oblikami okroglih obrazov in teles v različnih trenutnih stanjih njihovega komaj pričetega življenja, od spanja, joka, do hudomušne odzivnosti ustvarjajo vtis blaženosti in popolne spokojnosti v zdravju, z začetki igrivosti in nezavednega veselja do življenja. ...

... Predvsem pa so te fotografije naklonjene ljubečemu odnosu med materjo in otrokom, zaradi česar izhaja iz njih občutenje ene same nežnosti, sreče in veselja v doživljanju intimnosti čudežnega dogodka, blaženosti mladih mam, ker pestujejo v rokah svoj najdragocenejši zaklad, ter občutenje pozitivnih sprememb njihove porodne fiziognomije z nasmehom na ustnicah. Še posebej pa so v tovrstnih fotografijah opazne nenavadne poze dojenčkov, združene z izraznimi učinki njihovih rok in nog ter njihovimi dotiki z rokami staršev kot tudi dotiki rok med obema staršema, dotiki zdravnikove roke ali rok medicinskih sester s telesom novorojenčka. Sem spadajo tudi portreti novorojenčkov, dvojčkov, trojčkov, z mamo ali brez nje, detajli obrazov spečih, zehajočih in smejočih otrok, obrazni profili matere in otroka, vse do tistih detajlov v prostorih porodnišnice, ki zajemajo otroke v inkubatorjih, otroke, postavljene v svoječasne zastekljene postelje, ločene od mame ali skupaj z njo itd.◀

K razstavi je na isto temo dodala zanimivo predavanje zgodovinarke medicine prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, ki je približala poglede na rojstvo od koncepcije do kontracepcije skozi vso zgodovino človeštva, pri različnih narodih na vseh koncih sveta. Večna tema je zanimiva tudi za laika, saj je rojstvo



Jelka Simončič in Zvonka Zupanič Slavec ob razstavi v ljubljanskem kliničnem centru (foto: Jolanda Kofol).

ob smrti eden izmed dveh temeljnih korakov v človeškem življenju. Avtorica je povedala, da je rojstvo bilo in ostaja eden največjih čudežev, pogledi nanj, moralni in materialni, pa so se skozi zgodovino spreminjali. Na zanositev, nosečnost in porod so gledali v različnih kulturah različno, si jih različno razlagali in razlagam ustrezno tudi ravnali. Razumevanje rojstva se je le počasi izvijalo iz mističnih pogledov starih kultur, preko antičnega časa, verskih razlag srednjega veka vse do renesančnega časa, prosvetljenstva in sodobnosti, ko imamo o rojstvu vse več znanja. Tudi pristopi k porodu so se skozi tisočletja spreminjali, a se je smrtnost mater in novorojenčkov zmanjševala šele z rastjo znanja. Uvedba asepe, antisepe in anestezije je pomagala porodnici rojevati bolj varno, z manj bolečinami, in tudi operativno s carskim rezom, ko je ob koncu 19. stoletja le-ta postal tehnično obvladljiv. Pomoč pri porodu se je razvijala iz skromnega izkustvenega znanja in pridobivala veljavnost z ustanovitvijo babiških šol, ki so na Slovenskem nastale sredi 18. stoletja. Porodničarji, ki so se izobraževali na mediko-kirurških licejih, so porodnicam nudili vse bolj strokovno pomoč, dokler niso zdravniki prevzeli glavnine skrbi za nosečnico, porodnico in otročnico.

Predavanje je obravnavalo tudi razvoj kontracepcije in njen vpliv na rodnost in demografsko politiko. Za preprečevanje neželene nosečnosti si je družba od nekdaj prizadevala in bila z izkustvenimi metodami relativno uspešna. To empirično znanje pa je prekinila črna kuga sredi 14. stoletja, ko so nosilke izkustva (zeliščarke, modre žene) v čarovniških procesih v veliki večini iztrebili. Uspešno obvladovanje svetovne populacije je dobilo pomembno pomoč z odkritjem hormonske kontracepcije: ta je leta 1960 v obliki kontracepcijske tablete z neverjetno hitrostjo osvojila svet. Revolucionarno odkritje je prineslo velike družbene spremembe. Spolno življenje in reproduktivna funkcija sta se ločila, načrtovanje družine je ženski omogočilo izbiro poklica, študij, delo, uveljavljanje v družbi in vse bolj neodvisno življenje. Hormonska kontracepcija je zmanjšala rodnost po svetu in vsaj delno ublažila lakoto in revščino med nerazvitimi. Ob teh pozitivnih platih pa je prinesla tudi mnogo problemov, stranskih učinkov za telesno in psihično zdravje, vrsto etičnih vprašanj in je neredko degradirala odnos med žensko in moškim. Poleg zapisanega je predavateljica povedala še veliko zanimivega v slikovito opremljenem predavanju, ki je navdušilo številne zbrane.

Predavanje je pokazalo, da rojstvo ostaja temelj človeškega življenja, da o njem veliko vemo, a kljub temu ostaja skrivnostno in neznano. Tudi razstava nas navdaja s čudenjem in meditativno zasanjanostjo. Obe protagonistki dunajskega srečanja sta zbrane v adventnem času obogatili za del kulture slovenskega naroda in širili slovensko medicinsko znanje v širši svet.

Žar jekla – martinarna Jesenice

Željko Jakelič

Ob 120-letnici začetka obratovanja Siemens-Martinove peči na Jesenicah je Gornjesavski muzej s finančno pomočjo Občine Jesenice in Ministrstva za kulturo RS v Kosovi graščini na Jesenicah organiziral strokovno razstavo. (V Kosovi graščini je domoval jeseniški trgovec Francišek Kos. Nad portalom je vzdal belopeški grb, znamenje Sigmunda Dietricsteina, ki je to graščino zgradil leta 1521.) Kustos za zgodovino železarstva mag. Marko Murgeli je v predavanju 21. oktobra 2010 orisal pomen martinarne za nastanek in razvoj Jesenic ter za delavce, kajti vsaka sprememba, povezana z železarno, je vplivala tudi na njihovo življenje.

S številnimi, skrbno izbranimi arhivskimi slikami je predstavil nekdanje mesto in načine proizvodnje jekla od začetka železarstva na Jesenicah pa vse do začetka uvedbe obratovanja in ugasnitve Siemens-Martinovih peči. Nemški inženir Carl Wilhelm Siemens je leta 1856 predstavil izboljšavo talilne peči. Iznašel je regeneracijski postopek, na osnovi katerega sta Francoza Emile in Pierre Martin leta 1864 konstruirala in patentirala peč. Ta je dobila ime Siemens-Martinova peč. Pri teh pečeh se uporablja postopek regeneracije toplote tako, da se v plamenih peči temperatura bistveno zviša s predogrevanjem zraka in generatorskega plina, ki služi kot gorivo. S konvektor-skim postopkom se proizvajajo kislina in bazična jekla glede na vrsto obloge v konvektorjih, kjer se poleg grodlja tali tudi staro železo. Možnost uporabe starega železa pri proizvodnji novega je pomenila pomemben korak naprej v jeklarski industriji.

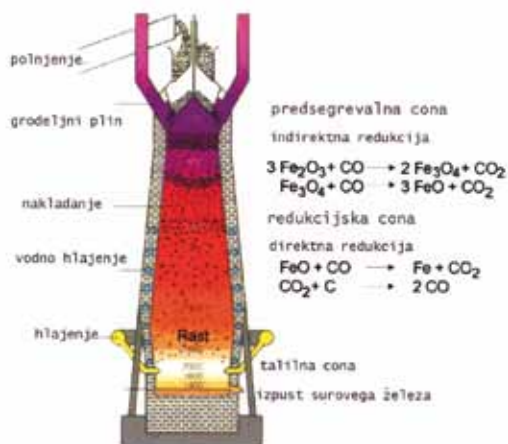
Srečanja se je, zaradi še vedno zelo aktualne vsebine, udeležilo veliko število starejših občanov, večinoma bivših martinarjev. Vsebinsko sta razstava in katalog zasnovana tako, da zajameta čas vse od začetkov pridobivanja jekla v prvi Siemens-Martinovi peči leta 1890 do zapiranja zadnje v letu 1988.

Zgodovina železarstva na Gorenjskem sega v halštatsko in

zgodnje latensko obdobje, od 1000 do 500 pr. n. št. Iliri in Kelti so bili poznani kot odlični rudarji in metalurgi. Ostanki prastarega železarstva so znani v bohinjskem kotu, hvalila sta ga rimska zgodovinarja Tacit in Prokopij. Iznajdba parnega stroja (leta 1765; James Watt), ki je temeljni mejnik industrijske revolucije, je močno zaznamovala tudi območja današnje Slovenije. Med industrijsko revolucijo je na Slovenskem delovalo pet večjih železarskih obratov: na Jesenicah, v Štorah, na Ravnah na Koroškem, na Prevaljah in v Dvoru pri Žužemberku. Eno vidnejših vlog pri razvoju železarstva so imele Jesenice, kjer je bil odkrit postopek za pridobivanje feromangana v plavžu.

Za razvoj železarstva je zelo močno vplivala KID – kranjska industrijska družba. Bila je tretja delniška družba na Kranjskem, ustanovljena leta 1869. Imela je vlogo predhodnice Železarne Jesenice. Lastniki posameznih fužinskih obratov na Jesenicah so se pred ustanovitvijo KID hitro menjavali. Obrate na Savi so leta 1766 prevzeli Ruardi, plavške in javorniške pa si je leta 1752 pridobila rodbina Zois. Gorenjske fužine so bile v primerjavi s svetovnim tehnološkim napredkom zastarele in pojavila se je potreba po njihovi posodobitvi. Ruardi in Zoisi niso imeli dovolj finančnih sredstev, zato so pomoč poiskali pri ljubljanskih bankirjih in lastnikih parnega mlina Luckmannih. Ti so bili pripravljeni svoj kapital vložiti v posodobitev takratnih fužin na Gorenjskem in ustanovitev nove delniške družbe. Tako so se Lambert Karrel Luckmann, ljubljanska veletrgovca Karel Kanut Holzer in Vicenc Seunig ter poslovodje Zoisovih železarn domenili, da bi v Ljubljani ustanovili delniško družbo, ki bo prevzela upravljanje industrijskih in rudarskih podjetij. 18. septembra 1869 so jo pod imenom Kranjska industrijska družba vpisali v trgovski register, s tem pa je dobila tudi vlogo tretje delniške družbe na Kranjskem. Luckmanni in Zoisi so bili prvi člani te družbe, Ruardi so se jim pridružili čez tri leta.

Številni uspehi niso mogli zaustaviti širitve splošne krize v



železarstvu. Družba je k sodelovanju pritegnila nemško podjetje Vogel & Noot, ki je prevzelo vodenje KID. Ti železarski industrialci so v letih od 1889 do 1891 zgradili na Jesenicah martinarno – jeklaro s Siemens-Martinovimi pečmi, težko in lahko valjarniško proggo, žično valjarno, žebljarno, mehanične delavnice, kovačnico in druge pomožne obrate – temelje sodobne železarne.

Potem ko je KID zgradila nove plavže, ki so proizvajali boljši in cenejši grodelj – surovo železo iz savskega in javorniškega plavža, so zastarele savske in javorniške plavže leta 1897 in 1904 ugasnili ter uvedli predelovalne obrate ter Siemens-Martinove peči. Prva je začela obratovati marca 1890 z zmogljivostjo 10 ton vložka. Do leta 1906 so zgradili še štiri.

Železarna Jesenice se je postopoma preusmerjala, kar je bilo povezano z modernizacijo proizvodnje in vlaganjem v predelovalne obrate. Nove odločitve so pomenile nujnost širitve jeklarne in rekonstrukcijo ter posodobitev plavžev. Leta 1952 so pričeli graditi kavperje – ogrevale zraka za plavža, ki so obratovali od aprila 1953 naprej. V martinarni so leta 1953 zgradili peto in leta 1958 šesto Siemens-Martinovo peč.

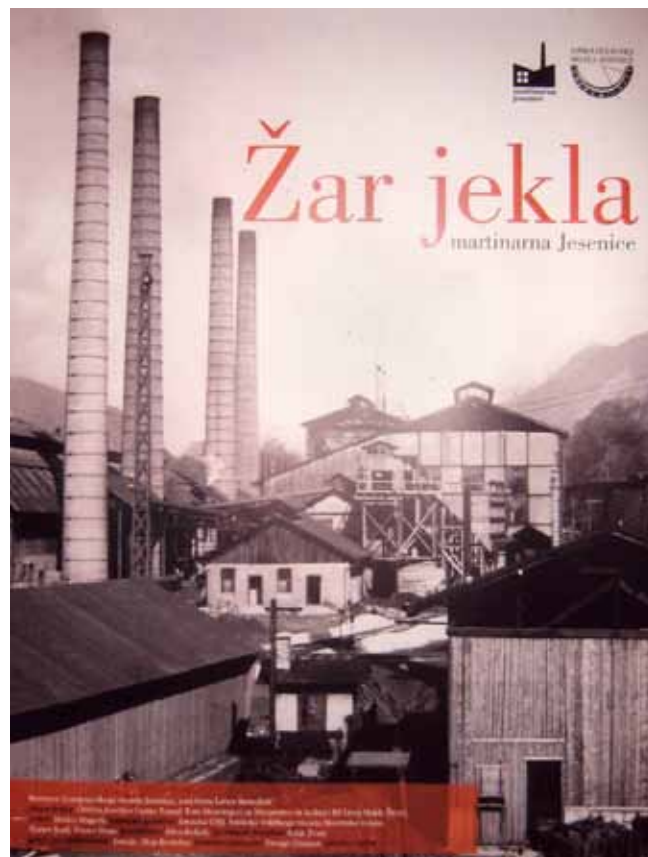
Proizvodnja jekla, ki ima na Gorenjskem sicer skoraj tisočletno zgodovino, je temeljila na jeklarni, ki je bila zgrajena že pred drugo svetovno vojno. Več kot štiri desetletja stari talilniški agregati, od plavžev do Siemens-Martinovih peč, so bili po osvoboditvi samo dopolnilni, da je Železarna Jesenice postala srednje velika železarna. Medtem ko je leta 1939 izdelala 124.458 ton jekla, se je po drugi svetovni vojni proizvodnja tega reprodukcijskega materiala stalno povečevala in leta 1975 z doseženimi 512.862 tonami dosegla vrh plodnega minulega obdobja. Zaradi amortiziranosti naprav ter relativno majhnih vlaganj so moči jeseniških peč pričele hitro pešati. Na Jesenicah je prišlo do strateške spremembe proizvodnega programa. Odločili so se, da bodo zgradili novo elektrojeklaro in se preusmerili na proizvodnjo kakovostnejših jekel. Z novo tehnologijo se je zmanjšala skupna poraba na enoto proizvoda, spremenila pa se je tudi osnovna surovina. Dotedanjo rudo je zamenjalo

staro železo – rena. V osemdesetih letih so pričeli graditi novo elektrojeklaro na Belškem polju. Gradnjo so zaključili leta 1987. Nova tehnologija je pomenila ukinitvev obratov primarnega železarstva, ustavili so plavža, Martinove peči in elektropeči v jeklarni 1 na Jesenicah.

Na koncu razstavo dopolnjuje 20-minutni film **Žar jekla – martinarna Jesenice**. Skrbno zbrani spomini ljudi, ki so aktivno sodelovali pri razvoju železarstva na Jesenicah, in arhivsko gradivo so neprecenljivi in edinstveni. Enako neprecenljivi so tudi filmski posnetki Draga Fona, ki je v kamero ujel delo v martinarni prav na zadnji dan obratovanja ter kasnejše rušenje opuščenih obratov železarne. Razstava in pričevanje delavcev, ki so živeli in delali v/za martinarno, sta omogočila ohranjanje delčka zgodovine tehnike in tehniške dediščine Jesenic. Ob razstavi je izšla tudi knjižica **Žar jekla – martinarna Jesenice**, v kateri so zajeta naslednja poglavja: Martinarna, Postavitev jeklarne, Proizvodnja jekla, Surovine, Siemens-Martinov postopek, Oprema, Delovni pogoji, Kulturna raznolikost, Standard, Konec martinarne.

Knjižica in predpremierno predstavljeni film »**Žar jekla**« sta neprecenljive vrednosti za mesto Jesenice.

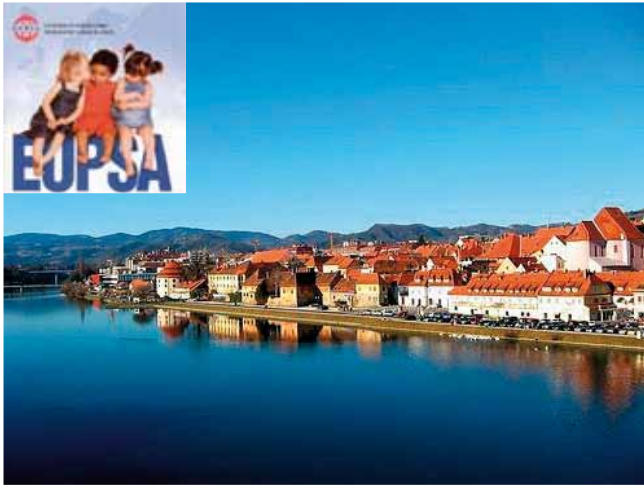
Članek s pripadajočo literaturo je na voljo na spletni strani zbornice (Publikacije zbornice).



EUPSA

4th CENTRAL & EASTERN EUROPEAN COURSE IN PEDIATRIC SURGERY

“MINIMAL ACCESS SURGERY”



31st March -2nd April, 2011

Maribor, Slovenia

Program

Četrtek, 31. marca

- | | |
|-------|------------------------|
| 18.00 | Prijava |
| 19.00 | Odprtje – dobrodošlica |

Petek, 1. aprila (prvi dan tečaja)

- | | |
|-------|---|
| 8.30 | Uvod in temelji pediatričnega minimalnega kirurškega dostopa |
| 8.45 | Uvod in osnove – oprema za minimalni pristop pri otrocih |
| 9.15 | Uvod in osnove – instrumenti za minimalni pristop pri otrocih |
| 9.45 | Ergonomija pri minimalnem kirurškem pristopu |
| 10.15 | Odmor za kavo |
| 10.45 | Začetek z endoskopskimi postopki (nastavitev/priprava) |
| 11.15 | Pnevmoperitonej in pnevmotoraks |

- | | |
|-------|---|
| 11.45 | Premisleki, razmišljanja in temelji laparoskopije pri otrocih (pristop) |
| 12.15 | Premisleki, razmišljanja in temelji torakoskopije pri otrocih (pristop) |
| 12.45 | Odmor za kosilo |
| 14.00 | Vozlanje in šivalne tehnike |
| 14.30 | Odpravljanje težav pri otroškem minimalnem kirurškem pristopu |
| 15.00 | <i>Usposabljanje na simulatorjih (praktično usposabljanje)</i> |
| 17.00 | Zaključek |
| 19.00 | Slavnostna večerja |

Sobota, 2. aprila (drugi dan tečaja)

- | | |
|-------|---|
| 8.30 | Video predstavitev operacij: apendektomija in herniektomija/hernioplastika |
| 8.45 | Video predstavitev operacij: antirefluksni posegi (gastroezofagealni refluks) |
| 9.15 | Video predstavitev operacij: laparoskopski posegi na vrancih |
| 9.45 | Video predstavitev operacij: laparoskopski posegi na žolčniku |
| 10.15 | Odmor za kavo |
| 10.45 | Video predstavitev operacij: posegi za pljučne bolezni |
| 11.15 | Video predstavitev operacij: posegi za ledvične bolezni |
| 11.45 | Video predstavitev operacij: posegi na pilorusu in pri patologiji tankega črevesa |
| 12.15 | Video predstavitev operacij: posegi pri patologiji debelega črevesa |
| 12.45 | Odmor za kosilo |
| 14.00 | Video predstavitev operacij: posegi na požiralniku |
| 14.30 | Video predstavitev operacij: drugi posegi (prepona/jetra/ trebušna slinavka) |
| 15.00 | <i>Usposabljanje na simulatorjih (praktično usposabljanje)</i> |
| 17.00 | Zaključek tečaja |

Predavatelji

- Prof. Ciro Esposito** (*Neapelj – Italija*)
Prof. Munther Hadad (*London – Velika Britanija*)
Prof. Pascal de Laguisse (*Marseille – Francija*)
Prof. Azad Najmaldin (*Leeds – Velika Britanija*)
Prof. Amulya Saxena (*Gradec – Avstrija*)
Prof. Holger Till (*Leipzig – Nemčija*)
Prof. David van der Zee (*Utrecht – Nizozemska*)

Zgodnja paliativna oskrba bolnikov z metastatskim pljučnim rakom – konec obdobja »izbire«?

Urška Lunder

Priporočila Svetovne zdravstvene organizacije in Evropske komisije za zgodnejšo vpeljavo paliativne oskrbe v obravnavo kroničnih napredovalih neozdravljivih bolezni s snovanjem paliativnih bolnišničnih timov za ta namen so že dolgo znana. In kljub temu široko razširjenemu prepričanju, da je paliativna oskrba optimalno učinkovita že zgodaj ob terapevtskih postopkih za bolnike z napredovalo neozdravljivo boleznijo, se najpogosteje dogaja, da je vključena le v zadnjem obdobju pri zelo napredovali bolezni, ko so vse metode zdravljenja kronične neozdravljive bolezni izčrpane. Najpogosteje gre le za zadnje dni ali tedne bolnikovega življenja. Takrat je paliativni tim vključen predvsem za lajšanje hude kronične bolečine, anksioznosti ali depresije, nemira, slabosti oziroma drugih motečih simptomov, etičnih dilem ali komunikacijskih težavnih situacij. Dolgo je veljalo tako med zdravstvenimi delavci kot tudi v javnosti razširjeno zmotno prepričanje, da paliativna oskrba s svojim pristopom ob napredovali bolezni omogoča lajšanje težav, a pri tem povzroča skrajšanje življenja, tako z uporabo zdravil (opioidi, sedativi) kot tudi z odprtim komuniciranjem (prisoten je bil predsodek: odprt pogovor o bolnikovi bolezni in prognozi bolniku odvzame upanje, da obupa in se »preda«). Raziskave, ki se v zadnjem času nepričakovano hitro množijo, prinašajo dokaze o nasprotnem. Naj povzamem samo nekatere.

Eden najodmevnejših člankov leta 2010 po mnenju 1000 zdravnikov v anketi Wall Street Journal – Health Blog, ki so izbrali najpomembnejše medicinske članke lanskega leta, obravnava zgodnjo paliativno oskrbo. Temel in sodelavci iz bostonske Massachusetts General Hospital so v randomizirani kontrolni študiji raziskovali vpliv zgodnje paliativne oskrbe z vzporedno onkološko obravnavo v zgodnjem času takoj ob postavitvi diagnoze metastatskega nedrobnoceličnega pljučnega raka. Vključeni so bili bolniki, ki so imeli funkcijski status po ECOG od 0 do 2. Zgodnja ambulantna paliativna oskrba jim je izboljšala kakovost življenja v procesu bolezni do smrti v primerjavi s skupino bolnikov brez nje. Prejeli so učinkovitejšo preprečevanje in lajšanje simptomov, redkeje so razvili depresijo in njihovo preživetje je bilo za 2,7 meseca

daljše kot v kontrolni skupini brez zgodnje paliativne oskrbe. Ob tem so bolniki v skupini z zgodnjo paliativno oskrbo prejeli manj kemoterapij ob koncu življenja. Bolnike so sledili najprej ambulantno, in sicer vzporedno z onkološko obravnavo, ki je vključevala tudi sistemsko zdravljenje. Kadar so bili ob poslabšanjih ali ob koncu življenja bolniki premeščeni v bolnišnico, so bolnike obravnavali kot konzultacijski specialistični paliativni tim na onkološkem oddelku. V raziskavi so bolnike obravnavali povprečno 11,6 meseca.

Pred tem so drugi raziskovalci v veliki prospektivni/retrospektivni kontrolni študiji, ki je vključila 4493 bolnikov s srčnim popuščanjem ali enim od petih vrst rakavih obolenj (rak na dojki, črevesju, prostati, trebušni slinavki in pljučni rak), primerjali preživetje tistih bolnikov, ki so bili vključeni v paliativno obravnavo, in preživetje tistih brez nje. Izkazalo se je, da je skupina, vključena v paliativno obravnavo, preživela v povprečju 29 dni dlje kot skupina brez paliativne obravnave. Signifikantna razlika v preživetju je bila beležena za bolnike, vključene v paliativno obravnavo, s srčnim popuščanjem ter z rakavimi diagnozami: rak na črevesju, trebušni slinavki in pljučni rak. Za bolnike z rakom na dojki in prostati razlika v preživetju med skupinama ni bila signifikantna.

Raziskava o vplivu odkritega komuniciranja dokaže, da dovolj senzibilen pogovor o bližnjem času umiranja in smrti ne vodi v obup in pomanjkanje sodelovanja pri zdravljenju ali celo v depresijo, temveč omogoča boljšo pripravo in sodelovanje v odločitvah za obravnavo ob koncu življenja. Študija, v kateri so opazovali preživetje bolnikov z različnim informiranjem, pa dokazuje, da bolniki, ki precenjujejo svoje preživetje, ne živijo dlje, temveč imajo več kemoterapij, več intubacij v zadnjih dneh življenja in pogosteje umrejo v bolnišnici kot skupina bolnikov, ki se odkrito zaveda svoje verjetne prognoze in preživetja ter je tako aktivna v soodločanju glede obravnave v zadnjem letu življenja.

V nemškem onkološkem centru v Kölnu so se odločili natančneje postaviti kriterije zgodnje paliativne oskrbe za pljučnega raka in so oblikovali ter objavili smernice vključevanja v zgodnjo paliativno oskrbo.

Odločili so se za specifične kriterije glede na vrsto bolezni, da bi zagotovili vključevanje paliativne oskrbe dovolj zgodaj v procesu napredovalega pljučnega raka z vzporednimi onkološkimi postopki zdravljenja. Njihov Standard Operating Procedure (SOP) določa, da je specializirana paliativna oskrba priporočena vsem bolnikom s pljučnim rakom, ki imajo metastaze, neoperabilni rak, lokalno napredovali rak oziroma relaps, ne glede na prisotnost motečih telesnih simptomov ali funkcijski status. Vključitev paliativne oskrbe je priporočena hkrati s specifičnimi antitumorskimi terapijami.

Po vedno številnejših dokazih o učinkovitosti takšnih postopkov je priznani internist onkolog Charles von Gunten decembrski uvodnik v *Journal of Palliative Medicine* naslovil »Konec ere izbire«. S tem je nakazal, kako z današnjimi dokazi izboljšanja življenja bolnikov, ki so vključeni v zgodnjo paliativno oskrbo, ni več dileme, ki je vladala v miselnosti medicine vse do objave odmevnega članka zgodnje paliativne oskrbe mlade raziskovalke Temel in sodelavcev. Izbira, ali naj pri bolnikih z napredovalo neozdravljivo boleznijo nadaljujemo »agresivne« postopke ali pa jih vključimo v paliativno oskrbo, ni več resnična dilema. Paliativna oskrba je dokazano učinkovita v smislu boljše kakovosti življenja in vključena dovolj zgodaj celo podaljša življenje. Izbira paliativne oskrbe je torej nedvomno primerna izbira. Vprašanje se zastavlja na novo. Pretehtati je treba, kdaj je upravičena izbira »agresivnih« postopkov podaljševanja življenja.

Bo objava številnih študij učinkovitega vpeljevanja načel paliativne oskrbe in nazadnje še najbolj odmevne raziskave v *New England Journal*, reviji z najvišjim faktorjem vpliva (*impact factor*) na svetu, ki ji natikajo celo naziv raziskava, ki spreminja paradigmo v medicini, vplivala na prakso? V bolnišnici Golnik pričenjamo z vpeljevanjem ambulantne paliativne obravnave za bolnike v zgodnjem obdobju metastatskega pljučnega raka vzporedno z onkološko obravnavo, ki vključuje sistemsko zdravljenje.

Članek s pripadajočo literaturo je na voljo na spletni strani zbornice (Publikacije zbornice).



Predvsem resnica

Dilema, kdaj, kako, zakaj, komu, kako in koliko resnice o infavstnem obolenju povedati oziroma sporočiti bolniku samemu in/ali njegovim svojcem oziroma najbližjim, spremlja zdravnike že od vsega začetka. V zvezi s tovrstno odločitvijo je še vedno aktualen Hipokratov »Primum nihil nocere«, ki pa zdravnika postavlja pred dokaj težko nalogo: kako, kaj, koliko, zakaj in komu povedati resnico tako, da bo relevantna informacija predvsem koristila, nikakor pa ne škodila. Prepričanje številnih zdravnikov, da mora bolnik brezpogojno zvedeti in natančno vedeti vse o svoji bolezni oziroma diagnozi, se po mnenju dr. Michaela Ericssona v praksi ne obnese vedno najbolje. Številni bolniki, tudi tisti razgledani in izobraženi, pogosto nočejo vedeti za podrobnosti o svoji težki bolezni, nekateri izmed njih pa sploh nočejo poznati natančne diagnoze in prognoze (velja tudi za zdravnike, ko se neprostovoljno znajdejo v vlogi pacienta). Zato mora lečeči zdravnik po mnenju dr. Ericssona pri presoji o razkritju diagnoze in podrobnosti o bolezni uporabiti vse svoje psihološko znanje, notranji občutek in zvrhano mero zdrave razsodnosti, pri tem pa upoštevati tudi priporočilo številnih strokovnjakov: »Bolje malce manj kot preveč ...«

Vsekakor pa ima zdravnik zeleno luč za natančno informacijo o zdravstvenem stanju bolnika (šele takrat, ko je ta popolnoma preverjena, strokovno potrjena in maksimalno zanesljiva) v primeru, da prizadeti želi o tem izvedeti čim več. Podobno velja tudi za svojce, čeprav velja biti v tem primeru še bolj previden in natančno preveriti, komu, kako in v kakšni meri je smiselno zaupati podrobnosti o bolezni, njeni prognozi in možnostih, ki čakajo bolnika v prihodnosti. Med najbolj občutljivimi sorodniki so člani bolnikove matične družine, zlasti mladoletni otroci, ki pogosto do konca ne zvedo za bolezen svojih staršev. Nemški zdravniki, sociologi in psihologi menijo, da je tudi mlajšim otrokom treba razkriti resnico o bolezni staršev (bratov, sestra) do tiste mere, ki so jo še sposobni in pripravljeni sprejeti in razumeti. Tako se otrok lažje sooči z realnostjo in se pripravi na morebitne težke izkušnje, ki jih zahvaljujoč poznavanju dejstev kasneje veliko lažje sprejme in obvladuje, kot v primeru popolne nevednosti in neljubih presenečenj. Pomembno je tudi, da je zdravnik odprt za otrokova vprašanja in predloge, pa tudi njegove skrbi, dvome in pomisleke. Kanček psihoterapije je v tem primeru več kot umesten. Slednje pa zmore le zdravnik, ki je razgledan in človeški – sposoben socialne empatije in odprte, sproščene komunikacije.

Vir: DPA

Nina Mazi

Ortodontija

Osnovni tečaj tehnike ravnega loka

Boštjan Lavriša

V prostorih Kluba Cankarjevega doma v Ljubljani je lani 15. oktobra potekal začetni tečaj tehnike ravnega loka (*straight wire appliances* – SWA). Vodil ga je Miroslav Milačič, dr. dent. med., ki kot gostujoči učitelj na Centru za čeljustno in zobno ortopedijo Stomatološke klinike že šest let podaja svoje bogato znanje in klinične izkušnje, pridobljene z uspešnim vodenjem klinike v Sionu. Na sebi lasten način je podal smernice ortodontskega zdravljenja s tehniko ravnega loka, ki jo je v 80. letih prejšnjega stoletja razvil dr. Andrews. Le-ta je z opazovanji na pacientih, ki so imeli odlično okluzijo in niso bili nikoli deležni ortodontskega zdravljenja, opisal šest ključev stabilnega griza:

1. odnos med zobnima lokoma – interkuspidacija

Poleg kontaktov med bukalnimi vrški (meziobukalni vršek prvega zgornjega stalnega kočnika grize v bukalno fisuro prvega spodnjega stalnega kočnika, distopalatinalni vršek pa je v stiku z meziobukalnim vrškom drugega spodnjega stalnega kočnika; mezialni del bukalnega vrška drugega zgornjega stalnega kočnika grize na diastalni del bukalnega vrška drugega spodnjega stalnega kočnika) opisuje tudi kontakte palatinalnih vrškov zgornjih ličnikov in kočnikov z bukalnimi vrški spodnjih ličnikov in kočnikov ter stike med vrški podočnikov. Za pravilen odnos med lokoma se morata ujemat tudi središčnici obeh zobnih lokov.

2. meziodistalni nagib zobnih kron – tip

Vsi zobje v obeh zobnih lokih imajo pozitiven naklon, kar pomeni, da je okluzalni oz. incizalni del vestibularne osi zobne krone (*facial axis of clinical crown* – FACC) bolj mezialno od gingivalnega.

3. vestibulooralni nagib zobnih kron – torque

Vestibularna os zobne krone (FACC), ki je tangenta na sicer ukrivljeno vestibularno ploskev zobne krone, določa pozitiven torque, če je incizalni del bolj vestibularno od gingivalnega, kot npr. pri interkaninem delu zgornjega zobnega loka, negativen pa, ko je incizalni oz. okluzalni del osi bolj oralno kot gingivalni, tako kot pri zobeh zgornjega transkaninega dela zobnega loka, v spodnjem zobnem loku pa v celotnem poteku le-tega. Za oba zobna loka pa velja, da negativnost torqua pri zobeh narašča, tem bolj distalen položaj ima zob.

4. odsotnost rotacij zobnih kron

Zobje v zobnem loku ne smejo biti rotirani.

5. tesni kontakti

Apoksimalni kontakti med zobmi v zobnem loku morajo biti tesni, distalna kontaktna točka pa leži bližje dlesni kot mezialna.

6. izravnana Speejeva krivulja

Zobni loki morajo biti v sagitalnem poteku ravni. Na podlagi teh opazovanj je Andrews razvil tehniko ravnega loka, kjer je vso informacijo o položaju in nagibu zob ter oddaljenosti le-teh od žičnega loka spravil v obliko nosilca. Le-ta pa mora biti pravilno nalepljen na sredino vestibularne ploskve. *FA point* – *facial axis point* je točka, v kateri se FACC dotika vestibularne ploskve zoba.

Natančna informacija o nagibu zoba (tip in torque), oddaljenosti od žičnega loka (in – out) in orientiranosti glede na lok (10 stopinj *distal offset* zgornjih kočnikov) je skrita v geometriji nosilca, to je oddaljenosti in nagibu utora glede na bazo nosilca.



Miroslav Milačič, dr. dent. med., in doc. dr. Maja Ovsenik, dr. dent. med.

Nosilce (brackete) lepimo na zobe v obeh zobnih lokih do prvih kočnikov, na slednje ter na druge kočnike pa namestimo obročke, lahko pa tudi nosilce (cevice), katerih položaj je zopet ključen za končni rezultat; utor mora biti na sredini vestibularne ploskve in vzporedno z vrški.

Zdravljenje s tehniko ravnega loka poteka v šestih fazah, ki pa niso strogo ločene in se med seboj lahko prekrivajo:

Nivelacija je prva faza, v kateri želimo poravnati zobe v zobni lok. Začnemo z blagimi, pletenimi loki (npr. Twistflex 015) in postopoma prehajamo na močnejše loke z okroglim in oglatim profilom.

Nadzor sidranja. Sidrišče mora biti dovolj močno, da prenese silo, s katero želimo doseči premike zob. Za premike zob so primerne blage – optimalne sile, ki na sidrišču ne smejo preseči terapevtskega praga – so suboptimalne oz. prešibke. Kot sidrišče nam služijo zobje, minivsadek, transpalatinalni lok, pri kombinirani terapiji z ekstraoralnim elastičnim vratnim tegom (*head gear*) pa vrat oz. teme.

Urejanje sagitalne stopnice. Sagitalna stopnica je povečana, kadar je razdalja med incizalnim robom prvega zgornjega sekalca in vestibularno ploskvijo prvega spodnjega sekalca večja kot 2 mm. To je predvsem pri malokluzijah razreda II oddelek 1 (RII/1).

Pri pravilnem medčeljustničnem odnosu (RI) lahko s samim nesnemnim ortodontskim aparatom (NOA) stopnico uredimo s protruzijo spodnjih sekalcev in retruzijo zgornjih. Pri distalnem odnosu med čeljustnicama (RII/1, RII/2) pa lahko loka najprej z uporabo NOA poravnamo in nato uvedemo RII-elastike za urejanje distalnega odnosa med čeljustnicama. Lahko se odločimo tudi izdrtje prvih zgornjih stalnih ličnikov in zapiranje nastale vrzeli s pomočjo drsnega

mehanizma (*tie back*) in tako distaliziramo celotni zgornji interkanini predel. Včasih se kot dodatno sidranje tu uporablja tudi ekstraoralni vratni teg.

Zapiranje vrzeli: za zapiranje manjših vrzeli v zobnih lokih uporabljamo elastične verižice z ali brez presledka, pri večjih vrzelih pa vzmeti in drsni mehanizem (*tie back*). Vrzeli zapiramo, ko je nivelacija končana in imamo v nosilce vstavljene dovolj toge, oglate žične loke.

Urejanje višine griza: V primeru globokega griza lahko uporabimo cervikalni head gear, plošče za intruzijo sekalcev, izogibamo pa se ekstrakcijam. Pri odprtem grizu pa uporabljamo parietalni *head gear*, intermaksilarnne elastike, plošče za intruzijo stranskega sektorja, lahko pa tudi ekstrakcije.

Zaključevanje: Za urejanje središčnice uporabljamo elastike RII oz. RIII. Manjše položajne nepravilnosti pa z offsetom (intruzija, ekstruzija) in z derotacijskimi elastikami. Ob koncu zdravljenja pred snetjem nesnemnega ortodontskega aparata želimo doseči odlično interkuspidacijo, zato v nosilce namesto togih oglatih lokov debelih presekov vstavimo bolj podajne okrogle loke tanjših presekov, ki dovoljujejo postavitve zob v čim bolj stabilen griz s ploskovnim stikom sosednjih zob, pri tem pa si pomagamo tudi z intermaksilarnimi elastikami.

Slušatelje je poleg zanimive teme navdušila predvsem iskričnost predavatelja in njegova predanost oziroma kar ljubezen do svojega dela, kar nesebično prenaša na zadnje rodove specialistov in specializantov Centra za čeljustno in zobno ortopedijo Stomatološke klinike.

Zaključek tečaja je minil v čestitkah doc. dr. Maji Ovsenik, predsednici Evropskega ortodontskega združenja, za brezhibno izpeljan Evropski ortodontski kongres konec junija v Portorožu.

Ortodontija

Individualno zdravljenje

Elizabeta Zaletel

Na Dunaju je 3. in 4. decembra 2010 v prostorih Avstrijske akademije znanosti potekal 6. mednarodni ortodontski simpozij z naslovom Individualno zdravljenje. V čudovitem okolju predavalnice smo dva dni spoznavali novosti s področja načrtovanja in ortodontskega zdravljenja ter sodelovanja stomatoloških strok. V zgradbi nas je na prisotnost Slovencev na Dunaju spomnil tudi doprtni kip Frana Miklošiča, ki je v drugi polovici 19. stoletja deloval

na dunajski univerzi, kjer je ustanovil katedro za slavistiko, bil rektor ter prejel viteški naslov.

Pozdravnemu nagovoru prof. dr. Hansa Bantleona je sledilo predavanje o lingvalni tehniki, pri kateri so nosilci in loki izdelani individualno s pomočjo tehnologije CAD/CAM. Osnovne podatke za izdelavo aparata pridobimo z natančnim odtiskovanjem. Temu sledi skeniranje in pridobitev digitalnih podatkov, izdelava voščenih predlog in nosilcev. Načrtovanje

položaja in oblike nosilcev je takšno, da namestitev aparata ne predstavlja okluzijskih motenj. Nosilce in cevčice terapevt lepi z indirektno metodo. Nameščanje loka v nosilce je različno v interkaninem (IKS) in transkaninem (TKS) področju. V IKS je lok vstavljen z vertikalne smeri, v TKS pa s horizontalne, kot je to pri tehniki ravnega loka. Širša dimenzija loka je v gingivo-okluzalni smeri. Omenjena sprememba ima prednosti, saj omogoča natančen nadzor tourquea, kar je posebno ugodno pri ekstrakcijskih primerih v fazi zapiranja vrzeli. Loki v začetku zdravljenja so superelastični, sledijo loki iz nerjavnega jekla, ki imajo vgrajene zavoje I. reda, končni loki so iz beta stabiliziranega titana. Problem predstavljajo tudi impaktirani zobje, saj ni podatka o obliki palatinalne ploskve. Takrat je nosilec izdelan na podlagi zrcalne podobe zoba nasprotne strani. Individualno izdelan aparat zagotavlja uspeh le ob upoštevanju ugotovitev dinamične estetske analize. Slednje lahko strnemo v naslednje točke:

1. analiza nasmeha in med govorom;
2. analiza transverzalnih dimenzij;
3. ustrezno razmerje medsebojnih stikov zob;
4. razmerje sekalcev – dolžina : višina/širina. Pri opazovanju zob je pomembno tudi dejstvo, katere zobe lahko hkrati opazujemo – velja, da nikoli ne vidimo hkrati obeh stranskih sekalcev, kot tudi ne obeh podočnikov;
5. nivo dlesni;
6. naklon vzdolžne osi središčnih sekalcev. Pomembno je poudariti, da je zamik središčnice opazen od vrednosti nad 4 mm, odklon od vzdolžne osi pa je opazen že pri 2 mm.

Individualno je tudi ortodontsko zdravljenje z opornicami. Faze izdelave opornic obsegajo: 1. skeniranje modela, 2. načrt zdravljenja, 3. izdelava »set upa«, 4. priprava in določitev faz zdravljenja, 5. privolitev terapevta, 6. prenos in uporaba podatkov iz digitalnega zapisa na modele, 7. izbor materialov, 8. oblikovanje opornic. Tri faze, prva, šesta in osma, nimajo neposrednega vpliva na potek in uspeh zdravljenja. Pri spremembi naklonov zob za ustrezno načrtovanje nujno potrebujemo podatek o dolžini zobnih korenin, pri translacijskih premikih je pomembno tudi število korenin, pri rotacijah je pomemben podatek o centru rotacije.

V sodobni ortodontiji je vedno pogosteje potrebno sodelovanje med posameznimi stomatološkimi vejami – splošnimi zobozdravniki, kirurgi, parodontologi, protetiki. Primer takšnega sodelovanja smo spoznali med prikazi zdravljenj impaktiranih podočnikov.

Pri položaju zoba vestibularno, ki je prisoten v 15 odstotkih, je priporočljivo opraviti zaprto fenestracijo, saj odprta metoda zaradi pomičnosti dlesni povzroča večje recesije. Odprta fenestracija je priporočena pri palatinalnih legah, pri čemer je zelo pomembno, da je med kirurškim posegom dokaj agresivno odstranjena okolna kost. Temu sledi intenziven vlek, uvrstitev zoba na pravo mesto v zobnem loku in odložitev ekstruzije za tri mesece. V tem času se ustrezno preoblikuje kost, kar omogoča pomik zoba v pravilnejši položaj v buko-palatinalni smeri. Pogosto je po uvrstitvi zoba potrebno opraviti še preoblikovanje dlesni z elektroto-mom. Na zmanjšanje števila impaktiranih podočnikov lahko učinkovito vplivajo splošni zobozdravniki, ki z natančnim kliničnim pregledom med 8. in 10. letom starosti ter na podlagi analiz ortopantomogramskih posnetkov v 65 odstotkih s pravočasno odstranitvijo mlečnega zoba preprečijo impakcijo. Ob pravočasni odstranitvi in sočasni terapiji z vratnim tegom, ki je namenjen izboljšanju prostorskih razmer v zobnem loku, je uspešnost po podatkih celo 88-odstotna.

S povečevanjem deleža odraslih pacientov, ki želijo ortodontsko terapijo, se posledično povečuje tudi delež parodontalno ogroženih pacientov. Obseg parodontalnih posegov je odvisen od narave pomikov zob, biotipa dlesni in prizadetosti obzobnih tkiv ob začetku zdravljenja. Če je le mogoče, načrtujemo pomike zob brez širitve zobnega loka. Ob koncu zdravljenja ponovno ocenimo, ali je potreben kirurški poseg. Kadar kljub vsemu načrtujemo pomik v bukalno smer in imamo že pred začetkom zdravljenja prisotne recesije, neugoden biotip dlesni, je po higien-ski fazi potrebno narediti graft in šele nato namestiti ortodontski aparat. Ves čas zdravljenja morajo biti pacienti spremljani tudi pri parodontologu. Zaradi zmanjšane podporne površine pri teh pacientih med zdravljenjem uporabljamo manjše sile. Med možne vzroke za redukcijo papile sodijo še trikotne oblike zob, tesno stanje pred pričetkom zdravljenja, dolga klinična krona in nepravilni nakloni zob. Interdisciplinarna mora biti tudi obravnava nepravilnosti R III. Po podatkih smo z ortodontskim zdravljenjem nepravilnosti R III uspešni v 70 odstotkih, pri čemer je treba poudariti, da skeletne učinke pričakujemo le v obdobju mlečnega oziroma zgodnjega menjalnega zobovja. 30 odstotkov pacientov potrebuje ortognati kirurški poseg. Koordinacijo med posameznimi stomatološkimi strokami vodi ortodont iz preprostega razloga – pri njem se pacient pojavlja v intervalu od 4 do 6 tednov. Zaključek ob koncu predavanja je bil, da je dobro sodelovanje posameznih stomatoloških strok nujno, saj le-to zagotavlja nemoten potek zdravljenja in ustrezne rezultate.

Z uporabo mini vsadkov in ploščic se je razširila možnost skeletnega sidrenja in zmanjšanje neželenih učinkov med ortodontskim zdravljenjem. Prednosti uporabe mini vijakov: preprosta namestitvev in odstranitvev, možnost takojšnje obremenitve, ugodna cena. Na tržišču se pojavlja množica izdelkov, ki se med seboj razlikujejo glede dolžine in širine, oblike glave ... Priporočena dolžina je od 6 do 8 mm, širina od 1,4 do 1,6 mm. Najprimernejša mesta vstavitve v spodnji čeljustnici so med stranskim sekalcem in podočnikom, če to ni mogoče, pa med podočnikom in prvim ličnikom; v zgornji čeljustnici pa med ličnikom in kočnikom. O mestu se odločamo glede na načrtovane premike in mehaniko. Mini vsadke vedno namestimo v področje keratinizirane dlesni, saj se tako izognemo draženju in vnetjem. Ob vstavitvi mini ploščic je potreben kirurški poseg z odgrnitvijo dlesni, fiksacijo ploščice običajno opravimo s tremi vijaki v zgornji oziroma z dvema v spodnji čeljustnici. Prednost ploščic je, da jih lahko namestimo v področju pomične sluznice, slabost pa ponovni kirurški poseg ob odstranitvi.

V želji po hitrejših, vendar vseeno varnih ortodontskih premikih se je razvila metoda PAOO (Periodontally Accelerated Osteogenetic Orthodontics). Spoznali smo primere uporabe posegov, ki so bodisi omejeni na en zob (npr. impaktiran podočnik, ekstrudiran zob) ali na skupino (mezializacija ali distalizacija kočnikov, ekstruzija ali intruzija IKS). Neposredno po kirurškem posegu kortikotomije (prekinitve kortikalne kosti na bukalni in palatinalni strani) je v operiranem področju zmanjšana prekrvlenost, prisotna je osteopenija, hipomineralizacija, kar zmanjša rezistenco zob med ortodontskim zdravljenjem in potrebo za sidrenje. Fibrotomijo – prekinitvev dentogingivalnih in interdentalnih vlaken je priporočeno opraviti pri obsežnejših rotacijah. Mnoga zdravila imajo neposreden vpliv na metabolične procese med ortodontskim zdravljenjem, zato je nujno natančno poznavanje njihovih farmakoloških učinkov.

Pri ortodontsko-kirurških zdravljenjih je poleg običajnih rentgenskih posnetkov potrebna tudi 3D-diagnostika. Omenjena metoda skupaj s podatki CT-skenerjev omogoča izdelavo natančnega načrta premikov med distrakcijo oziroma drugimi kirurškimi posegi.

Danes implantološka oskrba in osteointegracija ne predstavljata več problema, težava je v neustrezni estetiki, posebej v zgornjem IKS. V interkaninem področju se vse pogosteje uveljavlja sistem takojšnje implantacije. Vendar omenjena metoda zahteva natančno načrtovano, atravmatsko izvedeno odstranitev zoba, uporabo kostnih nadomestkov in resorptivnih membran. Kadar se zaradi neugodnih razmer odločamo za odloženo implantacijo, moramo v obdobju celjenja zagotoviti čim boljše razmere za ohranitev trdih in mehkih tkiv. Kadar je prisoten primanjkljaj mehkih tkiv, je treba med posegom implantacije ali pred njim narediti subepitelialni mukozni graft.

V predverju zgradbe je oba dneva potekala dentalna razstava, kjer smo si nekatere na predavanjih predstavljene izdelke tudi ogledali. Zanimiva predavanja so bila razlog, da smo večino obeh dni presedeli v dvorani, a vendar je sneg poskrbel za delček čarobnega prednovoletnega vzdušja.

Hipohondrija

Hipohondrija je pogost pojav med sodobnim prebivalstvom. V želji, da bi to motnjo boljše opredelila ter preprečila vsesplošno posploševanje in nepravilno uporabo omenjenega izraza (grškega porekla, označuje rebri hrustanec), je skupina ameriških zdravnikov sestavila seznam osmih značilnosti hipohondrov:

1. za zdravila porabijo več denarja kot za živila (v lekarni je njihov račun višji kot v supermarketu),
2. na pamet poznajo imena najmanj desetih antibiotikov, analgetikov in številnih drugih zdravil,
3. kadar se prehladijo, ne govorijo o hripavosti, marveč o vročici oziroma vnetju žlez,
4. bolečine v mišicah (zaradi pretreniranosti) so zanje znak zgodnje osteoporoze,
5. kadar se pospešeno opazujejo, pogosto ugotovijo, da so njihova materina znamenja prave oblike malignega melanoma,
6. najraje prebirajo zdravstvene priročnike, medicinske knjige in revije ter gledajo zdravstvene oddaje na televiziji,
7. živijo v nenehnem strahu pred boleznijo in njenimi tragičnimi posledicami – najpogosteje pred kardiovaskularnimi zapleti, zlasti infarktom,
8. prepričani so, da o svoji bolezni vedo več kot izbrani zdravnik, zato so mu vedno pripravljene povedati kako vročo novost s področja, ki jim povzroča težave.

Sicer pa sodobna medicina hipohondrijo, za katero po globalnih zdravstvenih statistikah trpi od 2 do 5 odstotkov svetovnega prebivalstva, obravnava kot psihično motnjo, ki jo je treba vzeti resno in jo čim prej odpraviti s psihoterapijo. Najprej pa je seveda nujno pozorno in previdno izključiti sleherno možnost dejanskega organskega obolenja ali motnje.

Vir: UPI

Nina Mazi

XII. Fajdigovi dnevi

Nataša Kern

V sončnem jesenskem jutru, 22. oktobra 2010, smo se v Kranjski Gori v hotelu Kompas zbrali vsi, ki nas zanimajo novosti s področja družinske medicine. Srečanje je že tradicionalno, udeležba je bila zelo dobra, letos je bilo rekordno število 259 udeležencev. Poteka že od leta 1999, poimenovano je po kranjskem zdravniku Božidarju Fajdigi, nestorju medicine na Gorenjskem, ki je bil znan predvsem po tem, da je za svoje bolnike predpisoval le magistralna zdravila (Fajdigovo mazilo, prašek za želodec, Fajdigova voda ...).

Srečanje je kot že nekaj let zapored po uvodnem nagovoru prim. Ksenije Tušek Bunc odprla dramska skupina iz Vač, ki je na humoren način predstavila delo zdravnika. Prvi dan so zdravniki družinske medicine in specialisti različnih strok predstavili predavanja s področja depresije, kardiologije, bolezni v srednjih letih in starosti, luskavico in problematiko polifarmacije. Doc. Pregelj in prof. Blanka Kores Plesničar sta poudarila zlasti pomen cirkadianih ritmov človeka in njihov vpliv na depresijo ter s tem povezane možnosti novih načinov zdravljenja depresije. Zelo zanimiva je bila predstavitev raziskave, ki jo je izvedla Katedra za družinsko medicino, predstavila pa nam jo je dr. Danica Rotar Pavlič. Vključevala je bolnike z arterijsko hipertenzijo, ki so se zdravili s perindoprilom. Približno polovica bolnikov je kot dodatno spodbudo pri zdravljenju prejela merilec krvnega tlaka, druga polovica pa je bila zdravljena po običajni klinični praksi. V raziskavi se je krvni tlak po uvedbi perindoprila ustrezno znižal v obeh skupinah bolnikov.

Kot vedno je bilo zelo duhovito predavanje Marka Gričarja, dr. med., ki je govoril o vlogi perindoprila pri zdravljenju srčno-žilnih bolezni, vendar je kljub resni temi večkrat zelo nasmejal poslušalce z raznimi dovtipi in šalami. Vodenje bolnika s povečano prostato sta predstavila Franci Bečan, dr. med., s stališča družinskega zdravnika in prim. Bizjak kot urolog. Doc. Kocjan je poudaril pomen zdravljenja osteoporoze, predstavil pa je tudi model FRAX, ki na podlagi ocene dejavnikov tveganja za osteoporozo pokaže, kakšno je 10-letno tveganje bolnic in bolnikov za osteoporozni zlom. Ta model je dostopen na spletni strani <http://www.shef.ac.uk/FRAX/>, v ZDA in Angliji pa se uporablja že več kot dve leti.

Na področju obravnave luskavice je bilo zlasti zanimivo sodobno zdravljenje z biološkimi zdravili, ki ga je predstavil prof. Lunder. Velik problem v ambulantni družinski zdravnik predstavlja bolniki s številnimi predpisanimi zdravili, zlasti zaradi medsebojnega učinkovanja zdravil, stranskih učinkov zdravil, nesodelovanja bolnika, velike porabe denarja za zdravila itd. Dr. Tonka Poplas Susič je v svojem predavanju o polipragmaziji lepo predstavila dejavnike, ki vplivajo na polipragmazijo, prof. Šabovič pa je predstavil problem polipragmazije pri starostnikih.

Po napornem dnevu smo se zvečer razvedrili ob slavnostni večerji in plesu ter si nabrali novih moči za sobotno dopoldne, ko smo poslušali še tri sklope predavanj.

Prim. Jana Govc Eržen je pregledno predstavila svoje predavanje o debelosti, ki ima že razsežnosti epidemije, predstavila pa nam je tudi delavnice zdravega hujšanja v celjski regiji. Psihiatrinja dr. Karin Sernec je govorila o motnjah hranjenja. Poleg klasičnih anoreksije nervoze, bulimije nervoze in kompulzivnega prenažanja obstajata tudi novi obliki motenj hranjenja: ortoreksija nervoza je bolezenska obsedenost z zdravo, biološko čisto hrano, bigoreksija nervoza pa je obsedenost s potrebo po mišičastem telesu.

Marko Kmet, dr. med., in Mihaela Strgar Hladnik, dr. med., sta predstavila pripravo bolnika na antiagregacijski in antikoagulantni terapiji za kirurški poseg, ortoped Klemen Ravnihar, dr. med., pa je predstavil nova peroralna antikoagulacijska zdravila dabigatran eteksilat (pradaxa) in rivaroksaban (xarelto). V obdobju izrazitega razmaha elektronskega dopisovanja je tudi v zdravstvu zelo aktualno zdravljenje na daljavo kot elektronski posvet, ki ima številne prednosti, pa tudi pomanjkljivosti. Predstavil nam jih je asist. Iljaž, Polona Žuber, dr. med., pa je predstavila zelo zanimivo raziskavo o uporabi spletnih storitev med bolniki zdravstvenega doma Radovljica.

Srečanje smo zaključili obogateni z nekaterimi novostmi in koristnimi nasveti, ki jih bomo lahko uporabili pri vsakdanjem delu, z željo, da se prihodnje leto spet srečamo v Kranjski Gori.



Udeleženci srečanja

Najbolj vroče teme v neonatologiji

Štefan Grosek

V Washingtonu je 6. in 7. decembra potekalo že 30. srečanje Hot topics in neonatology. To srečanje vsako leto privabi veliko zdravnikov neonatologov z vsega sveta, ki poslušajo in sodelujejo v živahnih strokovnih razpravah o zdravljenju nedonošenčkov, predvsem tistih najmanjših s težo pod 1500 grami. Letos je bilo več kot 1500 udeležencev iz 27 držav, ki so od prvega do zadnjega predavanja sedeli na svojih prostorih in zavzeto spremljali predstavitve. Na povabilo Ljiljane Rebec Žunjanin, dr. vet. med., predstavnice družbe Abbott Laboratories Slovenija, sva se letošnjega srečanja udeležila z neonatologinjo dr. Lilijano Kornhauser Cerar, dr. med., iz Porodnišnice Ljubljana.

Teme predavanj so bile izredno zanimive in so odgovorile na nekatera odprta vprašanja načinov zdravljenja, ki jih uporabljamo pri nedonošenčkih in jih navajam v nadaljevanju. Od pomembnejših predavateljev, ki v poročilu niso omenjeni, naj navedem Ronalda I. Clymana, Marianne Thoresen, Wallyja Carlota, Francoisa Luksa, Andrewa Whitelawa, Helene Mintz Hittner, Terry I. Inder in Amita M. Mathurja.

Med običajnimi problemi nedonošenosti je **odprti Botallov vod (PDA, perzistentni duktus arteriozus)** pomemben v patogenezi ostalih bolezni nedonošenosti, kot so npr. kronična pljučna bolezen, nekrotizantni enterokolitis (NEC), sepsa, intraventrikularna krvavitev, slabši razvoj otroka itd. Dolgoletna praksa zdravljenja je dajanje nesteroidnih antirevmatikov (NSAID), ki kot zaviralci prostaglandinske sintetaze olajšajo zapiranje PDA. Neonatolog **William E. Benitz** je bil dolga desetletja zagovornik zdravljenja PDA z NSAID ali kirurško ligacijo. Predstavil nam je izredno prepričljive rezultate, ki govorijo proti profilaktični uporabi NSAID ali ligaciji PDA pri nedonošenčkih z zelo majhno porodno težo (VLBW). Predstavil je Cochranove metaanalize raziskav zdravljenja PDA (profilaktično zdravljenje asimptomatskih in simptomatskih PDA z NSAID (indocid, ibuprofen) in profilaktično kirurško ligacijo) od leta 2002 do 2008. Zdravljenje asimptomatskega PDA ni pokazalo nobenega pozitivnega učinka na zmanjšanje smrtnosti, odvisnosti od kisika v starosti 28 dni, kronične pljučne bolezni (bronhopulmonalne displazije – BPD), NEC, sepe, retinopatije zaradi nedonošenosti (ROP). Nasprotno, otroci zdravljeni z indometacinom zaradi simptomatskega PDA, so imeli

statistično značilno več pnevmotoraksov in ROP težje stopnje (> 2). Ko pa je primerjal rezultate profilaktičnega dajanja dveh NSAID, indocida in ibuprofena, in kirurške ligacije, je našel le pozitiven vpliv indocida na zmanjšanje intrakranialne krvavitve in manj NEC po kirurški ligaciji PDA, pri ostalih problemih nedonošenosti pa ni bilo najti nobenih izboljšanj.

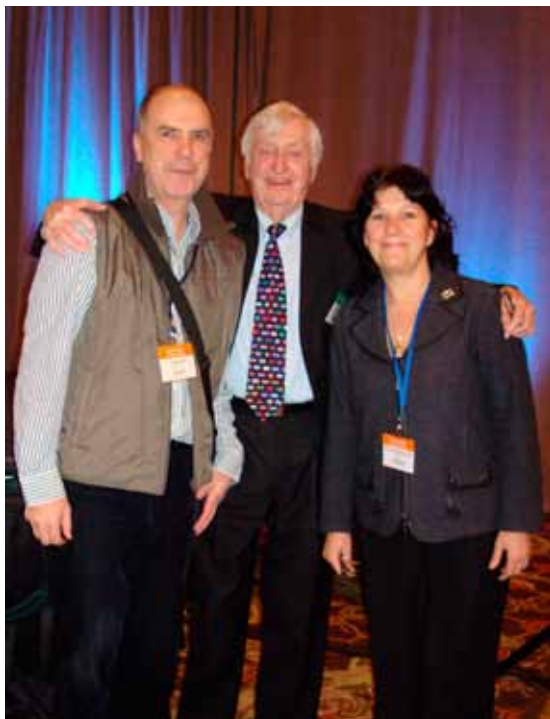
V Benitzovi raziskavi je bil pri peroralnem dajanju indometacin učinkovit v zmanjšanju smrtnosti pri nedonošenčkih s simptomatskim PDA, medtem ko sama kirurška ligacija asimptomatskega PDA ni imela nobenega učinka v primerjavi s kontrolno skupino. Indometacin, dan intravensko (iv.) ali peroralno nedonošenčkom s simptomatskim PDA, ni imel nobenega pozitivnega ali negativnega učinka v primerjavi s kontrolno skupino. Profilaktično iv. ali peroralno dajanje indometacina je poslabšalo pljučno stanje otrok, več jih je imelo kronično pljučno bolezen. Manj otrok je imelo hudo intraventrikularno krvavitev – IVK (> 2. stopnje), čeprav ni bilo razlik v kasnejšem psihomotoričnem razvoju. Edini pozitivni učinek zdravljenja simptomatskega PDA na zmanjšanje smrtnosti in kronične pljučne bolezni je bil, če so PDA zapirali zgodaj in ne kasno.

Zaključki W. E. Benitza so bili, da ne Cochranova analiza ne njegova nista odkrili nobenega ugodnega učinka na trajanje zdravljenja s kisikom, umetno predihavanje ali trajanje hospitalizacije. Še več, zgodnje dajanje indocida je bilo v povezavi s podaljšanjem potrebe po umetnem predihavanju, poslabšanjem oksigenacije in povečano porabo umetnega surfaktanta, z višjimi srednjimi inspiracijskimi tlaki in povečano potrebo po kisiku, zato po njegovem mnenju zgodnje zdravljenje tudi ne izboljšuje izhoda zdravljenja pri nedonošenčkih. Zaključil je, da je zadnji čas, da se prepove zgodnje zapiranje PDA z indometacinom ali ligacijo in da ni več etično otroke vključevati v raziskavo zdravljenja, za katerega je znano, da je neučinkovito.

V naslednjem predavanju so bili predstavljeni izsledki raziskave, v kateri so primerjali dve skupini nedonošenčkov s težo pod 1000 g, ki so bili operirani zaradi neuspešnega zapiranja PDA z indometacinom. V prvem obdobju (od 1999 do 2004) so jih operirali 2,4 ± 2,3 dneva potem, ko profilaksa z indometacinom ni bila uspešna, v drugem obdobju (od 2005 do 2009)

pa je bil čas do ligacije daljši in je trajal 13 ± 8 dni. V skupini, ki je bila kasneje operirana, je bilo statistično značilno manj NEC. Prav tako je bilo manj seps, IVK, BPD, ROP in smrti, vendar to zmanjšanje ni bilo statistično značilno. Kar je bilo še pomembneje, pa je, da je kar 28 odstotkov manj otrok potrebovalo ligacijo, če so čakali več dni do operacije. Ugoden učinek kasnejše ligacije je bilo možno pripisati manj stranskim pojavom zaradi ligacij, kot npr. manj je bilo hipertenzij, uporabe inotropov, paraliz glasilk in BPD.

Nekrotizantni enterokolitis (NEC) stopnje ≥ 2 je težka bolezen nedonošenčkov z visoko smrtnostjo (20 odstotkov) in obolevnostjo, ki vključuje podaljšanje ležalne dobe in dolgotrajen nevrorazvojni zaostanek otrok, ki so bili operirani. Eksperimentalne in klinične raziskave so pokazale, da naj bi **probiotiki (PB)** zmanjšali tveganje za nastanek NEC. Predavatelj



Z leve: doc. dr. Štefan Grosek, dr. med., predsednik strokovnega srečanja Jerold F. Lucey, Wallace Professor of Neonatology, Univerza Vermont, ZDA, in dr. Liljana Kornhauser Cerar, dr. med., iz Porodnišnice Ljubljana.

Sanjay Patole iz Avstralije je predstavil rezultate treh randomiziranih kontroliranih raziskav, RCT. Prva je bila pregledna raziskava Deshpandeja s sodelavci, ki so ugotovili, da uporaba PB zmanjša tveganja za nastanek NEC stopnje ≥ 2 in smrtnost, vendar ob tem niso ugotovili zmanjšanja incidence seps. Prikazal je še dve raziskavi iz 2007 in 2008 (Barclay in Alfaleh), ki sta pokazali podobne rezultate kot Deshpande. Nato je prikazal lastne podatke sistematičnega pregleda vseh dostopnih člankov o dajanju PB pri nedonošenčkih z gestacijsko starostjo pod 34 tednov; PB so začeli dajati v prvih 10 dneh življenja in nadaljevali najmanj sedem dni. V celoti je našel 11 RCT. V analizi je ugotovil, da so različne raziskovalne skupine uporabljale različne PB, in sicer z eno, dvema ali štirimi vrstami laktobacilov, v različnih koncentracijah, različno dolgo, ob tem je bil otrok hranjen z obogatanim materinim ali umetnim mlekom. Metaanaliza vseh 11 raziskav je pokazala statistično značilno manj NEC in smrtnosti, ne pa tudi manj seps v skupini nedonošenčkov, ki so dobivali PB. Dokazi, da PB zmanjšujejo smrtnost, so po njegovem mnenju močnejši kot katerikoli drugi dokazi v neonatologiji in so zato nadaljnje s placebom kontrolirane raziskave neetične. Mnenja je bil tudi, da predstavlja transparentno obveščanje staršev o izsledkih teh raziskav poseben etični izziv.

V predavanju o **hipoksično-ishemični encefalopatiji (HIE)** in **novostih v hipotermiji** si je predavateljica zastavila vprašanje, zakaj zdravljenje HIE z inducirano hipotermijo ne deluje dovolj neuroprotektivno (štiri raziskave so pri zmerni hipotermiji pokazale samo od 15- do 22,6-odstotno zmanjšanje relativnega tveganja za razvoj okvare ali smrti) in kakšen bi bil učinek kombiniranega zdravljenja s plinom ksenonom pri živalskih modelih. Ksenon naj bil zmanjšal apoptozo poškodovanih nevronov in nekompetitivno blokiral NMDA-receptorje. Raziskava na podganjih mladičih je pokazala, da kombinacija hipotermije in ksenona najbolje zaščiti in ohrani možgane, za razliko od uporabe samo hipotermije ali samo ksenona. Najboljši so bili rezultati, če so uporabili inhalacijo 50-odstotnega ksenona, ki je trajala tri ure (v primerjavi z enourno inhalacijo) v kombinaciji s hipotermijo. Na prašičjem modelu hipoksije (šest skupin) je najmanj okvar na možganih nastalo, če so hladili in inhalirali ksenon živalim 24 ur. Na osnovi teh zelo vzpodbudnih rezultatov je etična komisija odobrila

raziskavo na novorojenčkih s HIE, ki so jih hladili in jim dodali 50-odstotni ksenon za 18 ur. Trenutno je bilo vključenih v raziskavo že devet otrok in rezultati so zelo vzpodbudni.

Zdravljenje zelo majhnih nedonošenčkov z **nadomešnim surfaktantom** v prvih dveh urah življenja je pomembno zmanjšalo smrtnost, beg zraka iz pljuč in smrtnost skupaj z BPD, ne pa same BPD. Umetno predihavanje predstavlja stres za nedonošenčka in okvari pljuča zaradi kisika, prevelikih volumnov ali tlakov med umetnim predihavanjem. Zaenkrat ni raziskav, ki bi primerjale zgodnje neinvazivno predihavanje preko nosnega dovajanja končnega pozitivnega tlaka v pljučih (nosni CPAP) z zgodnjim dajanjem surfaktanta in umetnim predihavanjem. So pa številne raziskave pokazale, da dajanje surfaktanta ne zmanjša tveganja za nevrorazvojne motnje. Raziskava **Morleya s sodelavci** pri 610 nedonošenčkih med 25 0/7 in 28 6/7 tedni gestacije (t. g.), ki so lahko samostojno dihalo najmanj pet minut, je pokazala, da CPAP v skupini nedonošenčkov, ki so bili na CPAP, ni pomembno zmanjšal smrtnosti ali potrebe po zdravljenju s kisikom v 36. t. g., imela pa je značilno več pnevmotoraksov (trikrat več, 9,1 vs. 3,0 odstotke) v prvih dveh dneh. Predavatelj **Neil Finer** je predstavil raziskavo s hipotezo, da naj bi zgodnji CPAP 5 cm H₂O z omejeno strategijo predihavanja značilno zmanjšal incidenco smrti ali BPD pri preživelih v 36. t. g., v primerjavi z nedonošenčki, ki so po običajnem postopku znotraj prve ure dobili surfaktant. Vključili so nedonošenčke z gestacijo od 24 0/7 do 27 6/7 tednov v času od februarja 2005 do februarja 2009. Randomizacija je bila opravljena glede na oddelke, ki so bili vključeni, in glede na gestacijo. Kot primarni izhod zdravljenja so vrednotili smrt otroka ali BPD, samo BPD ali samo smrt; med obema skupinama niso našli razlik. V porodni sobi je bila CPAP-skupina otrok manjkrat predihavana s pozitivnimi tlaki (65,7 odstotka vs. 92,9 odstotka), trikrat redkeje intubirana (34 odstotkov vs. 93,4 odstotka), manjkrat je dobila surfaktant (67,1 vs. 98,9 odstotka) in dvakrat redkeje adrenalin. Med preživelimi otroki je bila CPAP-skupina krajši čas umetno predihavana, manjkrat je dobila steroide zaradi BPD, vendar je bilo nekoliko manj živih pri 7 dneh starosti oziroma brez podpore ventilatorja (55,3 vs. 48,8 odstotka). Omenjeno raziskavo so primerjali z ostalimi tremi raziskavami in v metaanalizi potrdili, da je zgodnji CPAP z omejeno strategijo predihavanja pri ekstremno majhnih nedonošenčkih dober, saj je združen z manj intubacijami in umetnimi predihavanji ter manjšo smrtnostjo.

V enem od predavanj so bili predstavljeni rezultati randomizirane raziskave, kjer so spremljali ciljne

vrednosti saturacije s kisikom pri nedonošenčkih z zelo majhno telesno težo – SUPPORT Trial. V izhodišču je bilo navedeno, da ni soglasja o ciljni vrednosti saturacije pri nedonošenčkih, objavljene sprejemljive vrednosti se v literaturi gibljejo med 88 in 98 odstotki. Do sedaj so bile opravljene tri raziskave o ciljni vrednosti saturacije, in sicer STOP-ROP, BOOST in SUPPORT. Primarni izhodi v raziskavi SUPPORT so bili: huda ROP in smrt, huda ROP, smrt. Sekundarni izhodi so bili BPD, pnevmotoraksi, beg zraka, uporaba postnatalnih steroidov, PDA, IVK 3. ali 4. stopnje, periventrikularna levkomalacija (PVL), NEC stopnje ≥ 2 , kasna sepsa. Skupini sta bili dve, in sicer skupina, kjer je bila ciljna vrednost saturacije s kisikom od 91 do 95 odstotkov, in 2. skupina s 85 do 89 odstotki. Rezultati raziskave so bili, da je skupina z nižjimi ciljnim vrednostmi saturacije imela značilno manj hudih oblik ROP, ob tem pa je bilo značilno več smrti. Sporočilo je bilo, da nižje vrednosti povečujejo tveganje za umrljivost, hkrati pa preveč kisika povečuje tveganje za ROP in pljučne zaplete.

Predstavljeno je bilo tudi področje endoskopske fetalne kirurgije. Odprta fetalna kirurgija je bila zaradi slabih rezultatov in tveganja za nosečnico opuščena že pred časom. Trenutno se endoskopska fetalna kirurgija rutinsko uporablja pri sindromu transfuzije dvojčka k dvojčku (TTTS) pri monohorionskih dvojčkih. To stanje je 100-odstotno smrtno za oba ploda, če je neprepoznano. Zdravljenje poteka z endoskopskim laserjem, ko naredijo ablacijo placentalnih žil. Po posegu je preživetje enega od dvojčkov vsaj 81-odstotno. V zadnjem desetletju je bilo opravljenih več kot 10.000 posegov. Pri diafragmalni kili sedaj plodu endoskopsko vstavijo balonček v sapnik in naredijo trahealno okluzijo, ki omogoči rast pljuč. Izzivi za fetalno kirurgijo so po mnenju F. Luksa še mielomeninogokela, hipoplastično levo ali desno srce in izolirana zapora spodnjega dela urotakta.

Naslednje predavanje je obravnavalo ventrikularno lavažo po hudi intraventrikularni krvavitvi DRIFT (DRainage Irrigation and Fibrinolytic Therapy), ki je bila predčasno končana zaradi več sekundarnih IVK v skupini otrok z lavažo ventriklov. Ne glede na to pa je več otrok preživel ali imelo manjši nevrorazvojni zaostanek v skupini z lavažo kot v kontrolni skupini. Izboljšanje kognitivnih sposobnosti je doseglo statistično pomembnost.

V prispevku o novostih v zdravljenju retinopatije nedonošenčkov (ROP) je bil najprej orisan nastanek ROP in načini zdravljenja, ki so bili v veljavi do sedaj, skupaj z laserjem. Z novo uporabo anti-angiogenega agensa (anti-vascular endotelial growth factor – anti-VEGF) bevacizumaba, ki so ga injicirali v oko v

točno določenem času, pa so uspeli preprečiti razrast žilja in posledični odstop mrežnice s slepoto. Rezultati raziskave so bili tako vzpodbudni, da so vsi vključeni okulisti po končani raziskavi prenehali z laserskim zdravljenjem ROP in prešli samo na zdravljenje z bevacizumabom.

V zadnjem delu predavanj so bili najprej predstavljeni problemi poškodb novorojenčkovih možganov, ki nastanejo v perinatalnem obdobju, in poporodno spremljanje z različnimi slikovnimi metodami. Kasna sepsa novorojenčka, ki prizadene kar 65 odstotkov nedonošenčkov z zelo majhno porodno težo, poveča tveganje za okvaro bele možganovine, kar lahko pokaže MRI slikovna preiskava. Podoben učinek na belo substanco ima tudi NEC. Ti otroci bodo bolj verjetno razvili cerebralno paralizo, nižjo nevrorazvojno MDI in/ali PDI točkovanje in imeli nezadostno rast pri 18 mesecih starosti. Od štirih možnih vrst okužb (klinično dokazana okužba, sepsa, sepsa in NEC in sepsa in meningitis) je najslabša kombinacija za nevrorazvojno okvaro ravno kombinacija sepse in NEC. Od mikroorganizmov, ki izrazito okvarjajo belo substanco, pa so v zadnjih letih v ospredju enterovirusi, posebno echovirusi 22 in 23, ki jih sedaj klasificirajo kot HPeV1 in HPeV2 v novem rodu Humanih Parechovirusov (HpeV). Pri okužbi s temi virusi so najpogostejše težave vročina, krči, razdražljivost, izpuščaj in problemi s hranjenjem. Vnetni kazalci so nizki, v likvorju so levkociti lahko nizki oz. niso povišani, na MRI pa se vidijo cistične spremembe v beli substanci. Tudi okužba majhnih nedonošenčkov z rotavirusom je dejavnik tveganja za nastanek krčev in spremembe v beli substanci, ki so vidne na MRI. Nedonošenčke naj bi lumbalno punktirali le, če imajo sliko encefalopatije ali vročino. Predlagane preiskave pri nedonošenčkih s sumom za okužbo so kontinuirani monitoring EEG-CFM (krči so v 90 odstotkih subklinični), slikovna diagnostika naj se opravi v primeru suma na prirojeno okužbo, pri intenzivno zdravljenih nedonošenčkih s sepsa, z NEC in tistih z encefalopatijo ali vročino. UZ glave in CT glave imata enako diskriminatorno sposobnost za ugotavljanje sprememb na možganih (ki je v obeh diagnostikah zelo nizka, poleg tega pomeni CT nedopustno veliko obremenitev

z ionizirajočimi žarki), medtem ko je daleč nad obema MRI.

William Tarnow-Mordi iz Avstralije je predstavil rezultate multicentričnih raziskav uporabe intravenskih imunoglobulinov (IVIG) pri 3493 dojenčkih s sumljivo ali dokazano sepsa. Z metaanalizo vseh raziskav je pokazal, da je sedaj nedvomno dokazano, da IVIG ne zmanjšajo umrljivosti ali obolevnosti dojenčkov in se ne bi smeli več uporabljati pri otrocih s sepsa. S tem bi bolnišnice prihranile tudi veliko denarja.

Zadnje predavanje je obravnavalo na dokazih temelječo uporabo slikovnih preiskav pri otrocih s hipoksično ishemično encefalopatijo. Dojenčki z anamnezo neonatalne encefalopatije, pomembno obporodno travmo z nizkom hematokritom in/ali koagulopatijo naj opravijo CT brez kontrasta, da ocenimo krvavitev in da, če CT ne pokaže vzroka za dojenčkovo encefalopatično sliko, opravimo MRI. Za otroke s sliko encefalopatije opravimo MRI med 2. in 8. dnevom, CT pa le, če MRI ni na voljo.

Kot sem že poudaril, je predavanja do zadnjega spremljalo veliko udeležencev, med katerimi smo bili tudi trije iz Slovenije. Nova dognanja, ki so jih predstavili na tem srečanju, bodo pomembna za nadaljnje delo na slovenskih neonatalnih oddelkih in upam, da jih bomo čim bolj upoštevali.

Izjava o konfliktu interesov

Družba Abbott Slovenija je plačala doc. dr. Štefanu Grosku letalski prevoz, štiri hotelske nočitve in kotizacijo.

Naporne reforme

Med najbolj zahtevne naloge vladnih garnitur v številnih državah EU, med katere sodita tudi Nemčija in Slovenija, spada prav reforma zdravstvenega sektorja. Aktualni vladi v Nemčiji in v ZDA sta si zadali (pre)zahteven cilj – posodobitev, ureditev in racionalizacijo zdravstva. Nemški zdravniki in ostali strokovnjaki, zaposleni v zdravstvu, pa tudi uporabniki so prepričani, da se formula, ki jo skuša (pogosto skorajda za vsako ceno) uvesti in uveljaviti zvezna kanclerka Angela Merkel (sanirati, investirati, reformirati), v praksi niti kratkoročno, kaj šele srednje- in dolgoročno ne more obnesti, saj ji manjkajo dve ključni konstanti: informirati in motivirati. Hkrati so objektivni kritiki reform nemškega zdravstva prepričani, da si želi sedanja vladna garnitura z njo predvsem pridobivati politične točke in skuša varčevati na najbolj neprimerne in neizvedljive načine. Ti niso usklajeni s stroko – izvajalci zdravstvenih storitev in proizvajalci zdravstvenih proizvodov ter uporabniki zdravstvenih storitev in proizvodov. Najnovejše raziskave javnega mnenja v Nemčiji pričajo, da zlasti uporabniki premalo vedo oziroma sploh nimajo pojma o zdravstvenih reformah, zato v njih seveda ne morejo sodelovati. Uspeh reform pa je vedno povezan s soglasjem in odvisen od aktivnega sodelovanja obeh koncev zdravstvene verige – izvajalcev in uporabnikov, pa tudi od vmesnih členov, ki nastopajo predvsem v vlogi investitorjev.

Viri: Die Zeit, ZDF, Time

Nina Mazi

Zdravljenje kronične nemaligne bolečine z opioidi – dobra praksa, pasti in zanke

13. seminar Slovenskega združenja za zdravljenje bolečine (SZZB)

Slavica Lahajnar Čavlovič, Mateja Lopuh

Tradicionalni »junjski« seminar Slovenskega združenja za zdravljenje bolečine (SZZB) smo lani prestavili v zimski čas, na 10. in 11. december. Univerzitetni klinični center v Mariboru, ki je bil naš gostitelj, nas je pričakal v soncu, le snega je bilo takrat še bolj malo. Tema seminarja je bila uporaba opioidov za lajšanje kronične bolečine, ki ni posledica raka. Uporaba opioidov za dolgoročno zdravljenje te bolečine je uveljavljena, toda še vedno kontroverzna klinična praksa. V številnih objavljenih nacionalnih in mednarodnih smernicah strokovnjaki svetujejo pravilno in odgovorno predpisovanje opioidov ter sledenje bolnikov, ki uporabljajo ta močna zdravila. Organizatorji seminarja smo se trudili predstaviti vse ključne stopnje, ki jih je potrebno upoštevati pri predpisovanju opioidnih zdravil. Seminar je bil namenjen zdravnikom različnih strok, ki pri vsakdanjem delu srečujejo bolnike s kronično močno bolečino in se odločajo za njeno zdravljenje z močnimi opioidi.

Program je bil razdeljen na dva dela. V prvem delu je predsednica SZZB prim. mag. Slavica Lahajnar spregovorila o prizadevanjih SZZB za postavitev doktrine lajšanja bolečine. Že leta 2007 je ožja skupina v Zdravniškem vestniku objavila povzetek usmeritev za uporabo opioidov pri bolnikih s kronično bolečino, ki ni posledica raka. Namen imamo posodobiti usmeritve z novimi dokazi in jih izdati v obliki knjižice, ki bo v pomoč zdravnikom pri sprejemanju ustreznih odločitev. Oblikovanje takih smernic je izjemno zahtevno delo, saj je potrebno upoštevati vse vidike in zato vključuje delo različnih strokovnjakov. Smernic tudi nima smisla oblikovati samo zaradi njih samih, potrebno jih je umestiti v

zdravniški svet in zdravnike tudi spodbujati k njihovi uporabi.

Dostopnost dolgodelujočih opioidnih zdravil s počasnim sproščanjem je na slovenskem trgu dobra. Zdravniki imamo dobro izbiro, vendar nas pri predpisovanju opioidnih zdravil še vedno omejujejo določeni pomisleki. Svoje videnje o tem sta predstavili prim. dr. Nevenka Krčevski Škvarč in prim. mag. Marija Cesar Komar. Prva je govorila o pozitivnih vidikih njihove uporabe. Pri izbranih bolnikih z dolgotrajno ali ponavljajočo se bolečino, ki je dovolj močna, da jim bistveno zmanjšuje kakovost življenja, in neučinkovitimi drugimi metodami, ki so manj tvegane, opioidni analgetiki lahko zmanjšajo jakost bolečine, povečajo aktivnost in izboljšajo kakovost življenja. Pretiran strah pred neželenimi učinki opioidov ni dobrodošel, ker lahko onemogoči dostop do teh zdravil tistim bolnikom, ki jih potrebujejo. Prim. mag. Cesar Komar je predstavila pomisleke. V zadnjih letih se pojavlja veliko poročil o zlorabi opioidov, ki so predpisani za zdravljenje bolečine. Nekateri govorijo o epidemiji. Ameriška uprava za hrano in zdravila (FDA) je za uporabo dolgodelujočih opioidov s podaljšanim sproščanjem zahtevala oceno tveganja in strategijo za zmanjšanje zlorabe in nemedicinske uporabe predpisanih zdravil. Cilj je zmanjšati nepravilno uporabo, zlorabo, odvisnost in smrti zaradi predoziranja. Predvidela je izobraževanje zdravnikov, ki opioide predpisujejo, ter osveščanje bolnikov in javnosti o varni uporabi teh zdravil. V razpravi je bilo poudarjeno, da je usposabljanje zdravnikov, ki predpisujejo opioide, bistveno za celovit in večplasten pristop k lajšanju kronične bolečine ter preprečevanje nepravilne

Nepogrešljivi optimizem

Zdravniški poklic sodi med poslanstva, ki temeljijo na optimizmu in navdušenju. Izsledki novejših znanstvenih raziskav pričajo, da so optimistični strokovnjaki bolj navdušeni, živahni, energični, podjetni in tudi zdravi. Optimisti ne glede na IQ prekašajo svoje pesimistične vrstnike v produktivnosti, inovativnosti in ustvarjalnosti, pa seveda v socialni empatiji in človečnosti. Zato so seveda tudi bolj priljubljeni in zaželeni med sodelavci in bolniki, kar pa jim pogosto povzroča težave. Dr. Shawn Achor, raziskovalec na Harvardu in avtor uspešnice »The Happiness Advantage«, ugotavlja, da optimistični uslužbenci za 35 do 40 odstotkov prekašajo pesimistične. Prednosti optimizma so očitne tako v proizvodnih kot tudi storitvenih dejavnostih. Zanimiva in spodbudna je na primer ugotovitev, da optimistični, pozitivno naravnani zdravniki postavijo kar 50 odstotkov več pravih diagnoz kot njihovi zamorjeni, pesimistični kolegi. Žal pa pristojni v zdravstvu tega zaenkrat še ne upoštevajo. Le redke napredne, proaktivno naravnane institucije že skrbijo za dobre odnose in spodbudno klimo, ki omogoča in krepi optimizem med zdravniki in bolniki.

Vira: ManagementToday, Psychology Today

Nina Mazi

uporabe in zlorabe zdravil za zdravljenje bolečine. K boljšemu nadzoru bi pripomogla register teh bolnikov in nova šifra diagnoze, tj. zdravljenje nerakave kronične bolečine z opioidi.

Od tujih strokovnjakov smo k sodelovanju pritegnili dr. Beverly Collett iz Leicestra, anesteziologinjo, ki zadnjih 16 let vodi kliniko za zdravljenje bolečine. Je aktivna članica IASP in EFIC. Uporaba opioidov je v Angliji dobro razvita, vpeljane imajo tudi mehanizme nadzora nad njihovim jemanjem. V primerjavi z Anglijo smo v Sloveniji ugotovili veliko razlik, predvsem s področja zakonodaje. Tako npr. v Angliji bolniki, ki jemljejo stabilen odmerek opioidnega zdravila, lahko vozijo avtomobil, pri nas pa ne. Predstavila je kriterije za pravilen izbor bolnikov, ki potrebujejo zdravljenje z opioidnimi zdravili. Njena razmišljanja sta nadaljevala Martina Župančič, dr. med., in Gorazd Požlep, dr. med. Smiselno je, da tudi bolnik prevzame del odgovornosti za pravilno jemanje zdravila. Tako je oblikovan terapevtski dogovor med bolnikom in zdravnikom, ki bolnika zavezuje v smislu, da se drži navodil in da samovoljno ne zvišuje odmerka zdravila. Nekateri zdravniki imajo ta dogovor le v ustni obliki, drugi pa tudi v pisni. Kljub temu se v Sloveniji že pojavljajo prvi primeri neustreznega jemanja zdravil, bolniki jemljejo veliko previsoke odmerke zdravila, kar vodi ne nazadnje tudi v zlorabo. Nekaj takih primerov je predstavila mag. Mateja Lopuh. Opažamo, da taki bolniki praviloma, razen jemanja tablet, ne uporabljajo nobenega drugega načina za lajšanje bolečine. Temelj zdravljenja kronične bolečine, ki ni posledica rakavega obolenja, ne smejo biti samo zdravila. Ko bolniki začnejo zdravilo zlorabljati, lahko govorimo o odvisnosti. Centri za zdravljenje odvisnosti se pri nas ukvarjajo pretežno z zdravljenjem odvisnosti od prepovedanih drog. Asist. mag. Andrej Kastelic je predstavil delo takega centra, v nadaljevanju pa je

Bojan Belec, dr. med., govoril o možnostih za zdravljenje iatrogeno povzročene odvisnosti. Vsi udeleženi smo se strinjali, da je potrebno v smernice vključiti tudi možnosti zdravljenja iatrogene odvisnosti in oba strokovnjaka sta ponudila svojo pomoč.

V luči skupno zasnovanih ciljev smo prvi dan zaključili v večernih urah in izmenjevali svoja mnenja pri večerji.

Tudi naslednji dan se je začel delovno. Vpliv kroničnega jemanja opioidov na sposobnost vožnje z avtomobilom sta predstavila dr. Beverly Collett iz Anglije in prof. dr. Marjan Bilban iz ZVD Ljubljana. Prva je poudarila, da stalna bolečina sama in pridružene težave, npr. kronična utrujenost, zmanjšujejo sposobnost za vožnjo. Raziskave kažejo, da stabilni odmerek dolgodelujočega opioida, ki ga zdravnik predpiše za lajšanje kronične bolečine, ne zmanjšuje sposobnosti za vožnjo, če ga bolnik jemlje po navodilih in sočasno ne jemlje drugih psihotropnih učinkovin in/ali alkohola. Bolnikova odgovornost je, da ne upravlja z vozilom, če se za varno vožnjo ne počuti sposobnega, zdravnikova pa, da bolnika seznaní z vplivi opioidov na sposobnost za vožnjo. Pri nas je vožnja pod vplivom terapevtsko predpisanih psihoaktivnih zdravil prepovedana. S pomočjo interdisciplinarnih študij bi lahko skozi nekajletno obdobje spremljanja teh voznikov izdelali kriterije zdravstvene selekcije ter spremljanja uspešnosti voznikov, ki bi jim izvedenci, kljub zdravljenju s psihoaktivnimi zdravili, dovolili vožnjo, kar so nekatere razvitejše države že uporabile, je povedal dr. Bilban.

Dolgotrajna uporaba opioidov za lajšanje kronične bolečine lahko vpliva na spolno in reproduktivno življenje žensk in moških. Manjši libido, neplodnost, amenoreja, galaktoreja so posledice nižje ravni spolnih hormonov zaradi opioidov ali njihovih presnovkov. Mensur Salihović, dr. med., je govoril tudi o zaviralnem vplivu opioidov na imunski sistem. Ta učinek pri človeku ni



Udeleženci 13. seminarja SZZB.

klinično ovrednoten. Vtis je, da se bolniki na dolgotrajnem zdravljenju z opioidi težje vključujejo v družbeno življenje in so težje zaposljivi, vendar je zelo malo raziskav, ki so ocenjevale vpliv opioidov na socialno življenje bolnikov.

Opioidi povzročajo zaprtje in na ta neželeni učinek se ne razvije toleranca. Zaprtje je posledica zaviranja propulzivne gastrointestinalne motilitete in intestinalne sekrecije v tankem in debelem črevesju, o čemer je govoril asist. Janša. Vzročno zdravljenje z opioidi povzročeni motenj v delovanju črevesja je zaenkrat še omejeno, zato so zelo pomembni preventivni ukrepi, tj. uživanje hrane z več vlakninami, večji vnos tekočine, več gibanja in jemanje odvajal.

Zanimiva in živahna razprava se je razvila po sklopu predavanj prim. Šarmanove in prim. asist. Bunčeve z naslovom: Kdo začne in kdo vodi zdravljenje z opioidi pri bolnikih s kronično bolečino, ki ni posledica raka? Idealno je, če je odločitev za zdravljenje bolečine z močnimi opioidi sprejeta v multidisciplinarnem timu bolečinske klinike, kjer imajo izkušnje s takim zdravljenjem in bolniku pred tem ponudijo vse druge možnosti zdravljenja bolečine. Vendar pri večini bolnikov to ni izvedljivo, ker jih je veliko, specialisti ali timi za zdravljenje bolečine pa so maloštevilni. V takih razmerah bi bolniki dolgo čakali na obravnavo. Zato je odločitev za zdravljenje z opioidi v rokah številnih drugih zdravnikov, predvsem tistih na primarnem nivoju. Ti naj zdravijo v skladu s smernicami in imajo, v primeru nejasnosti, možnost posveta s specialisti v bolečinskih ambulantah. Ključna je pravilna izbira bolnikov. Bolnikom je treba jasno razložiti, da je zdravljenje z opioidi le del multimodalnega pristopa k lajšanju njihove bolečine. Informiranost bolnikov je večkrat slaba zaradi pomanjkanja časa za obravnavo polimorbidnega bolnika s kronično bolečino.

Prof. dr. Balažic nam je pojasnil pomen nedvoumne pojasnilne dolžnosti zdravnika, na podlagi katere bolnik poda osveščeni pristanek na svoje zdravljenje. Zdravnik je dolžan bolnika natančno poučiti o vplivu opioidov na njegovo psihofizično sposobnost v vsakdanjem življenju in delu. S tem ostane bolniku pravica do svobodne in zavestne odgovornosti in osebne odločitve o uporabi psihotropnih zdravil. Zdravnik, ki je slabo opravil pojasnilno dolžnost, lahko nosi veliko odškodninsko odgovornost. Priporoča se bolnikova pisna privolitev na zdravljenje neonkološke bolečine z opioidi. Zdravnik lahko odkloni ali prekine zdravljenje z opioidi, če meni, da ni primerno za bolnika, in pri tem izpolni odklonilni obrazec. Pri zdravljenju s psihotropnimi zdravili se mora zdravnik še posebej natančno držati veljavnih smernic in pravnih predpisov v izogib zlorabam tako pri bolniku kot pri zdravniku samem.

Glede uvedbe registra bolnikov, ki jemljejo opioide za lajšanje neonkološke bolečine, nas je opozoril, da je pri tem lahko kršena zaščita bolnikovih pravic.

V Sloveniji ni znano število bolnikov, ki se zdravijo zaradi kronične bolečine, ali število bolnikov, ki jemljejo opioide za lajšanje kronične bolečine. Evidentiranje kronične bolečine, čeprav je pogost razlog za obisk zdravnika in pomemben vzrok bolniške odsotnosti, je velikokrat skrito v šifrah drugih diagnoz, tj. bolezni, ki so vzrok zanjo, na primer artroza, revmatizem ... Evidentiranje je ovirano tudi zato, ker je možna le ena šifra diagnoze, kot vzroka obravnave, in je bolečina redko navedena kot prvi vzrok obravnave. Največkrat uporabljena šifra diagnoze za evidentiranje razloga obiska pri zdravniku na primarni ravni v letu 2008 pri bolnikih v starosti od 20 do 64 let je bila šifra bolečine v križu (M54). Asist. Jamnikova je predstavila tudi program za obravnavo bolnikov s sindromom kronične razširjene bolečine na IRSR Soča.

Vlogo farmacevta pri zagotavljanju pravilne, varne in učinkovite uporabe opioidov je predstavila mag. Pisk. Poudarila je partnersko sodelovanje lekarniškega farmacevta, zdravstvenega delavca in bolnika ter pomen poznavanja interakcij zdravil pri sočasni uporabi opioidov in drugih zdravil, tudi tistih, ki jih bolnik dobi brez recepta, ter prehrabnih dodatkov. Bolniku, pri katerem obstaja večja verjetnost nepravilne uporabe ali zlorabe opioidov, izdajajo opioide vedno v isti lekarni. Lekarniški farmacevt pouči bolnika in/ali njegove svojce o pravilnem ravnanju, shranjevanju in uničenju opioida.

Prim. mag. Fürst je predstavil farmakoekonomsko oceno novih zdravil kot sestavni del postopka razvrščanja na listo zdravil. Poraba opioidov v Sloveniji je primerljiva danski in nizozemski porabi, a je nižja od finske in norveške. Medtem ko v Sloveniji porabimo največ tramadola in tramadola s paracetamolom, je v večini drugih državah v Evropi najpogosteje predpisan kodein s paracetamolom.

Zaključek

Seminarja se je udeležilo 137 zdravnikov in strokovnih sodelavcev ter 18 predavateljev. O vseh predstavljenih temah se je razvila živahna razprava. Imenovana strokovna skupina bo, upoštevajoč zaključke seminarja, posodobila Slovenske smernice za zdravljenje kronične bolečine, ki ni posledica raka, z opioidi. Zahvaljujemo se Univerzitetnemu kliničnemu centru Maribor, ki je omogočil srečanje v svojih prostorih in izdajo zbornika, vsem predavateljem in udeležencem za koristno in prijetno strokovno druženje in tudi farmacevtskim družbam, ki so finančno podprle naše srečanje.

Izbrana poglavja iz nevrokirurgije

Tadej Strojnik (ur.): Izbrana poglavja iz nevrokirurgije. Maribor: Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta, 2010, 340 str.

Nevrokirurgija je v zadnjih desetletjih doživela velik razmah zaradi napredka na področju bazičnih nevroznosti, kakor tudi razvoja novih tehnik zdravljenja. Urednik Tadej Strojnik v predgovoru navaja dejstvo, da se nevrokirurgija krepi kot samostojna stroka in je prav, da se na Medicinski fakulteti predava samostojno. Obilica novega znanja s tega področja, dostopna zlasti preko interneta, za študenta lahko predstavlja precejšnjo težavo. Zato pričujoči učbenik ponuja varen okvir, iz katerega lahko črpa in obenem na njem dograjuje svoja znanja. To je očitno bilo vodilo pri nastajanju te knjige.

Knjiga je prvi sodobni slovenski učbenik nevrokirurgije. Je plod sodelovanja predvsem strokovnjakov mariborske in ljubljanske medicinske fakultete. Avtorji so v 20 poglavjih predstavili sodobna znanja iz nevrokirurgije kot logično celoto. Tako sta Tadej Strojnik in Matej Lipovšek v prvem poglavju bralca nazorno seznanila s kratko zgodovino nevrokirurgije. Zamej bilo zanimivo, da so v 20. stoletju ponekod naključja pripeljala do razvoja nekaterih novih nevrokirurških diagnostičnih in terapevtskih tehnik. Hvale vredna je predstavitev začetka nevrokirurške dejavnosti v mariborski bolnišnici, ki segajo v leto 1972. Čeprav je dokaj samoumevno, da bralec ima določena znanja iz anatomije in fiziologije, je zelo koristna osvežitev snovi za področje možganov, kakor tudi funkcije centralnega in perifernega živčevja, kar je zelo jasno, pregledno in obenem strjeno podal Tadej Strojnik v drugem poglavju.

V tretjem poglavju nas Borut Prestor na pregleden način seznanja z operacijami in posegi v nevrokirurgiji. Opisani so različni pristopi do možganov, kar bo koristno branje za specializante in tudi specialiste nevroloških strok. Precej strjeno in kratko je predstavljeno nevrokirurško zdravljenje Parkinsonove bolezni, spastičnosti, nevrovaskularnih kompresijskih sindromov, problem bolečine ter indikacije za dekompresivno kraniektomijo. Poglavje o osnovah nevrotravmatologije, ki ga je napisal Tadej Strojnik, sem prebral v enem dahu. Strokovna vsebina in didaktično podajanje snovi je na visoki ravni. Vsebuje zanimive podatke o epidemiologiji, etiologiji in smrtnosti poškodb glave in možganov v Sloveniji in o pravilnem pristopu k temu problemu. Nazorno je podana patofiziologija zvišanja znotrajlobanjskega tlaka, nastanek in zapleti primarne in sekundarne poškodbe možganov, oskrba poškodovanca ter prevoz. Predstavljene so poškodbe glave, zlomi, epiduralni in subduralni hematomi, znotrajmožganski hematomi, obtolčenine možganov, možganski edem ter penetrantne poškodbe. Posebej podrobno je podana nevrokirurška obravnava in intenzivno zdravljenje hudih možganskih poškodb.

Poglavje o subarahnoidalnih krvavitvah in možganskih anevrizmah je plod dela Gorazda Bunca, Matjaža Vršiča in Vojina

Milojkovića. Čeprav je snov podana strokovno verodostojno in pregledno, ugotavljam kar nekaj jezikovnih in stilskih spodrslijajev. Menim tudi, da bo za študenta moteče, da pod slikami patološka sprememba ni opisana bolj natančno in označena s puščico. Avtorji poglavja o velikih in gigantskih anevrizmah možganskega ožilja so Vinko V. Dolenc, Igor J. Kocjančič in Rado Pregelj. Napisano je na visoki strokovni ravni, zlasti mikrokirurška tehnika na različnih lokalizacijah, in je gotovo najbolj primerno branje za specialiste in specializante nevrokirurgije. Ob tem želim posebej izpostaviti originalni prispevek prof. Dolenca v zvezi s pristopom do anevrizem na vrhu arterije bazilaris. Poglavje o interventni nevro radiologiji je napisal mariborski interventni radiolog Tomaž Šeruga. Vsebuje bistvene informacije o endovaskularnem zdravljenju možganskih anevrizem, arteriovenoznih malformacij ter o perkutani vertebroplastiji. Tehnika posegov je predstavljena detajlno in jasno.

V obsežnem poglavju o osnovah nevroonkologije je Tadej Strojnik na pregleden didaktični način predstavil epidemiologijo, razvrstitev in biologijo tumorjev osrednjega živčevja.

Zanimivo je branje o bioloških markerjih možganskih tumorjev ter o nevrobiologiji matičnih celic. Snov o kliničnih vidikih tumorjev osrednjega živčevja je podana strjeno in z občutkom za mero. Diagnostični postopki, obravnavanje bolnika, zdravljenje in razvoj bolezni so opredeljeni posebej za tumorje nevroepiteljskega tkiva, tumorje možganskih in hrbteničnih živcev, tumorje mening, limfome in hemopoetične novotvorbe, tumorje zarodnih celic, ciste, tumorje selarnega področja, zasevke v možgane in fakomatoze.

Zdravljenje znotrajlobanjskih benignih tumorjev pogosto združuje mikrokirurško resekcijo z dodatnimi načini zdravljenja. Svoje izkušnje in priporočila v zvezi z zdravljenjem tumorjev hipofize, kraniofaringeomov, meningeomov, osrednjega dela lobanjskega dna, hordomov in hondrosarkomov, trigeminalnih nevrinomov, nevrinomov v pontocerebelarnem kotu, optičnih gliomov, pilocitnih astrocitomov hipotalamusa ter glioblastoma multiforme so zapisali Vinko V. Dolenc, Igor J. Kocjančič in Rado Pregelj. Gre za kratko, strjeno poglavje, ki se opira na svetovno uveljavljene prispevke prof. Dolenca, navedene v literaturi.

Marjan Koršič je pregledno orisal razvojne nepravilnosti osrednjega živčevja. Posebej se je osredotočil na kraniosinostozo, encefalokelo, Arnold-Chiarijev sindrom, Dandy-Walkerjev sindrom, mielomeningokelo, diastematomielijsko in hidrocefalus. Sledi dobro napisano poglavje o okužbah v živčnem sistemu, ki ga je pripravil Gorazd Bunc. Zajema okužbe ran, meningitis kot zaplet po nevrokirurških posegih, subduralni in epiduralni empiem, možganski in spinalni absces, pooperativni discitis, okužbe drenažnih sistemov, nevrološke manifestacije aidsa in

lymske bolezni ter parazitne in glivične okužbe osrednjega živčnega sistema. Pregledno in všečno sta Gorazd Bunc in Matjaž Voršič napisala poglavje o degenerativnih boleznih hrbtenice. Enako velja za razširjen prikaz bolezni in poškodb hrbtenice, ki sta ga podala Tadej Strojnik in Janez Ravnik. Snov se bere tekoče, ker je napisana v skladu z dobro klinično prakso. To velja predvsem za opis obravnave poškodb na terenu, prevoz, sprejem v bolnišnico in zdravljenje.

Mogoče je nekoliko nenavadno, da nam je Tadej Strojnik nekatere miniinvazivne tehnike zdravljenja predstavil v zaključnem delu učbenika. Gotovo je temu razlog, da gre za nove tehnike, ki so v stalnem razvoju, in sicer stereotaksijo, neuroendoskopijo, nevronavigacijo, nevromodulacijo in vgraditev posebne črpalke za intratekalno dovajanje zdravil. Podrobno predstavitev in praktično uporabo teh metod zdravljenja beremo kot napet futuristični roman. Indikacije za te posege slonijo, poleg literature, na lastnih izkušnjah avtorja.

V posebnem poglavju v zvezi s stereotaktično radiokirurgijo nam je Darko Chudy predstavil tehnično plat, klinično uporabo, indikacije, prednosti in pomanjkljivosti gama noža. Podobno predstavitev linearne pospeševalnika sta nazorno podala Božidar Casar in Uroš Smrdel. V zaključnem delu učbenika nas

je Roman Bošnjak na privlačen način seznanil s poškodbami perifernih živcev. Nazorno je prikazana, z vključitvijo poučnih slik, klasifikacija poškodb perifernega živčevja, prepoznava poškodb s klinično in elektrofiziološko preiskavo ter kirurški pristop zdravljenja. V tem delu učbenika je za klinično prakso zelo uporabno poglavje o možganski krvavitvi, ki ga je spisal Tadej Strojnik. Na didaktičen način je podana epidemiologija, etiologija in klinična slika nastanka intracerebralnega hematoma. Natančno so predstavljena priporočila o odločanju med konzervativnim in operativnim zdravljenjem ter najbolj primeren čas za operacijo.

Resnično se me je dotaknilo zadnje poglavje o nevrorehabilitaciji, ki ga je napisal Matej Lipovšek, pionir mariborske nevrokirurgije. Brez odvečnega besedičenja so podani poudarki na zgodnjem začetku nevrorehabilitacije, celotnem pristopu, ki se zrcali v timskem delu in individualnem prilagajanju rehabilitacije po meri bolnikove sposobnosti. Posebej je poudarjena pomembnost zgodnje rehabilitacije govora. V zvezi z logopedsko terapijo in nevrofiziologijo je poudarjena zahteva o evidentiranju postopkov in napredka zdravljenja v obliki dnevnika. Marsikdo od bralcev bo prepoznal praktične probleme, ki izhajajo iz bolnikove utrujenosti, nerealnih pričakovanj zdravljenja in vključevanja družinskega člana v terapijo.

V celoti gledano je knjiga napisana privlačno, pregledno, z občutkom za didaktični način podajanja snovi, brez odvečnega razpravljanja. Je tudi na ustrezni strokovni ravni. Zlasti mi je bilo všeč, da so nazorno opredeljeni kriteriji, na osnovi katerih se odločamo za nevrokirurško zdravljenje, kakor tudi jasno podana prognoza po različnih tovrstnih posegih. Hvalevredna sta tudi prikaz dragocenih lastnih izkušenj in citiranje domačih avtorjev. Učbenik je napisan z mislijo na študente medicine, specialiste nevrokirurških strok in tudi za zdravnike drugih specialnosti. Zato bo, po nakladi 500 izvodov, verjetno kmalu potreben ponatis.

Kazimir Miksić



Ob 110-letnici rojstva

Dr. Karel Petrič (1900–1944), eden pionirjev slovenskega javnega zdravstva

Zvonka Zupanič Slavec, Ksenija Slavec

**In memoriam prim. mag. Mario
Kocijančič (1928–2010)**

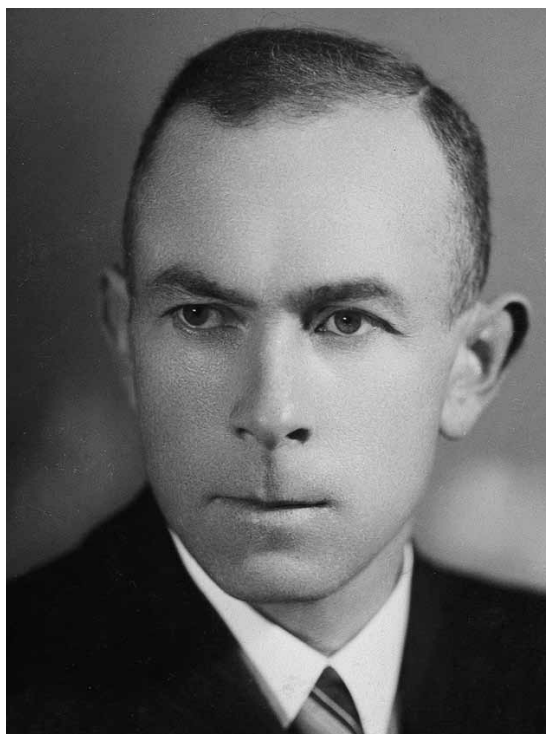
Karel Petrič je bil zdravnik in higienik, strokovnjak, visoko osveščen na področju socialne in preventivne medicine. Deloval je kot zdravstveni organizator, zdravnik, predavatelj in strokovni pisec. Rodil se je leta 1900 na Jesenicah in leta 1927 zaključil študij medicine v Zagrebu. Še istega leta se je zaposlil na Higijenskem zavodu v Ljubljani, kjer je leta 1933 postal njegov vodja ter s tem vodja vseh higienskih ustanov v Dravski banovini. Dodatno se je izobraževal v organizaciji zdravstvenega in socialnega varstva in na drugih javnozdravstvenih področjih na Dunaju, v zahodnem Berlinu – Charlottenburgu, kjer je bil Rockefellerjev štipendist. Bil je član Banovinskega sanitetnega sveta in podpredsednik Zdravniške zbornice za Dravsko banovino. Avgusta 1935 so ga politično premestili za devet mesecev v srbske Užice, po vrnitvi pa je postal direktor Zdravstvenega doma Kranj. Po letu 1941 je delal v Kranju kot zdravnik splošne prakse. Podpiral je narodno-osvobodilni boj, zato je novembra 1944 odšel k partizanom, kjer je čez mesec dni v Gorenji Trebuši tragično preminil.

Uvod

Življenje in delo dr. Karla Petriča je tesno povezano z razvojem slovenskega javnega zdravstva, ki ima svoje sodobne korenine v času po prvi svetovni vojni. Takrat so na pobudo hrvaškega ideologa socialne medicine dr. Andrije Štamparja (1888–1958), načelnika higienskega oddelka ministrstva za zdravstvo v takratni jugoslovanski vladi, nastale prve sodobne javnozdravstvene ustanove v Jugoslaviji. Slovenija, ki je bila takrat geografsko skoraj enaka Dravski banovini, je leta 1923 ustanovila svoj Higijenski zavod, ki je bil umeščen v kompleks ljubljanske bolnišnice. Njegov vodja je postal krščanski socialist dr. Ivo Pirc (1891–1967) in to funkcijo razen med leti 1933 in 1935 opravljal ves čas do konca 2. svetovne vojne. V imenovanem času ga je ob menjavi vlade zamenjal liberalno usmerjeni dr. Karel Petrič. Za lažje razumevanje Petričevega

dela kratko predstavljam poslanstvo Higijenskega zavoda. Zavodovi cilji so bili predvsem v ohranitvi zdravja prebivalstva ter preprečevanju, zgodnjem odkrivanju, pa tudi zdravljenju bolezni. Z množičnim pristopom so poskušali doseči vsakega posameznika in posredno s tem celotno družbo. Večjo pozornost so posvečali zdravstveno bolj ogroženim skupinam, materam, dojenčkom, malim otrokom in šolarjem, prav tako pa so bili dodatno pozorni na delavce in kmete, med katerimi so najbolj množično razsajale socialne bolezni, predvsem tuberkuloza in alkoholizem, pa tudi sifilis in trahom.

Higienski zavod v Ljubljani je bil centralna slovenska ustanova za higiensko-epidemiološko in preventivno službo na svojem področju. Z oblastmi so sodelovali



Dr. Karel Petrič (1900–1944) (fotoarhiv
Inštituta za zgodovino medicine MF UL).



Stavba prvega Higijenskega zavoda na Slovenskem, v Ljubljani na Zaloški cesti 4, kjer je bil med leti 1933 in 1935 direktor dr. Karel Petrič (Arhiv Republike Slovenije).

pri obsežnih asanacijah okolja in pri higiensko-preventivnih delih ter dezinfekcijah in dezasekcijah, preprečevali so nalezljive bolezni in opravljali mikrobiološke laboratorijske preglede, odkrivali so spolne bolezni, izvajali protisteklinško službo, izpeljevali so ankete, posnetke terena ter odkrivali vzroke za obolevnost in smrtnost prebivalstva. Posebno pozornost so posvečali nadzoru kakovosti živil, njihovi proizvodnji in distribuciji, kontroli pitne vode, higienskemu pogojem dela, kakor tudi higienskemu pogojem stavbenih, rekreacijskih in drugih površin. Imeli so lastno založniško dejavnost in izdajali zdravstvene propagandne materiale. S predavanji, filmi, razstavami in higienskim muzejem so didaktično skrbeli za organizirano zdravstveno prosvetljevanje in splošno zdravstveno vzgajanje prebivalstva. Preučevali so tudi zdravstveno stanje prebivalstva, vodili vitalnostistično evidenco ter z antropološkim odsekom dajali zavodu znanstvene dimenzije. Za kakovostno delovanje je zavod ustanovil specializirane oddelke in posebne laboratorije. Med oddelki omenimo

bakteriološko-epidemiološkega, socialnomedicinskega, kemijskega in sanitarno-tehničnega.

V dveh desetletjih je Higijenski zavod ustanovil okoli 20 zdravstvenih domov po vsej Sloveniji, med njimi v Lukovici leta 1926 enega prvih v tedanji državi, ki je postal prototip tovrstne ustanove. V Ljubljani so ustanovili Zavod za zaščito mater in otrok, Šolsko polikliniko, ki je organizirala počitniške kolonije in mlečne kuhinje, Šolo za zaščitne sestre ter službo šolskega zdravnika za preventivno delo s šoloobveznimi otroki. Zdravstveni domovi so večinoma imeli splošne ordinacije, otroške dispanzerje, šolske poliklinike, posvetovalnice za matere in otroke, neredko pa tudi protituberkulozne in protisifilitične dispanzerje oz. v Prekmurju protitrahomske. Od teoretičnih zamisli do praktične izpeljave je bila dolga pot; kljub številnim težavam, predvsem ekonomskim ob svetovni gospodarski krizi, in politični nestabilnosti takratne kraljevine je delo, izvajano z obilico navdušenja mladih zdravnikov in drugih sodelavcev, prinašalo iz leta v leto boljše rezultate in z njimi boljše zdravstveno stanje prebivalstva. Življenjska doba pa se je na račun uvedenih javnozdravstvenih ukrepov podaljšala vsaj za deset let!

Druga svetovna vojna je drastično prekinila dotedanji javnozdravstveni razvoj. Nadaljeval se je šele v petdesetih letih 20. stoletja, ko si je prebivalstvo opomoglo od vojne in v drugačnih političnih okvirih ter z drugimi ljudmi snovalo nadaljnji javnozdravstveni razvoj (*Zupanič Slavec Z. Razvoj javnega zdravstva na Slovenskem med prvo in drugo svetovno vojno in njegov utemeljitelj dr. Ivo Pirc (1891–1967). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2005.*).

Iz portretirančeve biografije

Karel Petrič je bil rojen leta 1900 v obrtniški družini, ki je živela na Jesenicah. Ljudsko šolo in gimnazijo je obiskoval in končal v Kranju. Medicino je začel študirati na Dunaju, končal pa jo je v Zagrebu, kjer je promoviral leta 1927. V času študija sta mu umrla starša in čeprav je mladenič ostal brez sredstev in premoženja, je študij uspešno končal. Leta 1928 je v Ljubljani opravil enoletni obvezni pripravniški staž. V istem letu se je zaposlil na Higijenskem zavodu v Ljubljani (*Glasnik higijenskih ustanov. Osebne vesti. Zdravje 9; 1933: 124.*). V letih 1929 in 1930 je vodil Bakteriološko-epidemiološki oddelek zavoda, hkrati je opravljal službo referenta Srezke sanitete v Litiji. V letu 1930 je začel preučevati organizacijo zdravstvenega in socialnega varstva na Dunaju.

Ob koncu leta 1930 je odšel na šestmesečni podiplomski študij in specializacijo iz higiene v zahodni del Berlina v Charlottenburg, kamor je bil napoten z odlokom Ministrstva socialne politike in narodnega zdravja v Beogradu in za kar je dobil Rockefellerjevo štipendijo. V Charlottenburgu se je izobraževal v vseh vprašanih

poklicnih boleznih in rent. Leta 1931 je v Dresdnu preučeval organizacijo in didaktiko zdravstvene vzgoje, organizacijo zdravstvene službe na podeželju pa je spremljal v deželah Schleswig Holstain in na Bavarskem. Istega leta je z odličnim uspehom opravil državni strokovni izpit ter v letu 1932 položil še izpit za specialista iz higijene in socialne medicine. Kmalu zatem so Petriča imenovali za šefa Socialno-medicinskega oddelka Higijenskega zavoda v Ljubljani, ki je takrat obsegal tri odseke: higiensko-propagandnega, vitalno-statističnega in antropološkega. Že aprila 1933 je postal vodja ljubljanskega Higijenskega zavoda in s tem tudi vseh higienskih ustanov v Dravski banovini. Februarja 1934 ga je profesorski zbor Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani izvolil za honorarnega predavatelja. Pred tem je bil tudi imenovan za predavatelja na Šoli za zaščitne sestre v Ljubljani in postal član Banskega sanitetnega sveta. Izvoljen je bil tudi za podpredsednika Zdravniške zbornice Dravske banovine, kjer je deloval med leti 1934 in 1935. Dr. Petrič je bil kot podpredsednik Zdravniške zbornice zelo aktiven, predvsem je hotel poenotiti dohodke zdravnikov in preprečiti privilegije starejšim članom zbornice, zaradi česar je prišel v konflikt z njimi in je jeseni 1935 odstopil skupaj z vodstveno ekipo.

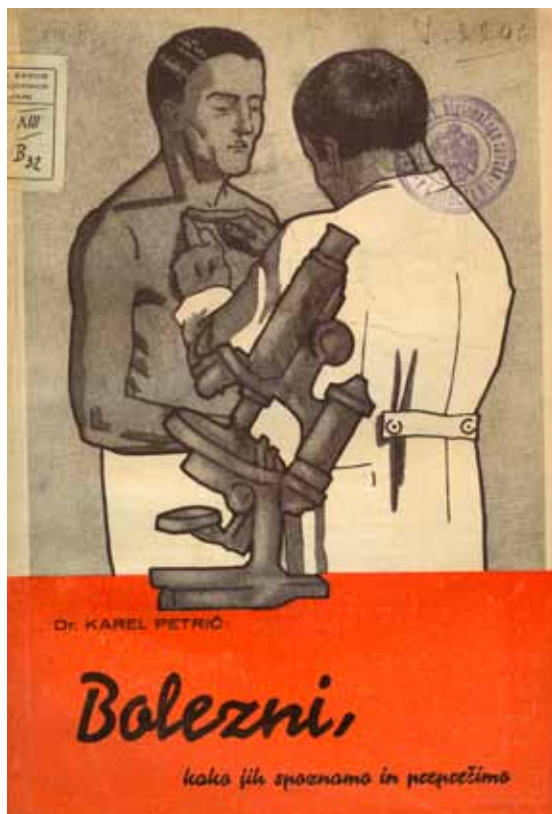
V času vodenja Higijenskega zavoda je leta 1934 v Ljubljani organiziral zdravstveni razstavi »Tuberkuloza« ter »Mati in dete«. V istem letu je pripravil referat »O asanaciji vasi« ter ga predstavil na protituberkuloznem kongresu v Ljubljani in na kongresu

jugoslovanskega zdravniškega društva na Bledu. Leta 1934 je bil za delo odlikovan z redom Jugoslovanske krone in leta 1935 z redom Svetega Save. Dopisoval si je tudi z znamenitim hrvaškim higienikom dr. Andrijem Štamparjem, ko je ta deloval na Kitajskem (*Kocijančič M. Življenje in delo dr. Karla Petriča (1900–1944). V: Dr. Karel Petrič in njegov čas. Ur. Zupanič-Slavce Z, Kocijančič M. 6. Pintarjevi dnevi.; 2003: 2–3.*)

Dr. Petrič je Higijenski zavod v Ljubljani vodil do avgusta leta 1935, ko je bil »po službeni dolžnosti« premeščen v Užice, kjer je nato deloval devet mesecev (*Ukaz kraljevih namestnikov z dne 30. julija 1935 o imenovanju dr. Karla Petriča za upravnika Doma narodnog zdravlja Užice. Iz arhiva Inštituta za zgodovino medicine*). Leta 1936 so ga imenovali za direktorja Zdravstvenega doma Kranj, kjer je delal v higienski in preventivni službi, v posvetovalnici za nosečnice, matere z dojenčki in malimi otroki ter tudi v šolski polikliniki. Istočasno je z uradnim dovoljenjem Zdravniške zbornice Dravske banovine opravljal zasebno zdravniško prakso v ambulanti v Kranju. V svojem okolju je bil priljubljen kot zdravnik in meščan. Petrič je več let predaval higieno v 6. in 7. razredu kranjske gimnazije, honorarju pa se je odpovedal v korist šolske kuhinje v »svoji nekdanji šoli«. Po zasedbi Jugoslavije leta 1941 je delal kot splošni zdravnik novoustanovljene bolniške blagajne *Sozialversicherungskasse* in kot zasebni zdravnik (*Dr. Karel Petrič. Curriculum vitae 8. 4. 1936. Iz arhiva Inštituta za zgodovino medicine.*)



Prve ekipa Higijenskega zavoda v Ljubljani, ki jo je med leti 1923–1932 in 1935–1945 vodil dr. Ivo Pirc. Na fotografiji so prvi in vodilni slovenski specialisti socialne medicine in higijene, brata Ivo in Bojan Pirc in Amalija Simec (fotoarhiv Inštituta za zgodovino medicine MF UL).



Naslovnica knjige dr. Karla Petriča »Bolezni, kako jih zdravimo in preprečujemo« iz leta 1934.



Naslovnica knjige dr. Karla Petriča »Nega bolnikov in prva pomoč pri nezgodah« iz leta 1936.

V času med leti 1941 in 1944 je zelo podpiral partizane, predvsem jih je zalagal z zdravili in sanitetnim materialom. Na skritih lokacijah in osvobojenem ozemlju je zdravil ranjene partizane, kar je od njega terjalo izjemen telesni in duševni napor. V letih 1943 in 1944 je Petrič močno opešal, shujšal in kolegi so mu diagnosticirali ulkusno bolezen želodca. Toda za zdravljenje in počitek dr. Petrič ni našel pravega časa; kljub bolezni je novembra 1944 odšel k partizanom, kjer je decembra 1944 v Gorenji Trebuši tragično preminil (*Intervju avtorice z dr. Ano Kraker Starman in mag. Marijem Kocijančičem. Kranj, september 2003.*).

Petričeva bibliografija je bogata, še danes aktualna ter napisana v skladu z njegovimi strokovnimi, higienskimi, preventivnimi in socialnomedicinskimi prepričanji. Šteje šest knjig, napisanih strokovno neoporečno in v izbrani slovenščini. Petrič je tudi avtor 22 prispevkov, objavljenih v strokovnih in poljudnoznanstvenih revijah, ter 45 prispevkov v Glasniku higienskih ustanov – prilogi revije Zdravje, kjer je bil tudi nekaj časa urednik.

Petričevo strokovno delo, natisnjeno v knjigah

Prvi objavljeni zapisi komaj promoviranega zdravnika Karla Petriča kažejo na socialno osveščenega humanista, njegovo sposobnost pisanja ter jasne in lepe ubeseditve medicinskega znanja. Inteligent je nosil v sebi prosvetiteljsko žilico in je z lahko berljivimi zapisi sprva v poljudno-zdravstvenih revijah, kasneje pa tudi strokovnih knjigah pisal o aktualnih problemih sodobne medicine, socialne medicine in higiene ter preventivnega zdravstva. V kratkem življenju je napisal šest knjig, ena je ostala neobjavljena.

Strokovne izkušnje in pedagoška nadarjenost so spodbudili predavatelja higiene, da je pisal kot zdravstveni vzgojitelj. V prvi knjigi »Naše zdravje – človek« (1932) na poljudni način popisuje človeško telo in njegovo delovanje, konstitucijo, dednost. »Bolezni, kako jih zdravimo in preprečujemo« (1934) je naslednje delo, kjer z jasno dikcijo, občutkom za strokovne poudarke in s primeri iz vsakdanjega življenja prepričljivo posreduje svoje znanje širši javnosti. Njegova tretja knjiga »Nalezljive bolezni« (1935) se vsebinsko navezuje na delo

prvih službenih let na Higijenskem zavodu, ko se je na bakteriološko-epidemiološkem oddelku ukvarjal z odkrivanjem, zdravljenjem, spremljanjem in preprečevanjem nalezljivih bolezní. Četrto knjigo »Nega bolnikov in prva pomoč pri nezgodah« (1936) je najbrž pripravil v času »kazenske ekspedicije« v srbskih Užicah in je kot naslednja poljudno pisana knjiga izšla pri založbi Žena in dom v letu njegove vrnitve v Kranj. Zadnja Petričeva tiskana knjiga ponovno črpa iz strokovnih izkušenj: srečevanje z materami in otroki na kranjski polikliniki ga je spodbudilo k pisanju o uravnavanju rojstev in preprečevanju spolnih bolezní. V uvodu h knjigi »Regulacija rojstev ...« (1937) se opira na Malthusovo teorijo o preprečevanju lakote z vzdrževanjem ravnotežja med rastjo prebivalstva in produkcijo hrane. Ta knjiga je bila zaradi interesa širšega jugoslovanskega prostora leta 1940 prevedena tudi v srbohrvaški jezik in natisnjena pri isti založbi Žena in dom, kot vse njegove knjige. Petričevo zadnje knjižno delo je rokopis »Prva pomoč«. Zapis, razdeljen na poglavja o ustroju človeškega telesa, poškodbah, ukrepih prve pomoči in zdravljenih, je bil najverjetneje namenjen partizanom in medvojnemu času. Zaradi avtorjeve prezgodnje smrti je delo ostalo neobjavljeno.

Petričev knjižni opus je napovedoval nadaljnje publiciranje in bogatenje slovenskega naroda z domačo zdravstveno besedo. Njegova zgodnja smrt zato

pomeni prekinitve dela osveščenega zdravstveno-izobraževalnega misleca in pisca, ki je zaznamoval slovenski javnozdravstveni prostor in v njem pustil globoke sledi.

Spomin kranjske zdravnice na dr. Petriča

Dr. Vida Košmelj Beravs je v Petričevem zborniku o njem zapisala: »Dr. Petriča sem srečala samo dvakrat v življenju. Tik pred vojno sem obiskovala 1. in 2. razred gimnazije v Kranju. Vsako leto smo imeli sistematski pregled. Spominjam se, da je dr. Petrič vsakogar spraševal o družinski anamnezi, predvsem zaradi tuberkuloze. Pogledal je tudi brazgotine po cepljenju koz na obeh rokah, če jih ni bilo, je bila potrebna revakcinacija. Megleno se spominjam njegove ordinacije v I. nadstropju starejše hiše na Mesnem trgu v Kranju. Tam so nas najprej izmerili, stehali in zapisali v posebne kartone. Dr. Petrič se je mirno gibal in dajal videz izredno mirnega in ljubeznivega človeka. Kljub temu smo se ga otroci zelo bali, kot vsakega zdravnika.«

Petričevi usodi ob rob

Nič novega ne zapišemo, če rečemo, da si je oblast od nekdaj postavljala na vodilna mesta ljudi po lastnem izboru. Nič drugače ni bilo v času dr. Petriča. Tako je bil ob menjavi liberalne vlade s konzervativno leta



Leta 2003 so soorganizatorji na pročelju Zavoda za zdravstveno varstvo Kranj odkrili spominsko ploščo prvemu direktorju Zdravstvenega doma Kranj, dr. Karlu Petriču.

1935 ob nastopu banovanja dr. Marka Natlačna mlad in razgledan specialist za higieno odstavljen z mesta direktorja Higijenskega zavoda v Ljubljani in »po službeni dolžnosti« avgusta 1935 premeščen v Zdravstveni dom Užice v Srbiji. Podobna usoda je pred tem doletela njegovega predhodnika na Higijenskem zavodu dr. Iva Pirca, ki so ga poslali v Skopje. Roka oblasti je bila dolga, rehabilitacije odstavljenih pa redke. Tudi dr. Petrič po vrnitvi v Slovenijo ni več služboval v Ljubljani; prekinjena je bila tudi njegova prejšnja strokovna pot. Podobno je bilo z mestom podpredsednika Zdravniške zbornice Dravske banovine, o čemer je zapisano razmišljanje: »So bili samo konzervativni krogi v Zbornici tisti, ki so mislili, da dr. Petrič s svojimi idejami ogroža njihove službe, honorarje, položaje in ugled? Je bila zgolj svobodomiselna liberalnost trn v peti novi klerikalni oblasti? So bila morda osebna nasprotja in konkurenca za položaje tisti vzroki, pri katerih je dr. Petrič potegnil krajši konec? Za prave razloge takratne zle usode, uradno ne bomo nikoli izvedeli.

Odbor zdravniške zbornice, ki mu je predsedoval doc. dr. Košir in v katerem je bil podpredsednik dr. Petrič, tajnik pa dr. Ahčin je deloval le eno samo leto. Bil je edini odbor, ki se je hotel izviti iz konservativne tradicije zborničnih vodstev in uveljaviti interese mlajših zdravnikov, ki so bili zaradi gospodarske krize, nerazumevanja države in utilitarističnih interesov starejših uveljavljenih zdravnikov, potisnjeni na družbeni rob.

V času, ko se je v Evropi vse bolj uveljavljal fašizem in se je pripravljala nova svetovna vojna, ni bilo nikakršnih možnosti, da bi se lahko taka prizadevanja uveljavila. Odbor pa je s svojim ravnanjem nehoti napovedoval povojni razvoj, kakršen bi bil, če bi živeli v demokratični in socialni državi.« (*Urlep F. Dr. Karel Petrič podpredsednik Zdravniške zbornice 1934–1935. V: Dr. Karel Petrič (1900–1944) in njegov čas [zbornik referatov]. Ljubljana: Inštitut za zgodovino medicine, ZDZZKS, 2003: 60–73.*)

Dr. Karlu Petriču v spomin

Dne 14. novembra 2003 so Inštitut za zgodovino medicine Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije, Medikohistorična sekcija Slovenskega zdravniškega društva – podružnica Maribor, Mestna občina Kranj in Zdravstveni dom Kranj soorganizirali 6. Pintarjeve dneve – srečanje zgodovinarjev medicine Slovenije, na temo »Dr. Karel Petrič (1900–1944) in njegov čas«. Pobudnik je bil kranjski zdravnik, specialist medicine dela, prometa in športa, prim. mag. Mario Kocijančič (1928–2010), ki mu ta prispevek tudi poklanjamo. Srečanje je potekalo v dvorani Mestne občine Kranj. Zbrani so ob tej priložnosti na pročelju Zavoda za zdravstveno varstvo Kranj dr. Petriču odkrili spominsko ploščo. Pri tem so sodelovali kranjski župan Mohor Bogataj, direktorica Zavoda za zdravstveno varstvo Kranj dr. Irena Grmek Košnik in predstojnica Inštituta za zgodovino medicine prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec.



Zdravniško društvo Celje vabi na

TRADICIONALNI VALČKOV PLES

ki bo 5. marca 2011 ob 20.00 v Narodnem domu Celje.

Vstopnice:

Zavod za kulturne prireditve in turizem Celeia, Krekov trg 3, Celje, T: 03 428 79 36, 031 610 537, F: 03 428 79 31, od ponedeljka do petka med 9.00 in 17.00 in ob sobotah med 9.00 in 13.00. Cena vstopnice je 50 evrov.

Vabljeni!

Wilhelm Baum (izdajatelj): Kot ptič, zaprt v kletki. Dnevnik Tomaža Olipa

Wilhelm Baum (izdajatelj): *Wie ein im Käfig eingesperrter Vogel. Das Tagebuch des Thomas Olip (Kot ptič, zaprt v kletki. Dnevnik Tomaža Olipa).* Kitab Verlag Klagenfurt-Wien, 2010, 160 str.

Dragi Wilhelm Baum,

imate prav, dnevnik Tomaža Olipa je »čudovit«, še več kot to, vrh tega pretresljiv, takšen, ki ostane. Zdi se mi, da bi si ta dokaz o biti človek ter biti živ pokopan daleč od svobode – in to prav v gozdu – želel še v svoji zadnji uri predati kot izročilo vsem tistim, ki so odprti in ki hočejo ostati odprti za v nebo vpíjočo tragiko bivanja v »tretjem rajhu«. Ecce homo! Ah, ko bi le mogli najti izvirno slovensko besedilo! V branje ste mi dali nekaj resničnega, tako resničnega kot že dolgo ne, in vsako vrstico Tomaža Olipa bom shranil v časti.

Prisrčno,

Vaš Peter Handke

Da, prosim, pošljite mi Vašo Knjigo imen (Buch der Namen).

To Handkejevo pismo pove skoraj vse. Natiskano je kot faksimile rokopisa v nemščini, tik za portretno fotografijo Tomaža Olipa na začetku knjige. Formalno je razdeljena na tale poglavja: Vorwort (Predgovor), Das Tagebuch von Thomas Olip (Dnevnik Tomaža Olipa), Faksimile (tipkopis) nemškega prevoda dnevnika, Nach-Gedanken (Premišljevanja), Der historische Kontext (Zgodovinsko ozadje), Nachwort (Epilog), Anhang (Dodatek), Quellen und Literatur (Viri in literatura), Bildnachweis (podatki o slikah), Register (Kazalo imen).

Tomaž Olip je bil nezakonski, rojen leta 1913 v Selah na avstrijskem Koroškem. Preživeljal se je kot hlapec in gozdni delavec. Leta 1939 je bil vpoklican v nemško vojsko, a je kmalu dezertiral in si poiskal zatočišče v Jugoslaviji. Po njeni okupaciji leta 1941 se je vrnil v Sele in si spomladi 1942 nedaleč od vasi zgradil skrivališče (bunker). Poleti istega leta je začel pisati dnevnik, v katerem je zgoščeno, za vsak dan nekaj stavkov, opisal svoje življenje in prežvljanje v tem obdobju, stike z domačini ter tudi s partizani. Kot dober poznavalec pokrajine, severne strani Karavank,

je bil partizanom vodnik, nekajkrat je bil tudi priča njihovemu delovanju, tudi nasilju. Vendar se partizanom ni pridružil. V začetku decembra 1942 je bilo njegovo skrivališče izdano, Olip pa aretiran. Na temelju njegovega dnevnika je gestapo aretiral večjo skupino domačinov iz Sel ter z Obirskega. Zaradi domnevnega ali dejanskega sodelovanja s partizani so bili on in 12 domačinov obsojeni na smrt; 29. aprila 1943 so bili obglavljeni na Dunaju. Preostali so bili obsojeni na zaporne kazni.

Tomaž Olip je svoj dnevnik pisal v slovenščini, 14 rokopisnih strani za pet mesecev. Vendar je izvirnik izgubljen; domnevno je bil sežgan v začetku maja 1945 hkrati z gestapovskim arhivom v Celovcu. Nemški prevod dnevnika, priložen celotnemu gestapovskemu spisu (tudi zapisniki zaslišanj), je izdajatelj, Wilhelm Baum iz Celovca, pred nedavnim našel v Nemčiji v *Bundesarchiv* (Zveznem arhivu) v Berlinu.

Transkripcija prevoda s številnimi opombami in pojasnili je na str. 19–71. Faksimile tipkopisa je objavljen kot vložek (tudi 14 strani) med str. 71 in 87. Domnevno je Olipov dnevnik iz slovenščine v nemščino prevedel gestapovec Johann Sellak, doma iz Kamna pri Velikovcu, ki je (tekoče?) govoril tudi slovensko. Ker je izvirnik dnevnika izgubljen, ni znano, ali je prevod zvest ali ne.

Zgradba knjige se mi ne zdi le zanimiva, temveč tudi značilna. Poglavji *Predgovor* (str. 13–16) ter *Premišljevanja* (str. 87–92) sta razmeroma kratki, pa vendar bralca opozorita na nekatera temeljna vprašanja, ki bi jih bralec, če bi bral le dnevnik, prav gotovo zgrešil. Ko sem ju prebral, sem si dlje časa belil glavo, zakaj in čemu se je avtor obeh poglavij podpisal le z začetnicama E. S. Hrbtnica celotne knjige pa je poglavje *Zgodovinsko ozadje* (str. 93–148). Napisal ga je izdajatelj knjige, Wilhelm Baum, in je po moji presoji orjaško delo. Na temelju Olipovega dnevnika, gestapovskih zapisnikov zaslišanj ter številnih pogovorov s preživeli je rekonstruiral celotno dogajanje takratnega časa (da, dobesedno *Zeitgeist!*) v prostoru med Selami, Železno Kaplo in Borovljami. Ko so partizani šele začeli z Gorenjske prodirati na Koroško in ko so se jim tu pridruževali le posamezniki. Ko so nacisti s svojo značilno krutostjo poskušali zatreti upor. In ker so hoteli ukrepati eksemplarično, so za sodnika določili zloglasnega Rolanda Freislerja.

Zadnje (besedilno) poglavje, Epilog, je napisal Valentin Inzko. Je kot razprava, kaj se človek iz zgodovinskega spomina, iz travme, lahko nauči za sedanjost in prihodnost. In iz njegovga zapisa kot (ne)znanstvena fantastika na str. 152 štrli izjava predsednika deželne parlamenta (*Landtagpräsident*) iz leta 1947. Izjava, izrečena v nemščini in še pred nedavnim za koroške razmere svetoskrunska!

V knjigi je na več mestih povedano, da so *selske žrtve* (p)ostale pojem v krajevnem zgodovinskem spominu. Vendar tako, da je Tomaž Olip iz njih nekako negativno izločen. Namreč, če Olip ne bi bil pisal dnevnika, se gestapo prav gotovo ne bi dokopal do tako nadrobnih podatkov. Zelo je verjetno, da bi bilo žrtev manj – ali jih sploh ne bi bilo (str. 136).

Ker je znano, kdo je gestapu izdal položaj bunkerja, se E. S. in Baum sploh ne ubadata z vprašanjem, ali je bil Olip izdajalec ali ne. Predvsem se ukvarjata z vprašanjem, kakšen človek je bil Olip. Zakaj je dezertiral iz nemške vojske, zakaj se je pred nacisti skrival – predvsem – zakaj in čemu je začel pisati dnevnik. Kaj se je skrivalo za zapisi »veliko razmišljal«, »bil bolj žalosten kot vesel«, »se počutim, kot da bi bil živ pokopan. Nikjer svobode zame.«, »nekaj malega bral, največ pa bil zatopljen v preišljevanje«, »počutim se kot ptič, zaprt v kletki, ki se ne more premakniti«. Pogosto razmišlja o materi, se sprašuje, kdaj bo »konec tega germanizma« ... Zakaj je sicer vodil partizane, nikakor pa se jim ni hotel priključiti (prim. str. 128).

Tomaž Olip je bil očitno človek, ki je mislil s svojo glavo in se ni hotel ukloniti nikomur. Partizani mu očitno niso bili docela tuji. A vpricho njega so zagrešili umor, ki ga je pretresel (str. 39), tako da je to zapisal in se vprašal, kdaj bo tega konec ... Na koncu svojega poglavja Wilhelm Baum zapiše (str. 145): »... V težkem času je tudi njega nosil up na boljše življenje, za katerega je upal, da ga bo našel v Jugoslaviji. Politika je bila zanj bolj ob robu zanimanja, ostajal je iskalec in dvomljivec. ...« Podobno je zapisal tudi Valentin Inzko v Epilogu, v zadnjem poglavju: »Dnevnik Tomaža Olipa je pretresljiv izkaz samopožrtvovalnosti, državljanskega poguma in zvestobe. Zvestobe samemu sebi, svoji veri in svojim načelom, svoji ožji in širši domovini.«

Upor posameznika proti sistemu?

In pretresljiva je razprava, kako pomembno je bilo, da sta zasliševanje in sojenje potekala v nemščini, ki pa je večina obtoženec ni obvladala (str. 144).

Knjiga »Kot ptič, zaprt v kletki« je napisana v nemščini in tako je tudi pametno in prav. Edini način, kako širiti resnico in odpraviti znane predsodke. Za bralce v Sloveniji pa bi bilo nujno pripraviti slovenski prevod.¹ Ki bi prav gotovo prispeval k tisti vsebini slovenske identitete, ki je zunaj vsakdanjih slovenskih klišejev. Ki bi znala pogledati ne le čez Karavanke, temveč tudi čez sosedov plot.

Bojim pa se, da slovenski prevod ne bo mogel zajeti tistega, kar (jaz) poimenujem *iracionalna vsebina jezika*. Ali z drugo besedo: za mene, slovenskega bralca iz Slovenije, je najbolj zanimivo »ozadje«, ki ga pričara nemško besedilo, ki pa se ukvarja z nekakšno »izključno slovensko« tematiko. Npr. kako E. S. in Wilhelm Baum pišeta slovenska imena (prim. rodovnik na str. 98 ter skica zemljevida na str. 100). Ko nikoli ne uporabita izraz *windisch*, temveč dosledno *slowenisch*. Kako na vsaj dveh mestih teče nemška beseda ob razglabljanju, ali se je Olip počutil *kot ptič, zaprt v kletki* zato, ker je poznal Gregorčičevo pesem *Ujeta ptiča tožba*?

Zares: sporočilo knjige je, da je mogoče preseči (transcendirati) ločenost med ljudmi.

Marjan Kordaš

1 V prevodu ali morebitni novi nemški izdaji bi veljalo popraviti napako (edino, ki sem jo našel). To je izraz Doga-Niva, ki se navaja večkrat (npr. str. 34, 46, 128). Iz opisa v dnevniku se zdi, da gre za planino Dolga njiva (Zgornja oz. Spodnja) na južnem pobočju Košute, med Košutnikovim turnom in Tolsto Košuto.

Nadgradnja intranetnega portala Zdravniške zbornice Slovenije

V želji, da vam ponudimo najbolj kakovostne in aktualne informacije ter omogočimo čim bolj kakovostno izvedbo storitev, smo se na Zdravniški zbornici Slovenije lotili projekta »Splet«, katerega cilj je vzpostavitev sodobnega intranetnega in internetnega portala.

Tako smo vzpostavili tudi povezavo s podatkovnimi bazami zbornice in vam tako preko spletnega portala omogočili dostop do večine informacij, ki jih o članstvu vodimo, kot so npr.: osebni podatki, izobrazba, licence, kreditne točke, zaposlitev, zasebnost, funkcije v zbornici itn. Nekatere podatke lahko spreminjate tudi sami v rubriki »*Moji podatki*« (na desni strani).

Za vstop v intranetni portal potrebujete uporabniško ime in geslo, ki ste ga prejeli po pošti. V primeru, da ste ju založili, se obrnite na Milana Kokalja (milan.kokalj@zss-mcs.si), ki vam bo kreiral novo geslo.

Ob vašem prvem vpisu vas prosimo, da se v intranet vpišete neposredno preko internetnega naslova <https://INTRA.zdravnikazbornica.si/prvic>, kasneje pa lahko do intranetnega portala dostopate s spletnega mesta Zdravniške zbornice Slovenije <http://www.zdravnikazbornica.si>. Ob prvem vpisu vas prosimo, da geslo, ki ste ga prejeli, spremenite in si ga zapomnite, saj je to potrebno zaradi varnosti vaših podatkov.

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 praktičnem usposabljanju

Prosim informacije o možnostih nočitve

da

ne

Kotizacijo za srečanje bom poravnal(a)

s položnico

ob prijavi

Datum _____

Podpis _____

1.–5. ob 14.00 • 1. SLOVENSKI TEČAJ »MEDICAL RESPONSE TO MAJOR INCIDENTS (MRMI)« – PLANIRANJA IN IZVAJANJA UKREPOV OB MNOŽIČNIH POŠKODOVANJIH, Z MEDNARODNO UDELEŽBO

kraj: PORTOROŽ, Kongresni center hotelov LifeClass **št. udeležencev:** 60 tečajnikov **kotizacija:** 300 EUR **k. točke:** v postopku

vsebina: učna delavnica je namenjena vodilnim zdravnikom na predhospitalni in hospitalni urgenci, vodilnim zdravstvenim tehnikom na predhospitalni in hospitalni urgenci, organizatorjem dela v javnih zdravstvenih zavodih (evropski model tečaja s končnim preizkusom znanja za licencirano znanje načrtovanja in izvajanja ukrepov v javnih zdravstvenih zavodih ob množičnih poškodovalnih)

organizator: Travmatološki oddelek SB Celje in Društvo travmatologov Slovenije v soorganizaciji Hrvaškega društva za urgentno medicino in kirurgijo, pod pokroviteljstvom Ministrstva za zdravje RS in pod nadzorom ESTES (Evropskega združenja za travmatologijo in urgentno medicino), prof. dr. Radko Komadina, dr. med., svetnik, specialist kirurg

prijave, informacije: prijave: SB Celje, Travmatološki oddelek, Oblakova 5, 3000 Celje, E: sbcdi@guest.arnes.si, informacije: prof. dr. Radko Komadina, dr. med., T: 03 423 30 96, F: 03 423 38 99, E: sbcdi@guest.arnes.si

2. ob 15.30 • VODENJE KRONIČNEGA BOLNIKA: SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2 podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MARIBOR, Zdravstveni dom Maribor, Vošnjakova 2–4, multimedijska predavalnica – VI. nadstropje **št. udeležencev:** 60 **kotizacija:** kotizacije ni **k. točke:** v postopku

vsebina: učna delavnica za zdravnike družinske medicine in specializante družinske medicine

organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Združenje zdravnikov družinske medicine, Zdravstveni dom Maribor, doc. dr. Marija Petek Šter, dr. med.

prijave, informacije: gospa 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

3. ob 8.30 • AKTUALNE TEME PALIATIVNE OSKRBE IN PRAKTIČNE DELAVNICE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Hotel Mons **št. udeležencev:** 120 **kotizacija:** 50 EUR, kotizacije ni za tim zdravnik, medicinske sestre in/ali soc.del. **k. točke:** v postopku

vsebina: predavanje in delavnice so namenjeni zdravnikom, medicinskim sestram, socialnim delavcem - prvi del: predavanja o novostih v paliativni oskrbi, drugi del: praktične delavnice (pogovor o prehodu v paliativno oskrbo, družinski sestanek za ugotavljanje ciljev in pripravo načrta paliativne oskrbe, predpisovanje zdravil za podkožne črpalke, proces umiranja)

organizator: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Urška Lunder, dr. med.

prijave, informacije: prijave: E: irena.dolhar@klinika-golnik.si, informacije: Irena Dolhar, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 17

4. • ATRIJSKA FIBRILACIJA IN DRUGE ATRIJSKE ARITMIJE - »KLINIČNI IN ELEKTROFIZIOLOŠKI PRISTOP K DIAGNOZI IN TERAPIJI«

kraj: MARIBOR, Kongresni center Maribor **št. udeležencev:** do 150 **kotizacija:** kotizacije ni **k. točke:** v postopku

vsebina: simpozij je namenjen internistom, kardiologom, kardiokirurgom, anesteziologom, nevrologom, zdravnikom družinske medicine, študentom MF 5. in 6. letnika

organizator: UKC Maribor, Klinika za interno medicino, Oddelek za kardiologijo in angiologijo, asist. Vojko Kanič, dr. med., prim. Damijan Vokač, dr. med., asist. Viljemka Nedog, dr. med.

prijave, informacije: prijave: http://dogodki.eventmanager.si/ukcmb_atrijska_fibrilacija/, informacije: Enota za organizacijo strokovnih srečanj v UKC Maribor, Slavica Keršič, posl. sek., T: 02 321 28 04, F: 02 321 28 26

4. • 33. IATROSSKI - POSVETOVANJE ŠPORTNE MEDICINE, ZDRUŽENO S SMUČARSKIM TEKMOVANJEM ZDRAVNIKOV podroben program na spletni strani zbornice

kraj: KRANJSKA GORA **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** ni podatka **k. točke:** ***

vsebina: posvet in smučarsko tekmovalje

organizator: Zdravniško društvo latros

prijave in informacije: E: melitamakuc@gmail.com

11. ob 9.00 • CEDENS – XVII. DAN CELJSKEGA ZOBOZDRAVSTVA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: CELJE, Narodni dom Celje, velika dvorana, Trg celjskih knezov 9, Celje **št. udeležencev:** ni podatka **kotizacija:** 150 EUR, TRR: DZD Celje 06000-0052407750, za Cedens **k. točke:** v postopku

vsebina: strokovno srečanje za vse zobozdravnike

organizator: Društvo zobozdravstvenih delavcev Celje, Nikola Potočnik, dr. dent. med.

prijave, informacije: Nikola Potočnik, dr. dent. med., Mestni trg 5, 3310 Žalec, T: 03 571 60 44, E: nikola.potocnik@siol.net

11. ob 7.00 • ŠESTA ŠOLA O MELANOMU podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut, predavalnica, stavba C, Zaloška cesta 2	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
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	prijave, informacije: Onkološki inštitut Ljubljana, tajništvo Sektorja internistične onkologije, Zaloška cesta 2, Ljubljana, Lidija Kristan, Andreja Mavec, T: 01 587 92 82, E: amavec@onko-i.si	

11.–12. ob 9.00 • 27. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: UČENJE IN POUČEVANJE O UPORABI NOVIH INFORMACIJSKIH TEHNOLOGIJ V IZOBRAŽEVANJU DRUŽINSKIH ZDRAVNIKOV

kraj: STRUNJAN, Hotel Svoboda	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 14
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	

14. ob 8.00 • KOLENO – KLINIČNE POTI ZDRAVLJENJA

kraj: LJUBLJANA, Ortopedska klinika, Zaloška 9, predavalnica	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 200 EUR	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom družinske medicine	organizator: prof. dr. Vane Antolič, dr. med., doc. dr. Oskar Zupanc, dr. med.	prijave, informacije: Ortopedska klinika, Zaloška 9, 1000 Ljubljana, ga. Irena Cotman, T: 01 522 41 74, F: 01 522 24 74, E: irena.cotma@kclj.si	

17.–18. ob 8.00 • I. SLOVENSKI KONGRES NEVROREHABILITACIJE - SODOBNI PRISTOPI K DISFAGIJI PRI BOLNIKI Z MOŽGANSKO KAPJO

kraj: LAŠKO, kongresni center Thermana Laško	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 50 EUR, za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: kongres je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, respiratornim fizioterapevtom, logopedom, delovnim terapevtom, dijetetikom in vsem, ki jih to področje zanima	organizator: Služba za nevrorehabilitacijo, Nevrološka klinika, Klinični oddelek za vaskularno nevrologijo in intenzivno nevrološko terapijo, Nevrološka klinika, Univerzitetni klinični center in Thermana Laško, dr. Vlasta Zupanc Isoski, univ. dipl. logopedinja	prijave, informacije: prijave: W: www.thermana.si , informacije: UKC, Nevrološka klinika, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, asist. mag. Aleš Pražnikar, dr. med., specialist fizioterapevt, T: 01 522 31 89, F: 01 522 33 21, E: vlasta.zupanc@kclj.si	

18. ob 8.30 • KARDIOTOKOGRAFIJA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Zdravstvena fakulteta, Zdravstvena pot 5	št. udeležencev: 60	kotizacija: 95 EUR, za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: učna delavnica za zdravnike specialiste ginekologije in porodništva, specializante, babice	organizator: Združenje za perinatalno medicino Slovenije, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester – bobic, mag. Gorazd Kavšek, dr. med., Anita Prelec, dipl. m. s., spec.	prijave, informacije: prijave: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Ob železnici 30 a, 1000 Ljubljana, informacije: tajništvo Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije, T: 01 544 54 80, E: tajnistvo@zbornica-zveza.si	

4.–6. ob 13.00 • TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA

kraj: BLEND	št. udeležencev: 28	kotizacija: 490 EUR	k. točke: ***
vsebina: tečaj je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Slovensko združenje za urgentno medicino, prim. mag. Dušan Vlahovič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.szum.si , E: info@szum.si , informacije: Monika Grünfeld, T: 041 607 402	

5. ob 20.00 • TRADICIONALNI VALČKOV PLES

kraj: CELJE, Narodni dom	št. udeležencev: 150	cena vstopnice: 50 EUR	k. točke: ***
vsebina: do-brodela plesna prireditev	organizator: Zdravniško društvo Celje, Igor Praznik, dr. med., prodaja vstopnic: Zavod za kulturne prireditve in turizem Celeia, Celje, Krekov trg 3, T: 03 428 79 36, 031 610 537, F: 03 428 79 31, od ponedeljka do petka med 9.00 in 17.00 in ob sobotah med 9.00 in 13.00	informacije: prim. asist. Jana Govc Eržen, dr. med., E: jana.govc@gmail.com , GSM: 041 335 377	

9. ob 13.30 • POMEN SPANJA ZA OTROKOV RAZVOJ podroben program na spletni strani zbornice

kraj: CELJE, Visoka zdravstvena šola	št. udeležencev: 120	kotizacija: 70 EUR, za študente kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: podiplomski seminar z mednarodno udeležbo je namenjen zdravnikom pediatrom in medicinskim sestram, ki obravnavajo otroke s težavami spanja	organizator: Visoka zdravstvena šola v Celju, Center za razvojno nevroznanost, Katedra za nevrologijo, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, Zbornica – Zveza, Zavod za usposabljanje, delo in varstvo dr. Marijana Borštnarja Dornava, prim. doc. dr. Zlata Felc, dr. med., specialistka pediatrije	prijave, informacije: prijave: Visoka zdravstvena šola v Celju, Mariborska cesta 7, 3000 Celje, informacije: ga. Jerneja Kronovšek, T: 03 428 79 00, F: 03 428 79 06, E: infozsce.si	

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	

10. –12. • ANTI-AGING KONGRES SLOVENIJE 2011

kraj: BLEED, Hotel Golf, Cankarjeva 4	št. udeležencev: 200	kotizacija: 250 EUR (brez DDV) za prijave do 10. 2. 2011, po tem datumu 300 EUR (brez DDV)	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno dermatologom, plastičnim kirurgom in vsem, ki jih zanima anti-aging kot koncept kakovostnega staranja	organizator: Združenje slovenskih dermatovenerologov in Klinični oddelek za plastično, rekonstrukcijsko in estetsko kirurgijo UKC Ljubljana, Tanja Planinšek Ručigaj, dr. med., spec. derm., in prof. dr. Uroš Ahčan, dr. med., spec.	prijave, informacije: prijave: E: info@anti-aging.si , W: www.antiaging.si , informacije: Dialog, Litijska 295, Ljubljana, Jana Rejc, T: 01 230 75 00, E: info@anti-aging.si	

11.–12. ob 9.00 • 14. SCHROTTTOVI DNEVI

kraj: LJUBLJANA, Cankarjev dom, Linhartova dvorana	št. udeležencev: 250	kotizacija: 240 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno izobraževanje za zdravnike družinske/splošne medicine, specializante, lekarniške farmacevte, zdravnike specialiste MDPŠ in ostale, ki jih vsebine zanimajo	organizator: Katedra za družinsko medicino, Združenje zdravnikov družinske medicine in Zavod za razvoj družinske medicine	prijave, informacije: Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta Ljubljana, Poljanski nasip 58, Ljubljana, ga. Ana Artnak, T: 01 438 69 15 ali E: kdrmed@mf.uni-lj.si	

12. ob 8.00 • OTORINOLARINGOLOŠKI DAN 2011 podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta Ljubljana, Korytkova ulica 2, srednja predavalnica, delavnica: srednja in mala predavalnica	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: 50 EUR	k. točke: 6
vsebina: seminar za družinske zdravnike, pediatre, šolske zdravnike, otorinolaringologe	organizator: Katedra za otorinolaringologijo Medicinske fakultete UL, Združenje otorinolaringologov Slovenije SZD, Klinika za ORL in CFK, UKC Ljubljana	prijave, informacije: ga. Tatjana Železnik, dipl. ekon., E: tatjana.zeleznik@kclj.si (v prijavi prosim navedite ime udeleženca, ime in naslov plačnika kotizacije ter davčno številko plačnika. Račun boste prejeli po pošti na naslov plačnika v začetku marca.)	

18.–19. ob 14.00 • VIII. CELJSKI DNEVI – ZLOMI KOLKA V SLOVENIJI 2000–2010

kraj: PORTOROŽ, kongresni center hotelov LifeClass	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 100 EUR	k. točke: ***
vsebina: podiplomski posvet za specializante in specialiste travmatologije, splošne kirurgije, ortopedije, fizikalne in rehabilitacijske medicine, endokrinologije, revmatologije, družinske medicine, anesteziologije	organizator: Društvo travmatologov Slovenije SZD, Združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino SZD in Združenje ortopedov SZD, prof. dr. Radko Komadina, dr. med., svetnik	prijave, informacije: prijave: E: sbrcdi@guest.arnes.si , F: 03 423 38 99, informacije: SB Celje, Travmatološki oddelek, Oblakova 5, Celje, prof. dr. Radko Komadina, dr. med., svetnik, T: 03 423 30 96, F: 03 423 38 99, E: sbrcdi@guest.arnes.si	

18.–20. ob 13.00 • TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA

kraj: OBALA	št. udeležencev: 28	kotizacija: 490 EUR	k. točke: ***
vsebina: tečaj je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Slovensko združenje za urgentno medicino, prim. mag. Dušan Vlahovič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.szum.si , E: info@szum.si , informacije: Monika Grünfeld, T: 041 607 402	

23.–25. • 11. KONGRES ENDOSKOPSKIRURGIJE SLOVENIJE Z MEDNARODNO UDELEŽBO

kraj: LJUBLJANA, Cankarjev dom	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 150–200 EUR, udeleženci: do 31. 1. 2011 150 EUR, po 31. 1. 2011 200 EUR, mladi zdravniki: do 31. 1. 2011 50 EUR, po 31. 1. 2011 100 EUR, spremljevalci: 50 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: kongres je namenjen specialistom in specialistom operativnih strok	organizator: Oddelek za splošno in abdominalno kirurgijo Splošne bolnišnice Celje in Združenje za endoskopsko kirurgijo Slovenije, prof. dr. Alojz Pleskovič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.kek2011.com , informacije: Romana Pišotek, T: 00 386 3 423 32 34, E: registracija.kek2011@gmail.com	

24.–26. • ULTRAZVOČNA ŠOLA: UPORABA DOPPLERJA V PERINATOLOGIJI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, predavalnica Pediatrične klinike	št. udeležencev: 150	kotizacija: ni podatka	k. točke: v postopku
vsebina: ultrazvočna šola	organizator: Združenje za perinatalno medicino, SZD, Klinični oddelek za perinatologijo, Ginekološka klinika, UKC, Center za fetalno kardiologijo, Pediatrična klinika, UKC	prijave, informacije: Martina Pečlin, Ginekološka klinika, Enota za raziskovalno delo, Šljajmerjeva 3, Ljubljana, F: 01 439 75 90 ali E: martina.peclin@obgyn.mf.uni-lj.si	

24. ob 13.00 • 16. REDNI POSVET O OBRAVNAVI IN SPREMLJANJU BOLNIKOV S TUBERKULOZO (TB) V SLOVENIJI

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: posvet	organizator: Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo	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 , W: www.klinika-golnik.si	

25.–26. ob 8.00 • 22. DNEVI REHABILITACIJSKE MEDICINE: Z DOKAZI PODPRTA REHABILITACIJA – II podroben program na spletni strani zbornice

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	

25.–26. ob 9.00 • AKUTNI KORONARNI SINDROM V SLOVENIJI 2011 podroben program na spletni strani zbornice

kraj: BLEED, Golf hotel	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni, vsak udeleženec prejme zadnja priporočila s področja AKS ter brezplačno pogostitev med srečanjem	k. točke: ***
vsebina: podiplomsko strokovno srečanje je namenjeno vsem zdravnikom, medicinskim sestram in tehnikom ter rentgenskim inženirjem	organizator: Slovensko medicinsko društvo, prof. dr. Marko Noč, dr. med.	prijave, informacije: prijav ni, informacije: Blaž Mrevlje, T: 00 386 41 665 627, E: blaz.mrevlje@gmail.com	

25.–26. ob 8.00 • MEDICINA IN PRAVO – 20 LET KASNEJE: »OSEBNI PRISTOP – PERSONALIZACIJA MEDICINE« podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MARIBOR, Univerza v Mariboru, Avla Magna, Slomškov trg 17	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: Dvodnevna kotizacija za udeležence je 200 EUR + DDV, enodnevna kotizacija: (prvi dan) 25. 3. 2011 je 150 EUR + DDV, 26. 3. 2011 (drugi dan) 75 EUR + DDV. Kotizacije so oproščeni upokojeni zdravniki in upokojeni pravniki, študentje Medicinske fakultete in Pravne fakultete	k. točke: ***
vsebina: predavanja so namenjena zdravnikom in pravnikom, sociologom in študentom medicine in prava	organizator: Zdravniško društvo Maribor in Pravniško društvo Maribor v sodelovanju z Univerzo Maribor, prim. Jelka Reberšek Gorišek, dr. med.	prijave, informacije: predsednica organizacijskega odbora: prim. Jelka Reberšek Gorišek, dr. med., UKC Maribor, Oddelek za nalezljive bolezni in vročinska stanja, Ljubljanska ul. 5, 2000 Maribor, E: j.gorisek@ukc-mb.si , T: 02 321 26 22	

MAREC

28.–30. ob 7.00 • ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT

kraj: IG, IC URSZR	št. udeležencev: 16	kotizacija: 900 EUR	k. točke: ***
vsebina: tečaj je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Zdravniško društvo ATLS Slovenija, Roman Košir, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: http://atls.si/ ; E: roman.kosir@siol.com , informacije: Roman Košir, T: 031 541 202	

31. 3.–2. 4. • OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME – POUK BOLNIKA Z ASTMO

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Lek	št. udeležencev: 25	kotizacija: 250 EUR, vključuje prehrano v hotelu, zbornik, potrdilo o udeležbi, opravljanje zaključnega izpita	k. točke: 18
vsebina: delavnica je namenjena predvsem zdravnikom splošne prakse, vabljeni tudi specialisti drugih strok, specializanti, sekundariji	organizator: Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo Golnik	informacije, prijave: Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	

31. 3.–2. 4. • 4th CENTRAL & EASTERN EUROPEAN COURSE IN PEDIATRIC SURGERY »MINIMAL ACCESS SURGERY«

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk, kongresni center, Pohorska ulica 59	št. udeležencev: 30	kotizacija: 100–150 EUR	k. točke: EUPSA + UEMS in v postopku na ZZS
vsebina: Podiplomski izobraževalni tečaj, sestavljen iz teoretičnega dela in praktičnih učnih delavnic, je namenjen otroškim kirurgom in rezidentom otroške kirurgije iz srednje in vzhodne Evrope ter specialistom in specializantom kirurgije iz Slovenije. Vsi predavatelji pridejo iz tujine in so svetovno priznani na svojem področju.	organizator: Education Office of EUPSA, (European Pediatric Surgeons Association), lokalni odbor SKOK-a SZD (Sekcija kirurgov otroške kirurgije), prof. Hans Skari, prof. dr. Amulya K. Saxena	prijave, informacije: prijave: E: eupsa.course@gmail.com , subject: REGISTRATION EUPSA MAS COURSE 2011, informacije: W: http://members.multimania.co.uk/eupsa/course/ , Silvo Lipovšek, dr. med., E: sflipovsek@siol.net , T: +386 40 236 129	

APRIL

1. ob 9.00 • ŠOLA PREPOZNAVANJA MELANOMA IN DRUGIH TUMORJEV

kraj: LJUBLJANA, Dermatovenerološka klinika, Zaloška 2, predavalnica	št. udeležencev: 40	kotizacija: 160 EUR specialisti, polovična cena specializanti	k. točke: ***
vsebina: šola je namenjena zdravnikom družinske medicine, kirurgom plastikom, dermatologom	organizator: Dermatovenerološka klinika, Tanja Planinšek Ručigaj, dr. med.	prijave, informacije: Dermatovenerološka klinika, Verica Petrovič, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, T: 01 522 42 80, F: 01 522 43 33	

1.–2. ob 16.00 • 22. ZBOR ZASEBNIH ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV SLOVENIJE

kraj: OTOČEC, konferenčna dvorana Šport hotela	št. udeležencev: do 250	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: srečanje je namenjeno zasebnim zdravnikom in zobozdravnikom	organizator: Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije in Zdravniška zbornica Slovenije, Primož Rus, dr. med., predsednik	prijave, informacije: prijave niso potrebne, rezervacijo za nočitev/večerjo pošljete neposredno na kraj dogodka, informacije: pisarna Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana, T: 01 433 85 35, F: 01 439 76 00 in Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana, T: 01 30 72 123	

1.–2. ob 9.00 • INFEKTOLOŠKI SIMPOZIJ 2011: PROBLEMI PROTIMIKROBNE ODPORNOSTI V SLOVENIJI IN PRISTOP K ZDRAVLJENJU podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška 2, predavalnica 1	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 130 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: simpozij je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Sekcija za protimikrobno zdravljenje SZD, Katedra za infektivne bolezni in epidemiologijo, Klinika za infektivne bolezni in vročinska stanja, 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: 522 42 20, 522 21 10, F: 522 24 56, E: simona.rojs@kclj.si	

8. ob 8.30 • 3. SIMPOZIJ SLOVENSKE MEDICINSKE GENETIKE: OSEBNA GENOMIKA MED MEDICINSKO UPORABO IN KOMERCIALIZACIJO

kraj: LJUBLJANA, UKC, Ginekološka klinika, Šlajmarjeva 3, predavalnica v stari porodnišnici	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 50 EUR, za študente z veljavno izkaznico kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: simpozij je namenjen zdravnikom in zdravstvenim delavcem ter ostalim strokovnjakom s tega področja	organizator: Združenje za medicinsko genetiko SZD	prijave, informacije: prijave: UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Inštitut za medicinsko genetiko, Šlajmarjeva 3, 1000 Ljubljana, informacije: doc. dr. Luca Lovrečič, dr. med., univ. dipl. biol., T: 01 522 60 12, F: 01 540 11 37, E: luca.lovrecic@gmail.com	

8. ob 9.00 • OSNOVE OTROŠKE DERMATOLOGIJE I podroben program na spletni strani zbornice

kraj: UKC, Dermatovenerološka klinika, predavalnica I. nadstropje	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: 180 EUR, za študente, med. sestre, specializante in sekundarije je cena kotizacije polovična, TRR: številka 01100-6030277894, sklic na številko: - Osnove otroške dermatologije- 299 30 34/7204502	k. točke: ***
vsebina: izobraževanje za pediatrie in zdravnike družinske medicine	organizator: Dermatovenerološka klinika, UKC Ljubljana	prijave, informacije: Verica Petrovič, Dermatovenerološka klinika, UKCL, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, T: 01 522 42 80, E: verica.petrovic@kclj.si	

8.–9. ob 8.00 • XXI. SREČANJE PEDIATROV V MARIBORU in VIII. SREČANJA MEDICINSKIH SESTER V MARIBORU, podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MARIBOR, Kongresni center Habakuk	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: glej program na spletni strani zbornice	k. točke: ***
vsebina: kongres in učne delavnice so namenjeni vsem zdravnikom	organizator: Klinika za pediatrijo, UKC Maribor, asist. dr. Jernej Dolinšek, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.pediatr.si , informacije: S5KONGRES, Štihova ulica 18, 1000 Ljubljana, Srečo Peterlič, T: 040 164 040, E: sreco.peterlic@s5kongres.si	

8.–9 • 11. KOKALJEVI DNEVI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Kompas	št. udeležencev: 150	kotizacija: 150 EUR (DDV ni vključen)	k. točke: ***
vsebina: strokovno izobraževanje za zdravnike, medicinske sestre, zdravstvene tehnike, patronažne sestre in reševalce	organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru, Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, Zavod za razvoj družinske medicine, Osnovno zdravstvo Gorenjske, Zdravstveni dom Celje	prijava in informacije: T: 208 25 23, F: 04 202 67 18, E: jozica.krevh@ozg-kranj.si , W: http://www.drmed.org/index.php?k=5&n=792 , W: http://www.facebook.com/event.php?id=174405915907740&num_event_invites=0	

8.–9. ob 9.00 • 14. SIMPOZIJ ZOBNIH BOLEZNI IN ENDODONTIJE podroben program na spletni strani

kraj: BLEED, Festivalna dvorana Bled	št. udeležencev: do 500	kotizacija: 285 EUR (vključen DDV)	k. točke: ***
vsebina: podiplomski seminar je namenjen zobozdravnikom (in sestram)	organizator: Sekcija za zobne bolezni in endodontijo SZD, prof. dr. Janja Jan, dr. dent. med.	prijave, informacije: prijave: Albatros Bled, Ribenska cesta 2, SI-4260 Bled, informacije: ga. Ksenija Blažič, Albatros Kongresno-turistični servis, Ribenska 2, 4260 Bled, T:+386 (0)4 57 80 358, F:+386 (0)4 57 80 355, E: ksenija@albatros-bled.com	

8.–10. ob 13.00 • TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA

kraj: BOVEC	št. udeležencev: 28	kotizacija: 490 EUR	k. točke: ***
vsebina: tečaj je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Slovensko združenje za urgentno medicino, prim. mag. Dušan Vlahovič, dr. med.	prijave, informacij: prijave: W: www.szum.si , E: info@szum.si , informacije: Monika Grünfeld, T: 041 607 402	

11.–15. ob 13.00 • I. LAKNERJEVI DNEVI – PODIPLOMSKI TEČAJ »OSNOVE OTROŠKE KIRURGIJE ZA PEDIATRE IN DRUŽINSKE ZDRAVNIKE CELJSKE REGIJE« podroben program na spletni strani zbornice

kraj: CELJE, Splošna učna bolnišnica Celje, Otroški oddelek kirurških strok	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: izobraževalni strokovni tečaj na področju otroške kirurgije za pediatrie in družinske zdravnike za boljše obvladovanje otroških kirurških in travmatoloških obolenj v vsakdanji praksi je namenjen pediatrom, specializantom pediatrije in družinskim zdravnikom ter sekundarijem	organizator: Otroški oddelek kirurških strok Splošne učne bolnišnice Celje, koordinator: Jože Robida, dr. med., predstojnik Otroškega oddelka kirurških strok, sekretar: Silvo Lipovšek, dr. med.	prijave, informacije: prijave: I. Laknerjevi dnevi, Otroški oddelek kirurških strok, Splošna učna bolnišnica Celje, Oblakova 5, 3000 Celje, informacije: Silvo Lipovšek, dr. med., Otroški oddelek kirurških strok, E: sflipovsek@siol.net , T: 040 236 129	

APRIL

14.–16. ob 9.00 • 2. MEDNARODNI KONGRES MEDICINSKIH IZVEDENCEV

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk, Pohorska ulica 59	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 450 EUR z vključenim DDV, znižana kotizacija za zgodnje prijave do 15. 2. 2011 znaša 405 EUR, enodnevna kotizacija znaša 270 EUR	k. točke: 15
vsebina: kongres je namenjen medicinskim izvedencem, osebnim zdravnikom, kardiologom, članom invalidskih komisij, zdravnikom ZZS, predstavnikom delodajalcev, predstavnikom delovnih in socialnih sodišč, varnostnim inženirjem	organizatorji: ZPIZ, ZZS, ZVD, Života Lovrenov, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Domus, d.o.o., Trg MDB 12, 1000 Ljubljana, informacije: Marko Stjepić in Života Lovrenov, dr. med., T: 01 520 50 80, 01 236 35 89, F: 01 520 50 82, E: info@kongres-izvedencev.si	

15.–16. (prestavljeno iz 11.–12. marec) • TRADICIONALNO STROKOVNO SREČANJE Z MEDNARODNO UDELEŽBO »AKUTNA MOŽGANSKA KAP VI« podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA	št. udeležencev: do 320 in po predhodni prijavi	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom družinske in splošne medicine, nevrologom, internistom, kardiologom, radiologom, fiziatrom, intenzivistom, farmaceutom in vsem, ki želijo izpopolniti svoje znanje s področja obravnave bolnikov z akutno možgansko kapjo	organizator: Sekcija za možganskožilne bolezni 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 s področja možganskožilnih bolezni, prim. doc. dr. Bojana Žvan, dr. med., višja svetnica	prijave, informacije: prijave: Društvo MŽB, Mala ulica 8, 1000 Ljubljana, informacije: Andreja Merčun, E: andreja@mozganska-kap.info , T: 0590 11234, F: 01 430 23 14	

16. ob 8.30 • 6. POSVET O KRONIČNI KORONARNI BOLEZNI: AORTNA STENOZA

kraj: NOVO MESTO, Kulturni center Janeza Trdine	št. udeležencev: 250	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: posvet je namenjen vsem zdravnikom, ki obravnavajo bolnike z boleznimi srca in ožilja	organizator: Društvo za izobraževanje in raziskovanje v medicini, prof. dr. Matjaž Bunc, prim. Izok Gradecki, Boris Krajačič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: medicons@siol.net , prijave do 10. 4. 2011, informacije: Boris Krajačič, T: 07 332 25 50	

MAJ

5.–7. ob 7.00 • ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT

kraj: IG, IC URSZR	št. udeležencev: 16	kotizacija: 900 EUR	k. točke: ***
vsebina: tečaj je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Zdravniško društvo ATLS Slovenija, Roman Košir, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: http://atls.si/ , E: roman.kosir@siol.com , informacije: Roman Košir, T: 031 541 202	

6.–8. ob 13.00 • TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA

kraj: MARIBOR, Hoče, poslovna hiša Strdin	št. udeležencev: 28	kotizacija: 490 EUR	k. točke: ***
vsebina: tečaj je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Slovensko združenje za urgentno medicino, prim. mag. Dušan Vlahovič, dr. med.	prijave, informacij: prijave: W: www.szum.si , E: info@szum.si , informacije: Monika Grünfeld, T: 041 607 402	

12.–14. • OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME – POUK BOLNIKA Z ASTMO

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Lek	št. udeležencev: 25	kotizacija: 250 EUR, vključuje prehrano v hotelu, zbornik, potrdilo o udeležbi, opravljanje zaključnega izpita	k. točke: 18
vsebina: delavnica je namenjena predvsem zdravnikom splošne prakse, vabljeni tudi specialisti drugih strok, specializanti, sekundariji	organizator: Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo Golnik	informacije, prijave: Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	

13. • 7. KOGOJEVI DNEVI: BOLEZNI KOŽE V STAROSTI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Hotel Mons	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: 100 EUR + DDV, za študente 50 EUR	k. točke: ***
vsebina: srečanje je namenjeno zdravnikom družinske medicine	organizator: Dermatovenerološka klinika skupaj z dermatovenerologijo MF Ljubljana, Tanja Planinšek Ručigaj, dr. med.	prijave, informacije: Dermatovenerološka klinika Ljubljana, Zaloška 2, informacije: Verica Petrovič, T: 01 522 42 80, F: 01 522 43 33	

MAJ

20.–21. • XII. NOVAKOVI DNEVI, XIX. STROKOVNI SESTANEK ZDRUŽENJA ZA PERINATALNO MEDICINO – PRESEJALNI TESTI PRI NOSEČNICI IN NOVOROJENČKU podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MARIBOR	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: srečanje je namenjeno zdravnikom specialistom in specialistom ginekologije in porodništva, babicam, medicinskim sestram in vsem, ki jih tema zanima	organizator: Združenje za perinatalno medicino Slovenije, Klinični oddelek za perinatologijo Ginekološke klinike v Ljubljani, UKC Ljubljana, in Oddelek za perinatologijo, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, UKC Maribor	prijave, informacije: Martina Pečlin, Ginekološka klinika, Enota za raziskovalno delo, Šljamerjeva 3, Ljubljana, F: 01 439 75 90 ali E: martina.peclin@obgyn.mf.uni-lj.si (predhodna prijava je obvezna)	

20.–22. ob 8.00 • ULTRAZVOČNO VODENO ENDOVENSKO LASERSKO/RF ZDRAVLJENJE KRČNIH ŽIL

kraj: OTOČEC, Vila Otočec in Avelana, d. o. o.	št. udeležencev: omejeno na 8	kotizacija: 1.500 EUR	k. točke: 15
vsebina: učna delavnica je namenjena flebologom, kirurgom, varikologom, radiologom	organizator: Avelana, d. o. o., prim. mag. Andrej Šikovec, dr. med	prijave, informacije: prijave: Avelana, d. o. o., Dobrava 72, 8222 Otočec, informacije: Damjana Bradač Zupančič, T: 07 307 51 07, F: 07 307 51 74, E: avelana.pisarna@gmail.com	

27.–28. ob 8.00 • 37. SREČANJE DELOVNIH SKUPIN – KAKOVOSTNA OBRAVNAVA BOLNIKA V DRUŽINSKI MEDICINI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Kongresna dvorana poslovne stavbe Smelt, Dunajska 160	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 160 EUR + DDV za zdravnike, 110 EUR + DDV za zdr. tehnike. Ob zgodnji prijavi zdravnika in medicinske sestre istega tima do 30. 4. 2011 je kotizacija 200 EUR + DDV	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno izobraževanje za zdravnike splošne/družinske medicine, medicinske sestre/tehnike, lekarniške farmacevte, zdravnike specialiste MDPŠ in ostale, ki jih vsebine zanimajo	organizator: Katedra za družinsko medicino v Ljubljani, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v splošni medicini, Združenje zdravnikov družinske medicine, Zavod za razvoj družinske medicine	prijave, informacije: prijave: Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, T: 01 438 69 14, F: 01 438 69 10, informacije: asist. mag. Nena Kopčavar Guček, dr. med., T: 01 200 45 00, in prim. asist. dr. Davorina Petek, dr. med., T: 01 436 82 17, E: kdrmed@mf.uni-lj.si	

SEPTEMBER

29.–30. • SISTEMSKO ZDRAVLJENJE V DERMATOVENEROLOGIJI

kraj: LJUBLJANA, nova Medicinska fakulteta v Ljubljani	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 100 EUR	k. točke: ***
vsebina: mednarodni dermatovenerološki kongres za zdravnike družinske medicine, dermatovenerologe in druge specialiste	organizator: Katedra za dermatovenerologijo MF v Lj. in Dermatovenerološka klinika Lj., doc. dr. Mateja Dolenc Voljč, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Dermatovenerološka klinika UKC Ljubljana, Zaloška c. 2, informacije: Nevenka Juvančič, dipl. ekon., T: 01 522 39 29, F: 522 43 33	

29. 9.–1. 10. ob 7.00 • ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT

kraj: IG, IC URSZR	št. udeležencev: 16	kotizacija: 900 EUR	k. točke: ***
vsebina: tečaj je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Zdravniško društvo ATLS Slovenija, Roman Košir, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: http://atls.si/ , E: roman.kosir@siol.com , informacije: Roman Košir, T: 031 541 202	

OKTOBER

6. • 10. GOLNIŠKI SIMPOZIJ: DELAVNICE »ORGANIZIRAJOČA PLJUČNICA« podroben program in prijavnica sta na spletni strani www.klinika-golnik.si

kraj: GOLNIK, Bolnišnica Golnik	št. udeležencev: 40	kotizacija: 50 EUR	k. točke: ***
vsebina: simpozij in delavnice (jezik: slovenski)	organizator: Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo	prijave, informacije: Irena Dolhar, Bolnišnica Golnik, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 25 69 111, F: 04 25 69 117, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si , W: www.klinika-golnik.si	

7.–8. • 10. GOLNIŠKI SIMPOZIJ: KONGRES podroben program in prijavnica sta na spletni strani www.klinika-golnik.si

kraj: BLED, Hotel Park	št. udeležencev: 150	kotizacija: 200 EUR	k. točke: ***
vsebina: Kakovost, Okužbe dihal, Redke pljučne bolezni, Pljučna hipertenzija, KOPB kot sistemska bolezen, Pljučni rak, Od senzibilizacije do alergije (jezik: angleški)	organizator: Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo	prijave, informacije: Irena Dolhar, Bolnišnica Golnik, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 25 69 111, F: 04 25 69 117, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si , W: www.klinika-golnik.si	

7.–9. ob 13.00 • TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA

kraj: NOVO MESTO	št. udeležencev: 28	kotizacija: 490 EUR	k. točke: ***
vsebina: tečaj je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Slovensko združenje za urgentno medicino, prim. mag. Dušan Vlahovič, dr. med.	prijave, informacij: prijave: W: www.szum.si , E: info@szum.si , informacije: Monika Grünfeld, T: 041 607 402	

14. ob 9.00 • OSNOVE OTROŠKE DERMATOLOGIJE II podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, UKC, Dermatovenerološka klinika, predavalnica I	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: 180 EUR, za študente, med. sestre, specializante in sekundarije je cena kotizacije polovična, TRR: 01100-6030277894, sklic na številko: - Osnove otroške dermatologije- 299 30 34/7204502;	k. točke: ***
vsebina: izobraževanje za pediatre in zdravnike družinske medicine	organizator: Dermatovenerološka klinika, UKC Ljubljana	prijave, informacij: Verica Petrovič, Dermatovenerološka klinika, UKCL, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, 01 522 42 80, E: verica.petrovic@kclj.si	

14.–15. • 10. GOLNIŠKI SIMPOZIJ: DELAVNICE IZ BRONHOSKOPIJE Z MEDNARODNO UDELEŽBO podroben program in prijavnica sta na spletni strani www.klinika-golnik.si

kraj: GOLNIK, Bolnišnica Golnik	št. udeležencev: 20	kotizacija: 300 EUR	k. točke: ***
vsebina: simpozij in delavnice (jezik: angleški)	organizator: Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo	prijave, informacije: Irena Dolhar, Bolnišnica Golnik, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 25 69 111, F: 04 25 69 117, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si , W: www.klinika-golnik.si	

21.–24. • 17. KONGRES OTROŠKIH NEVROLOGOV SREDOZEMLJA

kraj: PIRAN	št. udeležencev: 450	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: kongres otroških nevrologov	organizator: prof. dr. Milivoj Veličkovič Perat	prijave, informacije: prof. dr. Milivoj Veličkovič Perat, T: 031 318 161, E: mvelickovicp@guest.arnes.si	

DELOVNO MESTO

Zobozdravstvena ambulanta Koper

Zaposlim doktorja dentalne medicine ali specialista z izkušnjami v zasebni zobozdravstveni ambulanti v Kopru. Možnost zaposlitve za nedoločen čas. Pokličite na T: +386 40 895 526, E: anuska.majer@gmail.com

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



Uredništvu revije Isis
Dunajska c. 162
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 _____

Slovesnost ob 35-letnici nove stavbe UKC Ljubljana in ob božično-novoletnih praznikih

Zvonka Zupanič Slavec, Marko Slavec

Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete (KUD) dr. Lojz Kraigher je 21. decembra 2010 v galeriji Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (UKCL) pripravilo božično-novoletno prireditev, ki je bila povezana s slovesnostjo in z razstavo ob 35-letnici nove stavbe ljubljanskega kliničnega centra. Zbrane so nagovorili člani uprave UKCL. Mag. Simon Vrhunec je spregovoril o pomenu obletnice in izpostavil mednarodno odmevnost dosežkov ustanove, strokovna direktorica prof. dr. Brigita Drnovšek Olup je spregovorila o novih možnostih strokovnega napredka z odprtjem nove stavbe in izzivih medicine v sodobnem času, glavna medicinska sestra UKCL Erna Kos Grabnar pa o boljših možnostih za zdravstveno nego in timsko obravnavo bolnikov ter se poimensko zahvalila svojim predhodnicam za opravljeno delo.

Odsotnost so opravičili minister za zdravje Dorjan Marušič, župan MOL Zoran Jankovič in še nekateri vabljeni.

Na zgodovinski pomen postavitve nove stavbe je uprava UKCL pokazala s podelitvijo svojih najvišjih priznanj »Slovenija – zlata dediščina«. Priznanje predstavlja zemljevid dežele Kranjske iz Valvasorjevega časa, v njem pa sta pozlačena kovanca s portretom prvega upravnika ljubljanske civilne bolnice, ustanovljene l. 1786, in upodobitvijo nove stavbe UKCL. Prejeli so jih nekateri še živeči sosnovalci nove stavbe: glavni projektant diagnostično-terapevtsko-servisne zgradbe – arhitekt prof. dr. Stanko Kristl, glavni programer in tehnolog za gradnjo KC – arhitekt Vladimir Sekavčnik, tedanja direktorja KC – pravnik Janez Zemljarič in politolog Zdravko Krvina, ter pediater prof. Pavle Kornhauser, ki je bil predsednik gradbeno-operativnega in finančnega odbora izgradnje in je kot pediater načrtoval izvorno izvedbo otroške kirurgije. Osrednjih medicinskih soustvarjalcev nove stavbe večinoma ni več med nami: prim. Drago Mušič je z Vladimirjem

Sekavčnikom pripravljaj medicinski projekt za KC, prof. dr. Mirko Derganc je vpeljal mednarodno priznani opeklinski center, prof. dr. Franjo Zdravič pa je idejni oče modernega urgentnega centra v diagnostično-terapevtsko-servisnem objektu KC. Medicinsko stroko je tako ob jubileju zastopal prof. Kornhauser. Ob tej priložnosti se je voditeljica srečanja, zgodovinarica medicine prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec spomnila tudi na prav tako zaslužnega, a pokojnega arhitekta posteljne stavbe, Janeza Trenza, ter okoli 80 strokovnih sogovornikov iz zdravstva, ki so soustvarjali podobo novogradnje.

Vsi prejemniki priznanj so zbranim obširneje spregovorili o zahtevni, kompleksni in vsestransko angažirani takratni največji slovenski novogradnji, ki so jo uspeli pripeljati do konca.

Razstava ob 35-letnici nove stavbe Kliničnega centra (KC) prikazuje del tega, kar so povedali nagrajenci. Na štirih plakatih (120 x 80 cm) je prikazan nastanek glavne stavbe od njenih prvih arhitekturnih zasnov do izvedbe z razlago njenega pomena za



Priznanje Uprave UKC so prejeli: glavni projektant diagnostično-terapevtsko-servisnega objekta UKCL prof. dr. Stanko Kristl (pri mikrofONU), soavtor medicinskega projekta (s prim. Dragom Mušičem) arhitekt Vladimir Sekavčnik (prvi levo), direktor UKCL v času gradnje (1968–1973) Janez Zemljarič, direktor UKCL v času odprtja Zdravko Krvina (1974–1978) in prof. Pavle Kornhauser, ki je bil predsednik gradbeno-operativnega in finančnega odbora izgradnje (foto: Jolanda Kofol).

stroko v takrat skupnem jugoslovanskem prostoru. Njeno odprtje 29. novembra 1975 je prineslo hiter razvoj medicine v tedanji Sloveniji in Jugoslaviji, zato novogradnja pomeni mejnik v razvoju zdravstvenega varstva na Slovenskem. KC je postal največji in najsodobnejši bolnišnični kompleks v takratni 20-milijonski Jugoslaviji. S sodobno arhitekturo je uvedel nova merila bolnišnične gradnje pri nas. Skoraj 1.100 novih bolniških postelj, večje število zaposlenih, novi oddelki in sodobnejša organizacija dela so močno izboljšali bolnišnično zdravljenje občanom Ljubljane z okolico ter najhuje prizadetim bolnikom iz vse Slovenije in Jugoslavije. Nova stavba je bistveno izboljšala tudi pogoje pedagoškega in znanstvenoraziskovalnega dela predvsem za bodoče zdravnike, pa tudi drugo zdravstveno osebje (glej: www.mf.uni-lj.si/izvm/strokovne-razstave). Za ilustracijo navedimo le nekaj ključnih podatkov: pred izgradnjo nove stavbe l. 1968 je bilo v Kliničnih bolnicah zaposlenih 155 zdravnikov, danes jih je okoli 1.200, takrat je bilo zaposlenih 270 medicinskih sester, danes jih je 3.200. Novogradnja je dala 80.000 m² bruto tlorisne površine, skupna investicija pa je znašala skoraj 110 milijonov takratnih nemških mark.

Razstavo o nastanku nove stavbe UKCL so pripravile prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec in Senta Jaunig z Inštituta za zgodovino medicine MF UL ter Sabina Vrhnjak iz službe za stike z javnostmi UKCL. Oblikoval jo je Ivan Mori. Postavljena je v osrednji galeriji UKCL in bo tam na ogled do poletja, nakar jo bodo prenesli v upravno stavbo UKCL.

Decembrska razstava KUD-ovih slikarjev

Razstavišni prostor je dodatno žarel tudi zaradi decembrske razstave Likovne skupine KUD-a KC in MF, kjer so se njeni člani predstavili z najboljšimi deli. »Decembrska razstava sodi v dolgoletni niz razstav, ki so v prvi vrsti namenjene humanemu cilju – polepšati bivanje bolnikom v času njihovih velikih skrbi ob tem, ko se zdravijo in opravljajo preglede, ki so prav tako vir stisk. Ni nepomembno, da jim prav decembrske razstave dajo delček tistega prazničnega občutka, tudi ko niso v prijaznem domačem okolju. V tem svečanem mesecu je razstavišni prostor UKCL najbolj obiskan tudi z zunanji obiskovalci, ki lahko prebijejo nekaj časa skupaj z najbližjimi in dragimi v prijetnem galerijskem okolju UKC,« je zapisal predsednik Likovne skupine doc. dr. Tone Pačnik.

Božični koncert

Dekliški pevski zbor Gimnazije Kranj je z imenitnim nastopom vnesel v prireditev, v kateri je prevladovala beseda, izjemno milino, mladostno svežino, poživljaljoče veselje in radost. Deklice na odru so bile v dolgih belih oblekicah kot božični angeli. Pester in zanimiv pevsko-plesni program je prepletal daljše govore, med pesmimi pa smo slišali tudi sledeče: Primož Kerštanj: Praznovanje pomladi (splet belokranjskih ljudskih pesmi), Enio Morricone/Audrey Snyder: Nella Fantasia, Bruno Coulais: Sapice nad oceanom, Max Reger/Gašper Jereb: Maria wiegenlied, Elton John/Stefan Berglund: Border song, Linda Spevacek: Freedom train, Mark Hayes: Swingin' with the saints in Diana Novak: Venček evropskih božičnih pesmi. Dekliški pevski zbor Gimnazije Kranj se je v osemletnem obstoju razvil v enega najvidnejših slovenskih srednješolskih zborov. Pod zborovodsko taktirko Primoža Kerštanja in umetniško asistenco ustanoviteljice zбора, profesorice matematike Barbare Kušar se je njihovo ubrano deklisko večglasje uveljavilo tudi v mednarodnem prostoru. Poleg sodelovanj na domačih tekmovanjih, se zbor uveljavlja tudi na prireditvah v tujini. Zlata priznanja, ki jih podeljujejo prireditelji za najboljše dosežke zborov, je tako osvajal na tekmovanjih v Italiji (trikrat), Avstriji, na Slovaškem in v Južni Koreji. Zboru veliko pomeni vabilo na svetovno tekmovanje v provinci Changwon v Južni Koreji, ki so ga doživeli julija 2009, in zmaga v močni mednarodni konkurenci



Zbrane so nagovorili člani uprave UKCL (z desne): glavna medicinska sestra Erna Kos Grabnar, strokovna direktorica prof. dr. Brigita Drnovšek Olup in generalni direktor UKCL mag. Simon Vrhunec (levo dobitnik priznanja »Slovenija – zlata dediščina« Janez Zemljarič) (foto: Jolanda Kofol).

na tekmovanju In canto sul Garda v italijanski Rivi del Garda oktobra 2009. Leta 2010 se je zbor vrnil z mednarodnega tekmovanja v italijanskem Riminiju, kjer je prav tako osvojil dve zlati priznanji.

Zborovodja Primož Kerštanj ima znanje in pristop, s katerima pri pevcih dosega skorajda nemogoče, pa najsi bo to pri mladinskih ali odraslih pevskih zborih. Končal je pedagoški oddelek Akademije za glasbo v Ljubljani, strokovno pa se izpopolnjuje kot izbrani aktivni udeleženec vsakoletne Evropske akademije EUROPA CANTAT, namenjene mladim dirigentom. Udeležuje se tudi mednarodnih zborovskih simpozijev, v svoji karieri pa je vodil že več pevskih zborov: ŽPZ Milko Škoberne Jesenice, Vox Carniolus in od leta 2000 do 2010 Akademski pevski zbor France Prešeren Kranj. Dekliški pevski zbor Gimnazije Kranj vodi od pomladi 2006 in ga je pripeljal na zavidljivo raven. Z osvojenim enim srebrnim in kar enajstimi zlatimi priznanji na domačih in tujih tekmovanjih si je ustvaril sloves tudi v mednarodnem prostoru.

Vedri toni božičnih pesmi so zbrane oddaljili od vsakdanjega dela in približali prazničnemu času. Naj iz prazničnega voščila

predsednice KUD-a po Pavčkovi pesmi Angel rojstva pričakamo boljše »zlate« čase.

Ko pride dete na svet,
k njegovi zibeli
hodi uspavanke pet
angel snežnobeli.

To je angel vseh angelov,
angel rojstva, začetka,
boter za čudež nov
v verigi nasledka.

Pesem psalmov in hval
poje novorojencu,
in ta je kot bistri val
v žuborečem studencu.

S prhutanjem belih kril
angel nad zibko igra se
in obljublja namesto daril
detetu zlate čase.



Posterji razstave ob 35-letnici nove stavbe UKCL. Pred njimi so soavtorice (z leve): Senta Jaunig, Zvonka Zupanič Slavec in Sabina Vrhnjak. Oblikovanje Ivan Mori (foto: Duša Fischinger).



Nastajanje nove stavbe je javnosti predstavila prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, ki je prireditev tudi vodila (foto: Jolanda Kofol).



Dekliški pevski zbor Gimnazije Kranj ni zbranih osvojil le z mladostno svežino in prisrčnostjo, ampak predvsem z odličnim prepevanjem in izbornim programom pod taktirko prof. Primoža Kerštanja (foto: Jolanda Kofol).

Sprašujem

Draženka Latinović

Sprašujem ...
Sprašujem ...
Sprašujem ...
Kdo v resnici sem?

Ali sem tista, ki sama
pri sebi kdaj čutim
in mislim, da sem?

Ali sem tista, kakršno me včasih
doživljajo in cenijo drugi,
bližnji in daljni?

Ali sem tista, kakšno me
vidi in razume tisti,
ki ustvarja in presoja
vsa življenja,
ki me pozna
od zarodka do dni,
ki jih, razen Njega,
nihče ne more uzreti?

Ali sem tista, ki ji je naloženo,
da skozi neštete stiskalnice življenja
tudi sama v zahvalo
prinese pred noge Večnega
olje nepokvarljivega okusa?

Vse, kar delaš

Draženka Latinović

Vse, kar delaš
in želiš storiti,
glej, premisli,
se ozri na
različne strani,
se posvetuj in
naredi tako,
da ne bo v škodo
ne tebi, ne drugemu,
ne naravi in
ne v škodo
imenu Večnega.

Vse, kar delaš,
glej, premisli,
na moč se potruj,
goreče ustvarjaj,
da narediš tako,
da bo v prid
imenu Najvišjega,
vsej naravi,
bližnjemu in naposled tebi,
zagotovo.

Stvarnikova radodarna roka

Draženka Latinović

Naš Stvarnik ni skopuh,
ne žene ga pohlep
in ne napuh.

On je ustvarjalec
nad vsemi inovatorji,
nikoli mu ne zmanjka odrešilnih idej.

Dobrohotno in vztrajno nas vabi,
da mu prisluhnemo,
ga zaznamo, začutimo
in končno spoznamo,
ljudje pa se obotavljamo.

Vsa sreča, da je Najvišji
nad vse
potrpežljiv, ljubeč in blag,
da mu je vsak, ki mu prisluhne,
nepopisno drag.

Za vsakega je prihranil
prečudovit zaklad,
ki bo svetu prinesel
nov sad.

Če ljubiš človeka

Draženka Latinović

Če ljubiš človeka, še ne pomeni, da moraš
imeti rad vse njegove lastnosti in bolezni.

Če ljubiš človeka, še ne pomeni, da kdaj
ne zasovražiš vsega tarnanja in bolečine.

Če ljubiš človeka, še ne pomeni, da kdaj
ne prenašaš s težko muko vse vidne
neskrbi za lastno in tuje življenje.

Če ljubiš človeka, še ne pomeni, da ti kdaj,
kot bolniku ali zdravniku,
ni dovolj vsega, kar je nezdravo.

Humorni prispevki za Sisi

Kot je že tradicija, je aprilška Izida obogatena z nekoliko obsežnejšo humorno rubriko Sisi. Čeprav se zdi pomlad in prvi april še zelo daleč, vas že zdaj vabimo, da nam v uredništvo pošiljate humorne prispevke (prozna besedila, pesmi, risbe ...). Gradivo bomo zbirali do 5. marca in upamo, da nam bo skupaj uspelo pripraviti res zabavno Sisi.

Vabljeni!

Poet

Andrej Rant

V duši dolgo se nabira
gnev, srd, krivica, ki zatira
in vse, kar sega v dno srca ...
A drugič spet, nenadno kot trepet
z veseljem lepa misel me napolni,
kot žar, ljubezen, upe mi izpolni
da v duši občutim celi svet!

Jutro požene me v kolotek,
storiti moram to in to,
opravkov sto, dolžnosti na pretek ...
Minejo ure in mine dan, tako
zapravljen je vsakdan ...
Šele večer mi zaustavi uro –
odpravim se do kovačije
in stopim v svoj svet,
– v svetišče poezije ...

Tam najdem mir –
in duša poleti v nebo,
med zvezde v vsemir;
po žilah kri zapolje,
da mi pri srcu je toplo!

Besede varim, oblikujem,
misel kot vroče železo se iskri,
v žaru duše verze kujem
v pesem za bodoče dni!

Snežak

Andrej Rant

Star cilinder, beli frak,
oči ogljene, pa ni vrag;
vse noči na prostem čuje,
burji, mrazu on kljubuje,
metlo v rokah drži
in veselo se smeji ...

Nos mu je sumljivo rdeč,
vendar ne od mraza,
ali, da bi pil preveč;
kot koren štrli z obraza ...
Kdo le bil bi ta možak,
kdo ta čudni, beli spak?

Če ni strah ali prikazen,
znotraj votel, zunaj prazen,
potlej stavim en petak,
da je to le – stric snežak!

Sneg

Andrej Rant

Sneg zamel je steze,
ki v domove toplih src drže
in tihi, dolgočasni veter
prek mene in prek polja gre ...

Vrtijo v plesu se snežinke,
plesalke drobne v vetru se love,
ob vzdihih stare žalostinke,
ki med zidovi pridušeno mre ...

Odpirajo se vrata, neznane poti
in srca tujih, neznanih ljudi;
iztekajo se steze, leta odhite
in sreča včasih pride – a včasih mimo gre ...

Snežinke

Andrej Rant

Snežinke bele padajo
na pusti, mračni svet,
o sreči svoji sanjajo,
a kratek je njih let.

Snežinke bele padajo
v žalostno srce;
noč najino obujajo –
ljubezen ne umre!

Za novo leto to
želim ti srečo vso;
in kolikor snežink leti,
želim ti srečnih dni!

»Au«-foristična tinktura

Kratki aforizmi v beli halji z geografskim poreklom

Janez Tomažič

Neprestano jamranje v zdravstvu je posmrtna zmaga komunizma.

Za razumevanje nove organizacije 24-urne zdravstvene službe ni treba, da si neumen. Pomaga pa.

Lepo, da imamo zdravstvene reforme. Še lepše bi bilo, če jih ne bi imeli.

Ne motijo me deli zdravstvene politike, ki jih ne razumem, ampak tisti, ki jih.

Kadar se kakšen kolega strinja z mano, imam občutek, da se motim.

Iz vsakdanjega življenja Indije

Urška Gantar Rott



Sikhovska garda (New Delhi)



Priprava kurjave (Orcha)



Sodobni nosač



Vodonosca (Orcha)



Pomivalka posode (Orcha)



Krotilca kober (Jaipur)



Odličnež (Ajmer)



Prvo glasbilo (Pushkar)



Kotli za kuhanje riževega pudinga za muslimanske romarje (Ajmer)



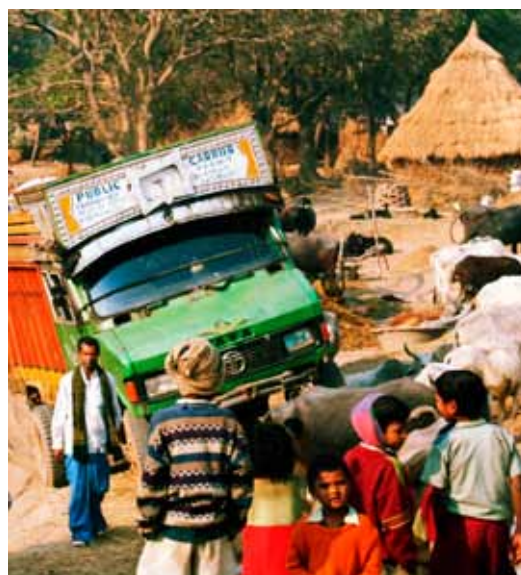
Muslimanske romarke (Ajmer)



Baba (Bodhgaya)



Življenje na ulici (Jaipur)



Javni prevoz (proti Rajgiru)



Očiščevanje v Gangesu (Varanasi)



Pred kremacijo trupla (Varanasi)

Strelsko tekmovanje

10. državno prvenstvo za zdravnike in zobozdravnike

Branko Košir

Vse, ki so smo se odločili, da lep majski dan preživimo v druženju s strelci, je mesto Ormož pričakalo z odprtimi rokami. Organizacijo letošnjega tekmovanja je prevzela Vesna Mele in skupaj s strelci SD Tovarne sladkorja Ormož so na 10-mestnem strelišču pripravili zelo dobro organizirano državno prvenstvo.

Že v zgodnjih dopoldanskih urah smo pričeli prihajati strelci iz celotne Slovenije. Najprej je organizator omogočil trening tekmovalcem, ki do sedaj še niso streljali. Tem so izkušenejši strelci pokazali osnove streljanja z zračno puško in zračno pištolo. Po uvodnem treningu se je v dveh skupinah zvrstilo 11 strelcev in strelk v konkurenci v streljanju z zračno pištolo, nato pa še 11 z zračno puško. Dodatno so streljali še trije strelci in strelke izven konkurence. Streljalo se je neomejeno število poskusnih strelcev in 40 strelcev za oceno. Med ženskami je z zračno puško in zračno pištolo dosegla najboljše rezultate Vesna Mele iz Ormoža, med moškimi pa je bil s puško najboljši Branko Košir iz Škofje Loke, s pištolo pa Armin Alibegović prav tako iz Škofje Loke. Na koncu so bili vsi zadovoljni, eni z uvrstitvami, drugi z izboljšanimi rezultati.

Sledilo je skupno kosilo v hotelu Ormož. Tekmovalci so pozabili na tekmovanje, v sproščenem vzdušju so se prepustili omamnim vonjavam srednjeveške kuhinje. A zdravniki ne bi bili zdravniki, zobozdravniki pa ne zobozdravniki, če ne bi pogovori med kosilom spet stekli v smeri streljanja in medicine (ali v obratnem vrstnem redu).

Ob koncu kosila je sledil še najlepši del tekmovanja – podelitev priznanj najboljšim tekmovalcem v obeh disciplinah. Tudi najboljši ekipi smo podelili nagrado. Ponovno so strelci iz štajerske regije prejeli velik pokal v trajen spomin. Prejemniki kolajn in pokala so se vsi veseli nastavili fotoaparatu in sledilo je poslavljanje in obljuba, da se naslednje leto v Ankaranu, kjer bo naslednje državno prvenstvo, spet vidimo in da bo vsak na tekmovanje pripeljal še nekaj novih tekmovalcev. Tistim, ki se tekmovanja in druženja niso udeležili, je lahko žal, se pa lahko prično pripravljati za naslednje državno tekmovanje ali pa gredo z nami na Svetovne zdravniške igre na Kanarske otoke.

Še nekaj statistike: tekmovanja se je udeležilo 11 tekmovalcev s pištolo in 11 tekmovalcev s puško. Rezultati so se pri večini tekmovalcev, ki so opravili vsaj nekaj treningov, od lani izboljšali. S takim napredkom se nam za medalje na Svetovnih zdravniških igrah ni treba bati. Zahvaljujemo se organizatorjem Vesni Mele ter strelcem SD TS Ormož za čudovito in nepozabno izpeljano tekmovanje v streljanju s standardno zračno pištolo in puško ter sponzorju farmacevtskemu podjetju Medis za odlično kosilo.



Zmagovalke v streljanju s puško. Z leve: Milena Šifrar Kopač (2. mesto), Vesna Mele (1. mesto) in Marija Avsenik (3. mesto).



Novinca na delu (Milena in Igor Kopač) (foto: Marija Avsenik).

Rezultati:

SEZNAM TEKMOVALCEV - PUŠKA

Ženske

Skupina A

Zap. št.	Priimek in ime	Regija
1.	Meško Bučanski Monika	štajerska regija
2.	Tetičkovič Ranfl Marta	štajerska regija

Skupina B

Zap. št.	Priimek in ime	Regija
1.	Mele Vesna	štajerska regija
2.	Šifrar Kopač Milena	gorenjska regija
3.	Avsenik Marija	ljubljska regija

SEZNAM TEKMOVALCEV - PIŠTOLA

Ženske

Skupina A

Zap. št.	Priimek in ime	Regija
1.	Petrovič Flotin Mirdana	štajerska regija
2.	Tetičkovič Ranfl Marta	štajerska regija

Skupina B

Zap. št.	Priimek in ime	Regija
1.	Mele Vesna	štajerska regija
2.	Avsenik Marija	ljubljska regija
3.	Šifrar Kopač Milena	gorenjska regija

SEZNAM TEKMOVALCEV - PUŠKA

Moški

Skupina A

Zap. št.	Priimek in ime	Regija
1.	Košir Branko	gorenjska regija
2.	Pevec Teodor	štajerska regija
3.	Drešček Marko	štajerska regija

Skupina B

Zap. št.	Priimek in ime	Regija
1.	Poledica Dragoljub	štajerska regija
2.	Kopač Igor	gorenjska regija
3.	Alibegovič Armin	štajerska regija

SEZNAM TEKMOVALCEV - PIŠTOLA

Moški

Skupina A

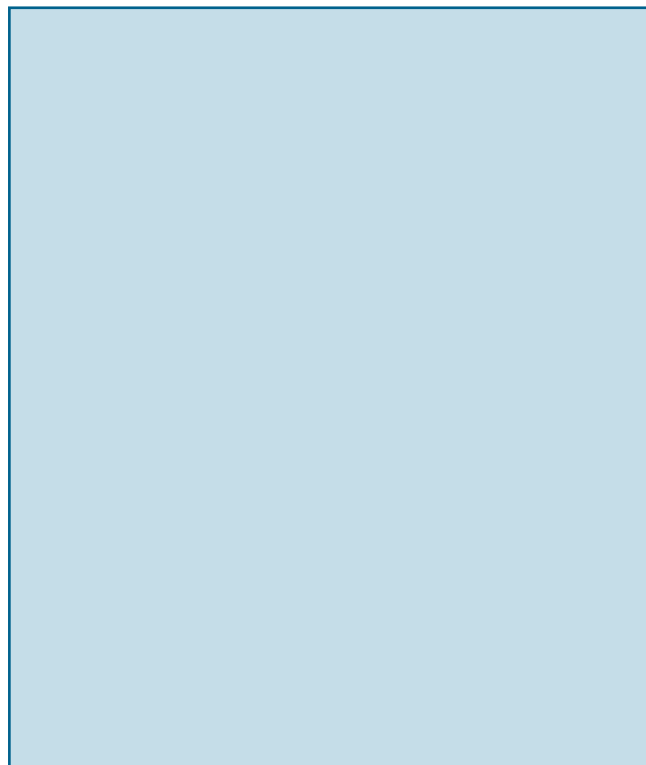
Zap. št.	Priimek in ime	Regija
1.	Košir Branko	gorenjska regija
2.	Pevec Teodor	štajerska regija
3.	Drešček Marko	štajerska regija

Skupina B

Zap. št.	Priimek in ime	Regija
1.	Alibegovič Armin	štajerska regija
2.	Poledica Dragoljub	štajerska regija
3.	Kopač Igor	gorenjska regija

EKIPNO

Zap. št.	Regija
1.	štajerska regija
2.	gorenjska regija
3.	ljubljska regija



Koliko zobozdravstva za 45 evrov letno

V Sloveniji je zobozdravstvo podhranjeno glede na potrebe prebivalstva, zavarovalnice mu namenijo za vzdrževanje oralnega zdravja premajhna sredstva (45 EUR za odrasle in 60 EUR za mladino). Omenjeni znesek je premajhen predvsem glede na visoko ceno dentalnih materialov. **Za primerjavo si oglejmo, kakšen delež BDP namenijo za oralno zdravje v evropskih državah: 0,93 v Avstriji, 0,40 povprečno v evropskih državah in le 0,14 v Sloveniji** (Delo, 27. 9. 2010). Torej v Avstriji namenijo za oralno zdravje šestkrat več kot pri nas. Naš letni znesek 45 EUR zadošča na primer le za eno plombo, torej pacient z večjo protetično rehabilitacijo porabi tudi deleže, namenjene drugim bolnikom. Močno omejena poraba je razlog za daljše čakalne dobe, katerim prispeva tudi visoka glavarina, ki samo teoretično omogoča dostop vseh zavarovancev do zobozdravnika. Ta dostop je nadalje otežen tudi zaradi dejstva, da kar **150 zobozdravnikov** dela brez koncesije in torej niso dostopni zavarovancem v mreži. Torej so zavarovanci samo navidezno deležni celotne oskrbe. Res je, da tudi v zahodnoevropskih državah zavarovalnice ne krijejo zobozdravstva v celoti, medtem ko v večini omenjenih držav, pa tudi v ZDA v celoti pokrivajo mladinsko zobozdravstvo do 18. leta s poudarkom na preventivi.

Vse to ima za posledico, da se oralno zdravje pri mladini in odrasli populaciji slabša in tako vpliva na njihovo celotno zdravje, kar potrjuje tudi naslednja letošnja ugotovitev oziroma potrditev SZO: »Svetovna zdravstvena organizacija je uvrstila ustne bolezni (zobno gnilobo in vnetja obzobnih tkiv) med glavne skupine kroničnih bolezni, kot so: srčno-žilne bolezni,

raki, kronične respiratorne bolezni in sladkor-na bolezen. Slabo ustno higieno pa je označila kot samostojen rizični faktor.« (Isis, november 2010, str. 18.)

Zadnjih deset let odgovorne republiške ustanove niso storile odločnih korakov, da bi položaj sistemsko rešile oz. uredile. Niso na primer odločno izvedle »reza«, komu in kakšno zobozdravstveno oskrbo naj zavarovanje krije (ter tega zavarovancem tudi jasno povedale, da ti od zobozdravnikov ne bi pričakovali oz. zahtevali tistih storitev in materialov, ki niso pokriti). Morda pa bo do bolj pravičnega in razumljivega reza v zobozdravstvu prišlo v letu 2011 glede na zapis novinarka Dela, da je minister za zdravje ugotovil, da mu obstoječa »glavarina« ni všeč in da bo pozval zobozdravstveno stroko, da sama pripravi program sprememb v zobozdravstvu. Če se to zgodi, bodo poklicani dobili pomembno nalogo, da s konsenzom pripravijo ustrezen program.

Posebno poglavje pa je tudi podpisovanje vsakoletnih pogodb med »partnerji«, kjer se zobozdravstvo vedno slabo odreže in so zobozdravstveni predlogi in zahteve s strani prisotnih zastopnikov zdravstva slabo podprti, menda zaradi nezadostnega poznavanja obravnavane zobozdravstvene problematike. V zvezi s temi pogajanjmi kroži krilatca, da razprava o zobozdravstvu pride običajno na vrsto na koncu, ko udeleženci že segajo po plaščih in klobukih, ter se ponavadi slabo konča. Upajmo, da pri pogajanjih za leto 2011 ne bo tako.

Vito Vrbič

prejšnji nacionalni koordinator za oralno zdravje



Pošljite nam medicinsko fotografijo, ki bo polepšala naslovnico Izide

Spoštovani zdravniki in zobozdravniki, bralci revije Isis,

v prihodnje bomo na naslovnica objavljali estetsko zanimive medicinske fotografije (npr. zanimiv detajl iz ordinacije ali operacijskega polja, barvno lep tomogram ali mikrofotografija ...), zato vas vabimo, da nam fotografije, skupaj s kratkim opisom, pošljete do 5. v mesecu na naslov isis@zzs-mcs.si. Uredniški odbor bo na svojem vsakomesečnem sestanku izbral zmagovalno fotografijo, ki bo krasila naslednjo številko Izide.

Vabljeni k sodelovanju!

