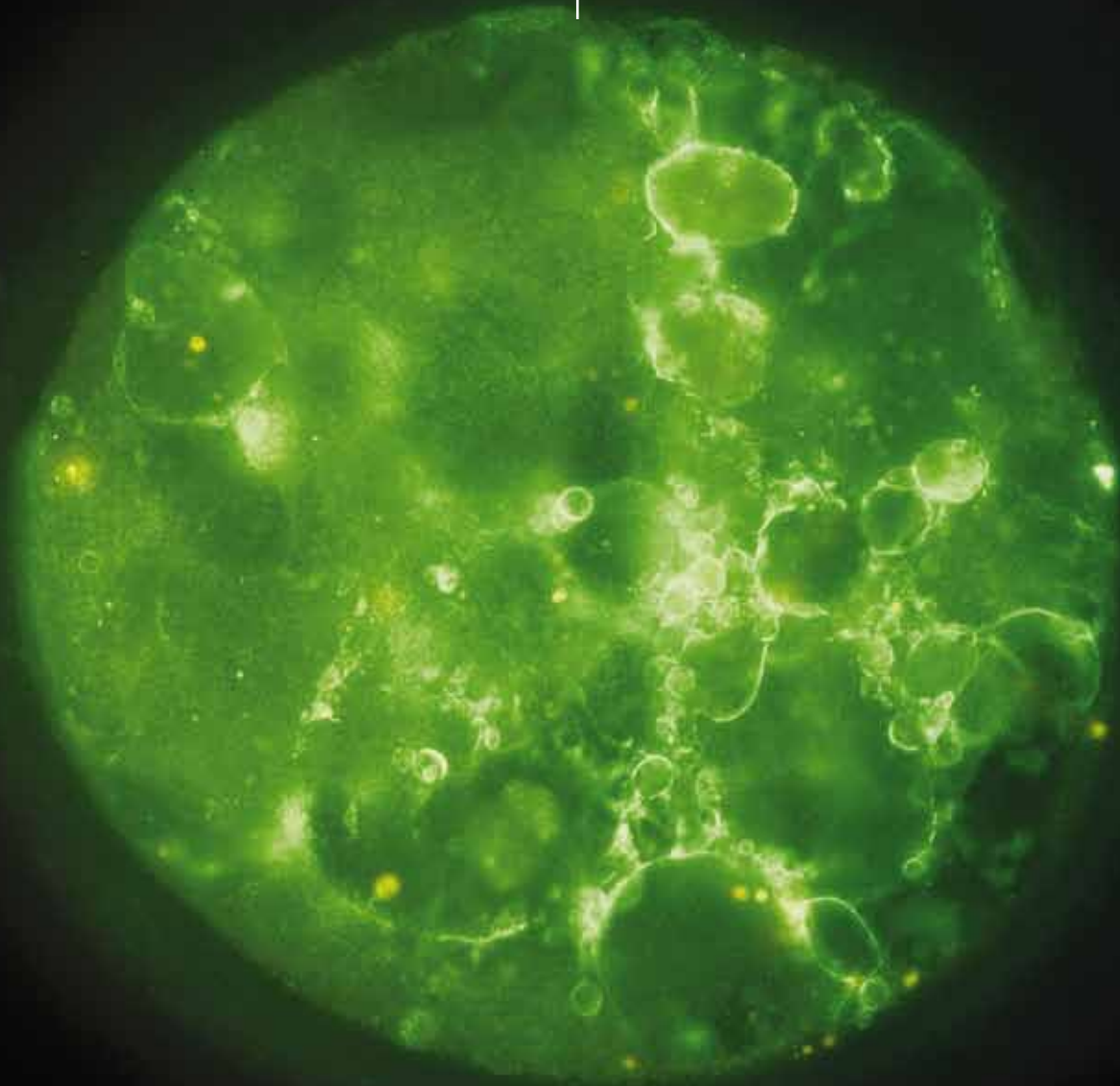


# ISIS





## Spoštovani zdravnice in zobozdravnice, zdravniki in zobozdravniki!

Zdravniki/zobozdravniki delamo z bolniki. Delo je naporno in odgovorno, saj bolniki od nas pričakujejo nezmotljivost, čas in zdravje. Smo strokovnjaki, a vsak za svoje področje. Včasih se znajdemo v stiski, ki je sami ne zmoremo razrešiti in potrebujemo pomoč, nasvet, poslušalca.

**V STISKI NISI SAM!**

Z veseljem Vas obveščamo, da je Zdravniška zbornica Slovenije v sodelovanju s prostovoljci (zdravniki in zobozdravniki) sestavila skupino za pomoč zdravnikom in zobozdravnikom ter njihovim svojcem v stiski.

**Vam in vašim svojcem bomo  
ANONIMNO nudili pomoč v težavah in  
pomagali pri iskanju ustreznih rešitev!**

**Pokličite nas na  
ANONIMNO telefonsko številko:**

**01 307 2222**

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

# Zdravnik in zobozdravnik – svoboden poklic?

*Sabina Markoli*

*Vsakdo ima pravico do osebne svobode (19. člen Ustave RS).*

*Zagotovljena je svoboda izražanja misli, govora in javnega nastopanja, tiska in drugih oblik javnega obveščanja in izražanja. Vsakdo lahko svobodno zbira, sprejema in širi vesti in mnenja (39. člen Ustave RS).*

*Zagotovljena je svoboda dela.*

*Vsakdo prosto izbira zaposlitev.*

*Vsakomur je pod enakimi pogoji dostopno vsako delovno mesto.*

*Prisilno delo je prepovedano (49. člen Ustave RS).*

To je nekaj členov iz Ustave Republike Slovenije, ki velja za vse državljanke in državljane. Tako menda tudi za zdravnike in zobozdravnike, čeprav nekateri politični odločevalci želijo drugače in si za to tudi prizadevajo. Direktor ZZZZ govori celo o letu 1923 in si želi, da bi tudi z zdravniki in zobozdravniki neposredno upravljala kar zdravstvena zavarovalnica. Podobne želje imajo tudi direktorji zdravstvenih domov in bolnišnic. Vsi skupaj pa zagovarjajo celo nekaj podobnega, kot je bilo podeljevanje dekretov.

Zdravniki in zobozdravniki smo mezdni delavci, podobno kot v letu 1923. Takšno situacijo, torej maksimalen nadzor nad najvišje izobraženim kadrom, si želijo politiki, pravniki, ekonomisti in vsi tisti, ki vidijo v delovanju zdravstvenega sistema priložnost za dober zaslužek.

Nekajkrat sem že zapisala, da smo v zdravstvenem sistemu na najslabšem neposredni izvajalci (zdravniki in zobozdravniki) ter neposredni uporabniki (državljanke in državljani). Pogajanja med partnerji za splošni dogovor potekajo po principu moči, zmaga pa tisti, ki ima škarje in platno, beri denar. Vsi predlogi zbornice za aneks k splošnemu dogovoru, razen referenčnih ambulant, so bili s strani ZZZZ zavrnjeni in gredo na arbitražo z obrazložitvijo, da ni dodatnih sredstev. Paradoks je, da teh sredstev ne najdemo za določene širitve programov v zdravstvu in ustrezno vrednotenje zdravstvenih storitev, medtem ko država na veliko deli denar »uspešnim« finančnim in gospodarskim institucijam ali celo nekaterim državam, torej tistim, ki so pravzaprav krive za recesijo.

Res je, da je zdravstvena storitev v bistvu javna in tako po neki definiciji sodi v javni sektor, vendar je velik delež zdravstvene storitve gospodarsko naravnan (prostori za izvajanje, aparature, materiali, programska oprema ...). Glede na to, da je zdravstvo dejavnost,

ki si ne more privoščiti stečaja, obstaja bojazen, da se bodo pojavile težnje političnih odločevalcev in novodobnih kapitalistov po resnični privatizaciji zdravstvenih ustanov, v kateri pa bomo težko sodelovali zdravniki in zobozdravniki, saj imamo premalo finančnega kapitala. Morda pa bi morali zdravniki in zobozdravniki, ki nam je še dovoljeno, da svoj poklic opravljamo izven TOZD-ov in SOZD-ov, ustanoviti kar svojega »LL Grosista«?

Praktično neverjetno je, da imajo dobavitelji v zdravstvu kljub recesiji še vedno velike dobičke, da so ti ob farmacevtski industriji in drugih gospodarskih subjektih, ki se napajajo iz zdravstva (predvsem javnega), paradni konji slovenskega gospodarstva. To pomeni, da sta javni in gospodarski sektor trdno povezana in eden brez drugega ne moreta delovati. V obeh sektorjih so na najslabšem neposredni izvajalci, katerih delo je neustrezno ovrednoteno. Med neposredne izvajalce v javnem sektorju pa se uvrščamo tudi zdravniki in zobozdravniki. Glede na to, da je večina zdravnikov, za razliko od zobozdravnikov, še vedno zaposlena v TOZD-ih in SOZD-ih, se njihov glas in predlagane rešitve za določeno problematiko ne slišijo dovolj. Celo nasprotno, v večini primerov morajo biti tiho, saj so lahko za kakšen povišan glas celo sankcionirani s strani »lastnikov«. V primeru zdravstva so to na posreden način politične stranke in uprave z direktorji.

Edini glas skupine najvišje izobraženih državljanov je lahko v tem primeru zdravniška zbornica, ki je zaradi tega za politiko tudi zelo moteča. Zato je avtonomno delovanje zbornice za zdravnike in zobozdravnike izjemnega pomena. Le tako je namreč moč ustvariti pogoje za delovanje takšnega zdravstvenega sistema, ki bo zdravnikom in zobozdravnikom omogočal nemoteno in kakovostno delo in bo hkrati varen za naše paciente. V tej luči ter zaradi določenih specifičnosti zobozdravniškega poklica pa gre razumeti tudi dolgotrajna razmišljanja zobozdravnikov o lastni zbornici. Ne zaradi želje razbiti Zdravniško zbornico Slovenije, jo oslabiti ali celo vnesti razdor med zdravnike in zobozdravnike. Gre za željo narediti, kar je mogoče, za izboljšanje položaja slovenskih zobozdravnikov. Slovensko zdravništvo in zobozdravništvo je vseskozi sodelovalo in bo moralo tudi v prihodnje. Zato bi si želeli, da bi nas kolegi zdravniki razumeli, nas podprli v naših prizadevanjih, nam kolegialno pomagali in z nami še naprej sodelovali.

# UVODNIK

Sicer pa je priložnost za izhod iz krize, v kateri smo se znašli, tudi v boljšem vrednotenju dela neposrednih izvajalcev v javnem in gospodarskem sektorju. Več denarja bodo imeli ljudje, večja bo potrošnja, lažje bo zaživelo tako opevano gospodarstvo. Banke naj sprostijo svoj kreditni krč in naj ugodno kreditirajo prebivalstvo in zdrave gospodarske subjekte. Sredstva morajo krožiti ob ustrezni regulaciji, tudi in predvsem med gospodarskim in javnim sektorjem. Po drugi strani pa bi se lahko vrnilo tudi v leto 1923, kot si očitno želijo nekateri, ko marsičesa ljudje niso imeli in marsičesa tudi niso potrebovali. Življenjska doba je bila takrat krajša, zato pa tudi izdatki za zdravstvo manjši.

Ekonomija je v bistvu gospodinjska logika in je bolj preprosta znanost kot zdravstvo, pa čeprav bodo ekonomisti in pravniki temu oporekali. Na sliki sem s svojo hčerko in tudi zaradi nje ne bom kar tako dopustila, da se vrnemo v leto 1923, ko ženske niso imele niti volilne pravice. Ali pa v čas, ko so nekatere ženske preprosto razglasili za čarovnice in jih zažgali na grmadi. Ali morda kakšen gospod na položaju razmišlja celo o tem zgodovinskem času?

Spoštovani kolegi in kolegice, pomembno je, da ohranimo moralne in etične vrednote. Zelo pomembno pa je tudi, da ohranimo svobodno in avtonomno izvajanje poklica zdravnik in zobozdravnik.



V skladu z določili Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP in 58/08) in Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov (Uradni list RS, št. 22/09, 42/09 in 22/10) Zdravniška zbornica Slovenije objavlja

## **NAJAVO O OBJAVI JAVNEGA RAZPISA SPECIALIZACIJ ZA POSAMEZNA SPECIALISTIČNA PODROČJA DENTALNE MEDICINE**

Predvidoma v juniju 2011 bosta na spletnih straneh Zdravniške zbornice Slovenije objavljena javna razpisa specializacij za posamezna specialistična področja dentalne medicine:

- javni razpis specializacij za posamezna specialistična področja dentalne medicine za potrebe javne zdravstvene mreže in
- javni razpis specializacij za posamezna specialistična področja dentalne medicine z znanim plačnikom.



## Impressum

LETO XX., ŠT. 6, 1. junij 2011  
natisnjeno 8700 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,  
1001 Ljubljana  
W: <http://www.zdravnikazbornica.si>  
T: 01/ 30 72 100, F: 01/ 30 72 109  
E: [gp.zzs@zss-mcs.si](mailto:gp.zzs@zss-mcs.si)  
Transakcijski račun: 02014-0014268276

### PRESEDNICA / PRESIDENT

prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med.

### UREDNIŠTVO / EDITORIAL OFFICE

Dunajska cesta 162, p. p. 439,  
1001 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](mailto: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](mailto: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](mailto: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. Črt Marinček, 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 Zwitter, 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. 439,

1001 Ljubljana

T: 01/ 30 72 152, F: 01/ 30 72 109

E: [isis@zss-mcs.si](mailto: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, 1000 Ljubljana

## Navodila avtorjem

Rok oddaje vseh prispevkov za objavo v reviji Isis je do 5. v mesecu za naslednji mesec. Članke oddajte v elektronski obliki. Dolžina člankov je omejena na 30.000 znakov – šteje 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 ustreznice, morate tujo besedo ali besedno zvezo, ko jo uvedete v besedilo, razložiti.

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

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

## Poročila s strokovnih srečanj

Dolžina prispevka je omejena na največ 10.000 znakov (šteje 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 (šteje 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

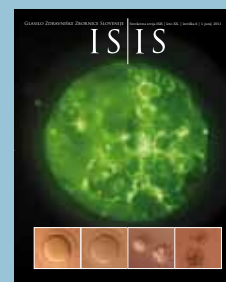
Franci Bečan, dr. med., ZD Kranj • Prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med., Univerzitetni klinični center Maribor • Tina Bregant, dr. med., specializantka v ljubljanski regiji • Branko Brinšek, dr. med., Psihiatrična bolnišnica Begunje • Prof. dr. Tanja Čufer, dr. med., Bolnišnica Golnik, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo • Asist. Davorin Dajčman, dr. med., Univerzitetni klinični center Maribor • Prim. Marko Demšar, dr. med., Ljubljana • Prim. Marjan Fortuna, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, SPS Interna klinika • Tatjana Frelj, dr. med., Inštitut za varovanje zdravja RS • Izr. prof. dr. Nenad Funduk, dr. dent. med., Ljubljana • Stanko Grabljevec, univ. dipl. org., dipl. zn. • Saša Kadivec • Zdenko Kikec, dr. med., SB Slovenj Gradec • Mag. Maja Klančnik Gruden, prof. zdrav. vzg. • Prof. dr. Boris Klun, dr. med., Ljubljana • Lea Knez, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik • 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 • Izr. prof. dr. Mitja Košnik, dr. med., višji svetnik, Bolnišnica Golnik, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo • Andreja Krt Lah, dr. med., Zavod za zdravstveno varstvo Kranj • Sabina Markoli, dr. dent. med., Zdravniška zbornica Slovenije • Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana • Prim. mag. Brane Mežnar, dr. med., Zdravniška zbornica Slovenije • Jelka Mlakar, viš. med. ses., Univerzitetni klinični center Ljubljana • Aleš Mrhar, Fakulteta za farmacijo, Univerza v Ljubljani • Kristjan Omahen, dr. med., SB Celje • Izr. prof. dr. Maja Ovsenik, dr. dent. med., Univerzitetni klinični center, SPS Stomatološka klinika • Prim. Dušica Pleterski Rigler, dr. med., Ljubljana • Doc. dr. Tonka Poplas Susič, dr. med., ZD Ljubljana,

Enota ZD Šentvid • Prof. dr. Janko Popovič, dr. med., Ljubljana • Andrej Rant, dr. dent. med., Ljubljana • Dr. Tihomir Ratkajec, dr. med., Medicina dela Rogaška, d. o. o., Rogaška Slatina • Prim. Jelka Reberssek Gorišek, dr. med., Univerzitetni klinični center Maribor • Prim. dr. Zlata Remškar, dr. med., Bolnišnica Golnik, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo • Jože Robida, dr. med., SB Celje • Dr. Andrej Robida, dr. med., Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave • Prim. doc. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med., Zdravniška zbornica Slovenije • Prof. dr. Tomaž Rott, dr. med., Ljubljana • Darinka Strmole, dr. med., ZD Trbovlje • Katja Sušnik • Mario Šargač, univ. dipl. inž. arh. • Danica Šprajcar, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik • Prof. dr. Igor Švab, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino • Jurij Švajger, Univerzitetni rehabilitacijski inštitut RS Soča • Izr. prof. dr. Stanislav Šuško, dr. med., Bolnišnica Golnik, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo • Prim. mag. Iztok Tomazin, dr. med., Osnovno zdravstvo Gorenjske, ZD Trzic • Doc. dr. Tatjana Tomazo Ravnik, Kranj • Marta Tome, dr. dent. med., ZD Celje • Prim. Nadja Triller, dr. med., Bolnišnica Golnik, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo • Dr. Alenka Trop Skaza, dr. med., Zavod za zdravstveno varstvo Celje • Domen Vidmar, dr. dent. med., VIDMAR & CO., zobozdravstvo, k. d., Ljubljana • Moja Vrečar, MBA, Zdravniška zbornica Slovenije • Prim. dr. Velimir Vuličič, dr. dent. med., Domžale • Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Inštitut za zgodovino medicine • Izr. prof. dr. Matjaž Zwitter, dr. med., Onkološki inštitut Ljubljana

Na naslovnici vidimo posnetke jajčnih celic in zarodkov v programu zunajtelesne oploditve za zdravljenje neplodnosti na Ginekološki kliniki, Univerzitetni klinični center Ljubljana. Po hormonskem vzpodbujanju jajčnikov so s pomočjo ultrazvoka pridobljene jajčne celice, ki se, če pride do oploditve, razvijejo v zarodke. Po prenosu

zarodkov v maternico se vsako leto rodi več kot 400 otrok pri parih z najtežjimi oblikami neplodnosti.

*Avtorici fotografij: Irma Virant Klun in Katja Knez  
Avtor logotipa: Primož Kalan  
Oblikovanje naslovnice: Andrej Schulz*



## Kazalo

### ■ UVODNIK

Zdravnik in zobozdravnik – svoboden poklic? 3  
*Sabina Markoli*

### ■ ZBORNICA

Sklep Razsodišča ZZS 8  
Zdravnikovo posredovanje za bolnika  
neprijetnih, nepričakovanih ali motečih podatkov 9  
*Danica Rotar Pavlič, Branko Brinšek, Dušica Pleterski Rigler, Matjaz Zwitter*  
Seminarji in delavnice za člane zbornice 11  
Vtisi z delavnice Komunikacija in razumevanje drugačnosti 12  
*Darinka Strmole*  
Pa ga imamo, naš Domus Medica! 14  
*Marko Demšar*  
Informacija o pobudi zdravniške zbornice,  
da zdravnikom zagotovi varovana stanovanja 15  
*Pavle Kornbauser, Janko Popovič, Marko Demšar*  
Iz dela zbornice 15  
Prisotnost poslancev na sejah  
skupščine zbornice v mandatu 2008–2012 19

### ■ ČLANI ZBORNICE NAM PIŠEJO

Ura zgodovine 22  
*Domen Vidmar*  
Spoštovani kolega Vidmar, dragi Domen 24  
*Nenad Funduk*

### ■ PERSONALIA

Dosežen doktorski naslov na  
Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru 25  
Opravljeni specialistični izpiti 25

### ■ IZ EVROPE

Rezultati raziskave o hrvaški korupciji v letu 2010 26  
*Boris Klun*  
Zdravnice in zdravniki se morajo zavarovati 27  
*Marjan Kordaš*  
Šolski zdravniki: pravna  
negotovost pri stranskih učinkih cepljenja 27  
*Marjan Kordaš*

Zgornja Avstrija: Sporna reforma bolnišnic 28  
*Marjan Kordaš*  
Zaradi poškodbe nastajajo dvomi o cepljenju v šoli 28  
*Marjan Kordaš*

### ■ ZDRAVSTVO

Zaznavanje groženj in ocena  
tveganja za javno zdravje v Evropski uniji 29  
*Tatjana Freljih, Andreja Krt Lab*  
Klinika Golnik in URI – Soča pridobili  
status akreditiranih zdravstvenih organizacij 31  
*Danica Šprajcar, Jurij Švajger*  
Zdravnik in družba 31  
*Nina Mazi*  
Dvoletne izkušnje zastopništva pacientovih pravic 35  
*Zlata Remškar*  
Prireditev odličnosti 37  
*Marko Demšar*

### ■ FORUM

Komentar k članku »Klinika Golnik postala članica  
Mednarodne mreže za promocijo zdravja v bolnišnicah« 38  
*Andrej Robida*  
Odgovor zdravnici Tatjani Freljih glede priznavanja  
kreditnih točk za udeležbe na stalnem  
podiplomskem usposabljanju, pridobljenih v tujini 38  
*Mojca Vrečar*  
Čakalne dobe v zdravstvu 39  
*Marjan Fortuna*  
Izzivi sodobnega zdravstva  
v razmerah politizacije njegovih težav 40  
*Davorin Dajčman*  
Poučen primer iz medicine dela 41  
*Tibomir Ratkajec*

### ■ IZ ZGODOVINE MEDICINE

Akad. prof. dr. prava in dr. med. Janez Milčinski 43  
*Tomaž Rott*  
Kratek pregled začetkov  
povojnega zobozdravstva na Slovenskem 50  
*Velimir Vulikić*



## Pošljite nam medicinsko fotografijo, ki bo polepšala naslovnico Izide

Spoštovani zdravniki in zobozdravniki, bralci revije Isis,

v letošnjem letu na naslovnica objavljamo 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](mailto:isis@zzs-mcs.si). Uredniški odbor bo na svojem vsakomesečnem sestanku izbral zmagovalno fotografijo, ki bo krasila naslednjo številko Izide.

Vabljeni k sodelovanju!

### ZANIMIVO

Zdravi športniki specialne olimpijade 53

*Marta Tome*

Dostojevski in epilepsija 54

*Zvonka Zupanič Slavec*

Avstrijski portretist

črnih tonov Egon Schiele (1890–1918) 56

*Tatjana Tomazo Ravnik, Zvonka Zupanič Slavec*

### MEDICINA

Obravnavanje varnostnih zapletov, ki nastanejo med zdravstveno oskrbo pacientov v

Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana 58

*Dušica Pleterski Rigler, Stanko Grabljevec, Jelka Mlakar, Maja Klančnik Gruden, Mario Šargač*

Klinična farmacija – priložnost in prednost

za bolnike na sistemskem zdravljenju raka 64

*Lea Knez, Nadja Triller, Aleš Mrbar, Tanja Čufer*

Strokovno srečanje o kolorektalnem

karcinomu v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec 65

*Zdenko Kikec*

Zlom kolka v Sloveniji 2000–2010 67

*Kristjan Omahen*

Na dokazih temelječa gorska urgentna medicina 68

*Iztok Tomazin*

Otroška kirurgija v Sloveniji res velik korak nazaj?! 70

*Lokalni organizacijski odbor*

1. Laknerjevi dnevi 72

*Jože Robida*

Strokovni posvet o cepljenju v celjski regiji 73

*Alenka Trop Skaza*

Prvo usposabljanje diplomiranih medicinskih sester za delo

z bolniki z astmo in KOPB v referenčnih ambulantah 74

*Stanislav Suškovič, Tonka Poplas Susič, Saša Kadivec, Katja Sušnik, Igor Švab, Mitja Košnik*

Delavnica »Obravnava družin s kronično

bolnimi otroki« z vidika družinske terapije 76

*Tina Bregant*

Mednarodno srečanju Egiptovskega

ortodontskega društva ob njegovi 25-letnici 77

*Maja Ovsenik*

### OBLETNICA

20-letnica mariborskih srečanj Medicina in pravo 78

*Jelka Reberšek Gorišek*

Razvoj ljubljanske bolnišnice od ustanovitve

do konca prve svetovne vojne (1786–1918) 80

*Zvonka Zupanič Slavec*

### V SPOMIN

Prim. Jože Marolt, dr. med. (1928–2010) 86

*Branko Košir*

### S KNJIŽNE POLICE

Nedelja. Cerkevni list Krške škofije

(ustanovljen 1926), št. 10, 6. marec 2011 87

*Marjan Kordaš*

### STROKOVNA SREČANJA 90

### MALI OGLASI 96

### ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

Mrtvaški ples (Hrastovlje) 98

*Andrej Rant*

Peščeno zrno 98

*Andrej Rant*

Moji otroci 98

*Andrej Rant*

Tujec v ambulanti 98

*Andrej Rant*

Tadž Mahal 99

*Franci Bečan*

### ZAVODNIK

Ali so pred Zakonom o izvajanju

zdravstvene dejavnosti res vsi

državljeni Republike Slovenije enakovredni? 101

*Martin Bigec*



# Sklep

Razsodišče pri Zdravniški zbornici Slovenije je v senatu na I. stopnji (v nadaljnjem besedilu: Razsodišče), pod predsedstvom prim. mag. Braneta Mežnarja, dr. med., in članoma prof. dr. Rastkom Golouhom, dr. med., in Alenko Kafol Šušteršič, dr. med., v zadevi opr. št. R-11/2010, zoper zdravnico v postopku Katarino Lucijo Glas, dr. med., spec. splošne medicine, zaradi kršitve 3. člena Kodeksa medicinske deontologije Slovenije (v nadaljnjem besedilu: Kodeks), po obtožnici tožilca Zdravniške zbornice Slovenije prof. dr. Jožeta Balazica, dr. med. (v nadaljnjem besedilu: tožilec), št. T-34/2010-R-11/2010 z dne 4. 11. 2010, v prisotnosti zdravnice v postopku in tožilca, opravilo sejo senata dne 7. 3. 2011 ter na podlagi 27. člena Pravilnika o organizaciji in delu Razsodišča (v nadaljevanju: Pravilnik)

## I. sklenilo:

**Katarina Lucija Glas, dr. med., spec. splošne medicine, je odgovorna,**

da je kot zdravnica večkrat predpisovala homeopatske pripravke gospe M. B., prav tako ji je svetovala, kako naj homeopatska zdravila jemlje. Zdravnica ima registrirano podjetje, kjer izven delovnega časa deluje kot homeopatska zdravilka. Homeopatijo je kot zdravilka uporabila tudi pri drugih bolnikih.

**S svojim ravnanjem je Katarina Lucija Glas, dr. med., spec. splošne medicine, kršila 3. člen Kodeksa medicinske deontologije Slovenije, zato ji Razsodišče na podlagi 40. člena Pravilnika izreka disciplinski ukrep JAVNI OPOMIN.**

## II. obrazložitev:

Gospod A. D. je dne 13. 1. 2010 poslal na Zdravniško zbornico Slovenije vlogo za obravnavanje domnevnih nepravilnosti zdravljenja bolnice M. B., pri kateri je zdravnica Katarina Lucija Glas, dr. med., uporabljala homeopatske zdravilske metode. Poleg opisa domnevnih nepravilnosti je priložil še medicinsko in drugo dokumentacijo ter protokole o klasični homeopatski zdravilski obravnavi, ki jih je vodila in izpolnjevala Katarina Lucija Glas, dr. med. Vlogo je obravnaval Odbor za strokovno-medicinska vprašanja Zdravniške zbornice Slovenije, ki je na podlagi ugotovitev ekspertnega strokovnega nadzora z dne 7. 6. 2010 zaradi suma nedovoljenega zdravljenja s homeopatijo sklenil primer odstopiti tožilcu.

Tožilec je dne 4. 11. 2010 vložil obtožnico, v kateri Katarini Luciji Glas, dr. med. (v nadaljnjem besedilu: zdravnica v postopku), očita predpisovanje in svetovanje pri jemanju homeopatskih pripravkov. Zdravnica Katarina Lucija Glas, dr. med., ima tudi registrirano podjetje za zdravstveno svetovanje pri homeopatskem samozdravljenju, sicer pa je redno zaposlena kot specialistka splošne medicine in urgentna zdravnica v ZD Litija. Tožilec je zaradi suma kršitve 3. člena Kodeksa, ki zdravnika obvezuje, da pri zdravljenju uporablja

samo tiste diagnostične in terapevtske metode, ki so znanstveno utemeljene in strokovno sprejete, predlagal ukrep javnega opomina. Zdravnica v postopku je dne 1. 12. 2010 pravočasno pisno odgovorila na obtožnico. V odgovoru se sklicuje na že podano pisno pojasnilo po opravljenem ekspertnem nadzoru, posebej pa dodaja, da zaradi njenih ukrepov zdravstveno stanje bolnice M. B. ni bilo prizadeto.

Senat Razsodišča I. stopnje pod predsedstvom prim. mag. Braneta Mežnarja, dr. med., in članoma prof. dr. Rastkom Golouhom, dr. med., in Alenko Kafol Šušteršič, dr. med., je dne 7. 3. 2011 izvedel glavno obravnavo v prisotnosti zdravnice v postopku in njenega odvetnika ter tožilca. Po branju obtožnice zdravnica v postopku pove, da želi svojim pisnim pojasnilom dodati, da ji je bolnica M. B. kot zdravnici zaupala, ker je bila seznanjena z njenim homeopatskim zdravlilstvom. Predsednik je zdravnico v postopku seznanil z vsem pisnim dokaznim gradivom. Katarina Lucija Glas, dr. med., je potrdila, da je bolnici M. B. večkrat po letu 2006 predpisala homeopatske pripravke, enako tudi drugim bolnikom, vendar tega nikoli ni počela v ambulantnih prostorih zdravstvenega doma ali med opravljanjem zdravniškega dela. Prav tako ni odsvetovala ali menjala zdravil, ki so bila predpisana bolnici M. B. s strani osebne zdravnice ali specialistov. Na vprašanje, ali ima svojo spletno stran za svetovanje o homeopatskem zdravlilstvu, odgovori, da je nima, pridobila pa je naziv diplomirana homeopatinja. Seznanjena je, da v Sloveniji zdravnikom z licenco ni dovoljeno ukvarjanje s homeopatijo, vendar je mislila, da se s tem lahko ukvarja, ko ne dela v ambulanti ali dežurstvu oziroma urgenci. Pove tudi, da sodeluje v neki prospektivni raziskavi o domnevnih učinkih homeopatije v okviru Katedre za družinsko medicino, za katero je bilo pridobljeno soglasje Komisije za medicinsko etiko. Na vprašanje senata, za kakšen način obravnave bolnika gre pri homeopatiji, zdravnica v postopku pove, da v konkretnem primeru bolnice M. B. ni zdravila, ampak je zgolj s predpisovanjem homeopatskih pripravkov pomagala simptomatsko blažiti lažje zdravstvene težave (bolečine, zaprtje, nespečnost, težave s hojo), na splošno pa lahko obravnava bolnika tudi celostno, izjemoma celo pri malignih tumorjih. Na vprašanje tožilca, ali se je po opravljenem nadzoru še ukvarjala s homeopatskim zdravlilstvom, zdravnica pritrди, za vnaprej pa se bo še odločila. Tožilec je nato predlagal modifikacijo obtožnice in predlagal izrek ukrepa odvzema licence. Na predlog odvetnika zdravnice v postopku predsednik senata prekine sejo senata za 10 minut, da se lahko posvetujeta. V nadaljevanju obravnave Katarina Lucija Glas, dr. med., na ponovno precizno postavljeno vprašanje tožilcu o ukvarjanju s homeopatskim zdravlilstvom v bodoče pove, da bo spoštovala veljavno zakonodajo in se odpoveduje uporabi homeopatije, dokler bo opravljala delo zdravnika z licenco. Na podlagi povedanega tožilec odstopi od spremembe obtožnice in vztraja na prvotni obtožnici.



Senat je na podlagi pisnih dokazov in odgovorov zdravnice v postopku nedvomno ugotovil, da je kolegica kot zdravnica specialistka družinske medicine pri obravnavi bolnice M. B. izven rednega ambulantnega dela predpisovala homeopatske pripravke, kar pomeni kršitev 3. člena Kodeksa, ker pri zdravniškem delu ni uporabljala diagnostičnih in terapevtskih metod, ki so znanstveno utemeljene in strokovno sprejete. Ima registrirano podjetje za homeopatsko svetovanje, čeprav je seznanjena z veljavno zakonodajo in prepovedjo uporabe homeopatije pri zdravniškem delu. Senat ni sledil njenemu zagovoru, da prepoved velja samo za redno delo v ambulanti. Kot olajševalno okoliščino je senat ocenil, da ni dokazov o poslabšanju zdravja bolnice M. B. ali o opuščanju priporočene zdravljenja s strani izbrane zdravnice in specialistov konzultantov, upošteval pa je tudi njeno zavezo o takojšnji opustitvi

homeopatskih oziroma z zakonom prepovedanih zdravilskih metod v bodoče.

### Pravni pouk:

Zoper ta sklep imata zdravnica v postopku in tožilec Zbornice pravico do pritožbe v roku 8 dni po prejemu pisnega odpravka tega sklepa. Pritožbo je potrebno vložiti pisno na Rzsodišče Zdravniške zbornice II. stopnje.

Predsednik senata:

*prim. mag. Brane Mežnar, dr. med.*

Št.: 01112-2/2011/4

Ljubljana, 31. 3. 2011

# Zdravnikovo posredovanje za bolnika neprijetnih, nepričakovanih ali motečih podatkov

*Danica Rotar Pavlič, Branko Brinšek, Dušica Pleterski Rigler, Matjaž Zwitter*

Odbor za pravno-etična vprašanja Zdravniške zbornice Slovenije pogosto prejme vprašanja glede vročitve zdravstvene dokumentacije bolnikom in njihovim pooblaščenecem. Zadeva vročanja je dobro opredeljena v Zakonu o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08; v nadaljevanju: ZPacP), težave pa se občasno pojavijo pri bolnikih z duševnimi boleznimi, ki menijo, da so zdravi, oziroma ocenjujejo, da je treba zabeležke o njihovih duševnih težavah izbrisati iz zdravstvene dokumentacije. Izbris zabeležk o duševnih boleznih včasih zahtevajo tudi starši, ker menijo, da bo to škodilo mladoletnemu ali že polnoletnemu otroku pri iskanju zaposlitve.

V redkih primerih imajo tisti psihiatri ali izbrani zdravniki, ki se odločijo za zamolčanje podatkov, ločeno zapisane tudi razloge za zamolčanje in pridržanje medicinske dokumentacije. Večkrat se zgodi, da v dopisu, ki ga posredujejo odboru, z dejstvi obrazložijo, da bi posredovanje celotne specialistične dokumentacije bolniku povzročilo zdravstveno škodo. Ob tem opisujejo okoliščine, ki so podlaga za takšno odločitev (stalna prisotnost psihotične dezintegracije, nanašalnost, paranoidnost, hude konverzivne osebnostne motnje).

Zdravnik se tako znajde v precepu, saj bi moral v skladu z 41. členom zakona bolnika, ki to zahteva, seznaniti z zdravstveno dokumentacijo, po drugi strani pa čuti potrebo po zamolčanju in se sprašuje o uporabi možnosti, ki je navedena v 22. členu ZPacP, v skladu s katero sme bolniku izjemoma zamolčati podatke o njegovem zdravstvenem stanju, če glede na okoliščine oceni, da bi mu takšno obvestilo povzročilo resno zdravstveno škodo.

Odbor je s to problematiko seznanil informacijskega pooblaščenca (ne nazadnje se celo dogaja, da o tej dilemi odloča sodišče), ki je na podlagi opisa in na podlagi 7. točke prvega odstavka 49. člena Zakona o varstvu osebnih podatkov (Uradni list RS, št. 94/07

– UPB1) ter 2. člena Zakona o informacijskem pooblaščenec (Uradni list RS, št. 113/05 in 51/2007-ZUstS-A) posredoval naslednje neobvezujoče mnenje:

*Kadar bo zdravnik uporabil možnost t.i. obzirnega molka, bo razloge za zamolčanje določenih podatkov o bolnikovem zdravstvenem stanju ločeno dokumentiral v zdravstveni dokumentaciji. Tege dela dokumentacije ob zahtevi pacienta za vpogled v lastne osebne podatke iz enakih razlogov, zaradi katerih je uporabil obzirni molk, ne bo razkril. Če pa bo pacient izrecno zahteval, da je o svojem zdravstvenem stanju popolnoma obveščen, mu zdravnik podatkov ne bo smel zamolčati. V tem primeru – v primeru izrecne zahteve po popolni obveščenosti o svojem zdravstvenem stanju in zahteve za seznanitev z lastno zdravstveno dokumentacijo, je po mnenju Pooblaščenca zdravnik dolžan omogočiti vpogled v celotno zdravstveno dokumentacijo, tudi v morebiti prej nastale zaznamke o zamolčanju – o uporabi obzirnega molka.*

*Informiranost pacienta o njegovem zdravstvenem stanju je nujni pogoj za uveljavitev njegove pravice dejavnega sodelovanja pri izbiri načina zdravljenja. Pacient, ki ni informiran ali ni informiran v zadostni meri, ne more dejavno sodelovati pri svojem zdravljenju, oziroma lahko odločitve sprejema v zmoti glede svojega zdravstvenega stanja.*

*Z uporabo t.i. obzirnega molka zdravnika (iz prvega odstavka 22. člena Zakona o pacientovih pravicah – Uradni list RS, št. 15/08; ZPacP), sme ta bolniku izjemoma zamolčati določene podatke o njegovem zdravstvenem stanju, kadar bi razodetje zdravnikovega pogleda na bolnikovo zdravstveno stanje le-temu povzročilo »resno zdravstveno škodo«. Le v primerih, ko bi zdravnik utemeljeno uporabil obzirni molk, ne bi bil odgovoren za morebitno (zdravstveno) škodo, ki bi bolniku nastala zaradi odločitve, ki je bila posledica pomanjkljivo izvedene pojasnilne dolžnosti zdravnika. Tege se mora vselej zavedati*

tudi zdravnik, ki se odloči ravnati po prvem odstavku 22. člena ZPacP. Poleg tega obzirnega molka ne sme uporabiti, kadar je bolnik izrecno zahteval, da je o svojem zdravstvenem stanju popolnoma obveščen. Če je bolnik sposoben odločanja v svojo najboljšo zdravstveno korist in izrecno zahteva, da je o svojem zdravstvenem stanju popolnoma obveščen, ga zdravnik mora obvestiti, tudi če meni, da bo bolniku zaradi obveščanja nastala zdravstvena škoda.

Kadar bo torej zdravnik utemeljeno uporabil obzirni molk (Pooblaščenec ni pristojen presojeti, ali so stanja oziroma okoliščine, ki ste jih navedli kot utemeljitve za odločitve zdravnikov, res takšna, da bi dosledna izvedba pojasnilne dolžnosti bolniku povzročila resno zdravstveno škodo), bo razloge za zamolčanje določenih podatkov o bolnikovem zdravstvenem stanju ločeno dokumentiral v zdravstveni dokumentaciji. Tega dela dokumentacije ob zahtevi pacienta za vpogled v lastne osebne podatke (po 41. členu ZPacP) ne bo razkril (tako izhaja tudi iz osmega odstavka 41. člena ZPacP). Če pa bo pacient izrecno zahteval, da je o svojem zdravstvenem stanju popolnoma obveščen, mu zdravnik podatkov ne bo smel zamolčati. V tem primeru – v primeru izrecne zahteve po popolni obveščenosti o svojem zdravstvenem stanju, je po mnenju Pooblaščenca zdravnik dolžan omogočiti vpogled v celotno zdravstveno dokumentacijo, tudi v morebiti prej nastale zaznamke o zamolčanju – o uporabi obzirnega molka.

(Celotno mnenje informacijskega pooblaščenca je na vpogled na njegovi spletni strani: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:9HTwR\\_yUo48J:www.ip-rs.si/varstvo-osebni-podatkov/](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:9HTwR_yUo48J:www.ip-rs.si/varstvo-osebni-podatkov/)).

V nadaljevanju navajamo še predpise, ki se nanašajo na zahtevo bolnika do dopolnitve, popravkov, blokiranja, izbrisa dela podatkov in ugovora zoper tisto, kar je vpisano v medicinsko dokumentacijo. Kot smo že uvodoma navedli, se v praksi dogaja, da bolnik od osebnega zdravnika zahteva, naj le-ta prečrta vpis v kartoteki (npr. oznako o čezmernem pitju alkohola, ali diagnozo o duševni boleznini in terapijo, ki jo je bolnik navedel zdravniku, čeprav je bil zaradi bolezni celo hospitaliziran na psihiatrični kliniki). Slednje včasih zahtevajo celo svojci mladoletne ali polnoletne osebe.

32. člen Zakona o varstvu osebnih podatkov navaja, da mora upravljavec osebnih podatkov (zdravstvena ustanova, zdravnik) na zahtevo posameznika, na katerega se nanašajo osebni podatki, dopolniti, popraviti, blokirati ali izbrisati osebne podatke, za katere posameznik **dokaže**, da so nepopolni, netočni ali neažurni oz. so bili zbrani ali obdelani v nasprotju z zakonom. Tako bi na primer morali popraviti podatek, da je bolnik utrpel zlom desne golenice, a je bila v resnici zlomljena leva. Napaka včasih nastane zaradi hite nja pri narekovanju izvida. Nikakor pa ne smemo zbrisati resničnih ugotovitev in meritev oziroma povzetkov stanja, ki izhajajo iz njih. Zakon tudi določa način, s katerim bolnik ali njegov pooblaščenec zahteva popravek ali ugovarja na vsebino zapisa v zdravstveni dokumentaciji.

33. člen zakona o varstvu osebnih podatkov glede zahteve po spremembi vpisanih zdravstvenih podatkov navaja naslednje:

(1) *Zahteva ali ugovor iz 32. člena tega zakona se vloži pisno ali ustno na zapisnik pri upravljavcu osebnih podatkov.*

(2) *Dopolnitev, popravilo, blokiranje ali izbris osebnih podatkov mora upravljavec osebnih podatkov opraviti v 15 dneh od dneva, ko je prejel zahtevo, in o tem obvestiti vlagatelja zahteve ali ga v istem roku obvestiti o razlogih, zaradi katerih tega ne bo storil. V istem roku mora odločiti o ugovoru.*

(3) *Če upravljavec osebnih podatkov ne ravna po prejšnjem odstavku, se šteje, da je zahteva zavrnjena.*

(4) *Če upravljavec osebnih podatkov sam ugotovi, da so osebni podatki nepopolni, netočni ali neažurni, jih dopolni ali popravi in o tem obvesti posameznika, če zakon ne določa drugače.*

(5) *Stroške v zvezi z dopolnitvijo, popravilo in izbrisom osebnih podatkov, obvestilom ter odločitvijo o ugovoru krije upravljavec osebnih podatkov.*

Razlago o tem, kdaj lahko starši zahtevajo vpogled, spremembe in dopolnitve zdravstvene dokumentacije, sklenimo še z naslednjim pojasnilom: oseba lahko sama odloča o zgoraj navedenih pravicah, ko pridobi poslovno sposobnost. Kdaj ta nastopi, izhaja iz zakona o zakonski zvezi in družinskih razmerjih, in sicer je to po navadi tedaj, ko preneha roditeljska pravica – tj. kot otrok dopolni 18 let. Če je bila osebi po dopolnjenem 18. letu odvzeta poslovna sposobnost, velja, da njegove pravice zanj izvršuje oz. uveljavlja njegov starš ali skrbnik.

Odbor na podlagi vlog, ki jih prejema, ugotavlja, da so zdravniki pri svojem delu izpostavljeni vedno večjim pritiskom, zato bi morali pridobiti več znanja s področja predpisane zakonodaje. Ta bi jim bila lahko večkrat v pomoč, včasih pa tudi v breme. Žal se branju pravniskega jezika v sodobnem svetu zdravnik ne more izogniti, čeprav lahko tudi to načenja idiličen odnos med zdravnikom in bolnikom, ki smo ga imeli v svojih predstavah, ko smo se odločili za študij medicine.

Zdravniki, še zlasti člani odbora za pravno-etična vprašanja ter sodni izvedenci, se moramo zavedati, da ima tudi pravo množico različnih interpretacij in da je mnenje informacijskega pooblaščenca le eno od mnenj. V medicini različnost presoj zelo dobro poznamo (npr. interpretacija rentgenske slike je lahko zelo različna). Niti ni dobro niti akademsko – ne nazadnje medicinska etika marsikdaj postavlja strožje zahteve od prava – da zdravniki brez kritične presoje sprejmemo prepričanje, da je treba vsako pravno mnenje sprejeti kot edino merodajno oz. »sveto«. Zdravnikovih osebnih zabeležk v zdravstveni dokumentaciji pač ne bi smeli enačiti z zapisi v npr. policijskem poročilu, revizorjevemu zaključku obravnave ali poročilih drugih delavcev v upravi. Predvsem je treba izpostaviti drugačen status zdravnikovih osebnih zabeležk, ki so na vsak način zdravnikova last, njemu v pomoč pri obravnavi in tako v korist bolniku. Zdravništvo bi moralo po svojih predstavnikih vztrajati, da ima takšen status tudi zaznamek o zamolčanju, torej o uporabi obzirnega molka. S tem bi pri zdravnikih krepili kritičnost in sposobnost lastne presoje.

Pomisliti moramo tudi na svoje in tretje osebe, ki zdravniku sporočijo, kaj se z bolnikom dogaja izven ordinacije; pri bolnikih z duševno motnjo tudi na tiste, ki dajejo podatke prek heteroanamneze.

Tudi oni so lahko hudo prizadeti ali celo ogroženi, če zdravnik bolniku na zahtevo razkrije celotno dokumentacijo, torej tudi to, kar so o njem povedali drugi. Kar nekaj zdravnikov se zato odloči, da teh podatkov ne bo zabeležilo, kar lahko vodi v zaplete v prihodnje, še posebej, kadar se zgodijo tragični dogodki.

Bolnikova dokumentacija ne nazadnje ne služi le obravnavi in zaščiti bolnika, ampak tudi zaščiti zdravnika. Postavimo domnevo, da bo bolnik najprej zahteval in dosegel izbris dela svojih podatkov, nato pa bo zdravnika tožil zaradi napake pri zdravljenju ali pa na primer za neizdajo dovoljenja za orožni list ali vozniško dovoljenje. Zdravnik se v takem primeru ne bo mogel več sklicevati na

dokumentacijo, ki je bila delno izbrisana. Skratka, pri medicinski dokumentaciji sta v igri najmanj dva, zdravnik in bolnik. Spoštovati moramo pravice obeh. Bolnik ne sme imeti možnosti, da bi z zahtevo po izbrisu dela medicinske dokumentacije potencialno škodoval zdravniku.

Prav bi bilo, da se o tej tematiki pogovarjamo tudi v prihodnje. Doreči bi namreč morali, ali naj že v izhodišču v dokumentacijo zapisujemo podatke z zavedanjem, da jih bo bolnik želel vpogledati. Po drugi strani pa bi morali čvrsto zagovarjati stališče, da je zdravnik **dolžan** zavrniti izbris oziroma popravek, če so zapisi v skladu z realnostjo v danem času in prostoru.

## Seminarji in delavnice za člane zbornice

Zdravniška zbornica Slovenije obvešča svoje člane, da načrtuje izvedbo naslednjih seminarjev in delavnic v prostorih Domus Medica:

Naslov	Datum	Ura
<b>Komunikacija in razumevanje drugačnosti (seminar)</b>	2. junij 2011	9.00–16.00
<b>Verbalna in neverbalna komunikacija (delavnica)*</b>	3. in 9. junij 2011 <i>(po izbiri posameznega udeleženca)</i>	9.00–16.30
<b>Učinkovito reševanje konfliktov (delavnica)*</b>	4. in 11. junij 2011 <i>(po izbiri posameznega udeleženca)</i>	9.00–16.30
<b>Komuniciranje zdravnika in zobozdravnika z mediji ter obvladovanje izrednih dogodkov ob pojavih napak in zapletov pri izvajanju zdravstvenih storitev (seminar)</b>	datum še ni znan	15.00–19.00
<b>Seminar za kandidate za zasebne zdravnike in zobozdravnike</b>	jeseni 2011	9.00–18.30
<b>Delavnica za zasebne zdravnike in zobozdravnike</b>	jeseni 2011	3–4 ure

\* Pogoj za udeležbo na delavnicah je predhodna udeležba na seminarju *Komunikacija in razumevanje drugačnosti*.

### Vsebina seminarjev:

#### Komunikacija in razumevanje drugačnosti (seminar)

Seminar je namenjen zdravnikom in zobozdravnikom, ki želijo osvojiti večšine komuniciranja, ter v nadaljevanju v obliki dveh delavnic nudi tudi **trening tehnik in samih načinov komuniciranja**. Udeleženci se bodo na seminarju seznanili z neverbalno in verbalno komunikacijo, razumevanjem pomena odzivov v komunikaciji in obvladovanja čustev, vplivom samouresničujoče prerokbe (placebo efekt) na zdravje, **razumevanjem dinamike konfliktov**

in strategije njihovega učinkovitega reševanja ter razumevanjem ovir pri doseganju soglasja v komunikaciji. **Program in prijavnico dobite na naši spletni strani** <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>.

#### Verbalna in neverbalna komunikacija (delavnica)

Udeleženci delavnice bodo vadili osnove komunikacije: jasno izražanje in **tehnike aktivnega poslušanja ter razumevanja sporočil**. Seznanili se bodo tudi z miselnimi programi – prepričanji, ter se naučili, kako jih prepoznavamo in kako jih spremenimo. Cilji delavnice so: trening razumevanja sporočil, trening korakov aktivnega poslušanja, trening načinov jasnega izražanja, prepoznavanje in obvladovanje čustvenih odzivov, razumeti, da si z mislimi sami kreiramo prihodnost, **in razumeti, da imamo vpliv na misli, ter zavestna izbira naravnosti** (občutkov) – trening tehnike.

#### Učinkovito reševanje konfliktov (delavnica)

Konflikte večina ljudi zaznava kot negativne, ker imajo slabe izkušnje z njihovim razreševanjem. Vendar so konflikti tudi pozitivni, ker nas prebudijo, pripravijo do tega, da se postavimo za svoja mnenja in stališča ter se aktiviramo za spremembe. Udeleženci delavnice se bodo naučili in vadili, **kako uspešno razreševati konfliktne situacije**. Ozavestili si bodo tudi, katere strategije zavzemamo v konfliktnih situacijah. Cilji delavnice so: trening strategij reševanja konfliktov, konfrontacija s sogovornikom, trening odstranjevanja ovir pri doseganju soglasja, prikaz in trening tehnike odpravljanja notranjih (osebnih) konfliktov.

#### Komuniciranje zdravnika in zobozdravnika z mediji ter obvladovanje izrednih dogodkov ob pojavih napak in zapletov pri izvajanju zdravstvenih storitev

Komuniciranje z mediji je v današnjem času zelo pomembno. To velja tudi za zdravnike in zobozdravnike, ne glede na to, ali so zaposleni v bolnišnici, zdravstvenem domu ali pa delajo kot zasebniki. Seminar je zato namenjen prav njim, saj se ob svojem delu

lahko srečajo tudi z mediji, na kar morajo biti pripravljene. Osvetlili pa bomo tudi praktične napotke za razkritje zdravniške napake (škodljivega dogodka) in zapleta pacientom ter ustrezno komunikacijo z mediji. Od tega je namreč odvisno, kako uspešni bomo pri obvladovanju izrednih dogodkov in soočanju z njimi. Zdravniških zapletov in napak 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. Razkritje tudi ni preprosto in zahteva veliko priprav ter poznavanja osnov komuniciranja ob izrednih dogodkih.

### Seminar za kandidate za zasebne zdravnike in zobozdravnike

Seminar je namenjen kandidatom za zasebne zdravnike in zobozdravnike. Udeleženci seminarja se boste seznanili s pravnimi predpisi za opravljanje zasebne zdravstvene dejavnosti, načinom

financiranja zdravstvenih storitev, sklepanjem pogodb in osnovami financ in računovodstva. Podroben program bo objavljen v naslednji številki revije Isis in na spletnih straneh zbornice.

### Delavnica za zasebne zdravnike in zobozdravnike

Delavnica je namenjena zasebnim zdravnikom in zobozdravnikom. Udeleženci se boste ob praktičnih primerih seznanili s predpisi in načini izvedbe le-teh s področja računovodstva: obvezen pobot, multikompenzacija, financiranje v zasebni dejavnosti, nadzori in inšpekcije in drugo. Podroben program bo objavljen v naslednji številki revije Isis in na spletnih straneh zbornice.

Svoja vprašanja in predloge lahko pošljete na: [mic@zzs-mcs.si](mailto:mic@zzs-mcs.si). Za dodatne informacije pokličite na 01 30 72 191 ali obiščite našo spletno stran <http://www.zdravnikazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>.

# Vtisi z delavnice Komunikacija in razumevanje drugačnosti

## ZAKAJ na delavnico o komunikaciji?

O dobri komunikaciji v zadnjem času pogosto razmišljamo in govorimo. Želimo si dobro izraziti svoje misli, predloge, navodila, zahteve in hočemo biti slišani in razumljeni v pogovorih s svojci, sodelavci, nadrejenimi, pri svojem delu z bolniki, z uradniki, učitelji ... Če se prej ne zavedamo svojih nespretnosti in pomanjkanja veščin pri komunikaciji, nas pretrese to dejstvo takrat, ko se znajdemo v konfliktu, zaradi katerega se počutimo nemočni, nerazumljeni in užaljeni.

V času študija in priprave na delo v ambulantni nismo dobili veliko teoretičnih osnov o načelih dobre komunikacije, kar zadeva praktično znanje, pa smo bolj ali manj samouki in smo se učili na svojih izkušnjah ter povzemali dobre prakse, ki smo jih opazovali v komunikacijah, ki smo jim bili priča.

Pa vendar tudi v Sloveniji v številnih delovnih okoljih, kjer imajo manj neposrednih stikov z ljudmi, kot jih imamo zdravniki, že dolga leta prirejajo delavnice za pridobivanje veščin dobre komunikacije. Zdravniki pa, kot da smo videli svoj cilj strokovne in osebnostne rasti samo v pridobivanju vedno novega in najnovejšega teoretičnega in praktičnega znanja s področja medicinske stroke in znanosti, za izpopolnjevanje na področju komunikacije pa je zmanjkalo energije, časa, pa tudi priložnosti. Ali pa smo gojili prepričanje, da mora večina dobrega sodelovanja in pogovarjanja obvladati že študent, ki pride na medicinsko fakulteto. Pa se vedno znova kaže, kako pomembno je tudi to znanje pri našem vsakdanjem delu in življenju. Marsikateri zdravnik je začutil potrebo po znanjih in opravil tečaj o veščinah dobre komunikacije v okviru ustanov, ki to znanje ponujajo, strokovnih izobraževanj za zdravnike na to temo pa (kot je meni znano) do sedaj še ni bilo.

Letos v začetku aprila pa je v organizaciji ZZS potekal prvi sklop

predavanja in delavnic o komunikaciji. Odziv zdravnikov je bil nekoliko manjši, kot so pričakovali organizatorji, vendar vsak začetek je težak. Tudi prvi Šrotovi dnevi so se začeli s skromno udeležbo, sedaj je pa težko najti dovolj veliko predavalnico za vse udeležence. Pri delavnicah o komunikaciji pa je manjša skupina prej prednost in privilegij, saj je delo za vsakega posameznika bolj intenzivno in seveda tudi bolj učinkovito. Zato smo vsi udeleženci te delavnice ob koncu izrazili navdušenje, da smo končno tudi v okviru stanovske organizacije pridobili nova zelo uporabna spoznanja, znanja in veščine.

## KAJ smo se naučili?

Prvi dan smo imeli predavanje, v okviru katerega nam je gospa Metka Komar odlično predstavila teoretično osnovo komunikacije. Malo smo se potopili v svet psihologije in spoznali nove izraze, ki nam pomagajo pri razlaganju strukture komunikacije in reševanju konfliktov. Dobili smo nova znanja o jezikih neverbalne komunikacije, pomenu in izraznosti mimike, očesnih gibov, položaja telesa. Slišali smo, kaj so najpogostejše ovire in napake pri komunikaciji in kaj so zakonitosti jasnega in razumljivega izražanja. Preizkusili smo moč vprašanj, ki spodbudijo razmišljanje, dajejo pomembne informacije, omogočajo nadzor, pripravijo ljudi, da se odprejo, vodijo h kakovostnejšemu poslušanju, pomagajo ljudem, da se sami prepričajo. Skratka, spoznali smo, da če ne dobimo pravih odgovorov, moramo spremeniti način spraševanje, ker le kakovostna vprašanja dobijo kakovostne odgovore. Videli smo, kako pomembno je spremljanje sogovornika in preverjanje, kako nas razume, kakšna so njegova prepričanja o temi, o kateri govorimo.

Slišali smo, kakšni so lahko odzivi in povratne informacije na naše besede ali dejanja. Povratna informacija je, tudi če se ne odzovemo. Lahko dobimo negativen odziv, ki mu ljudje resnično posvečamo pozornost, vendar taki odzivi, ki se ponavljajo, zastrupljajo odnose.

Boljši in učinkovitejši je odziv s preusmeritvijo s tako imenovanim komunikacijskim sendvičem, ko najprej sporočimo pozitivne lastnosti, dejstva, potrditev sogovornikovih razmišljanj, nato povemo, kar nas moti, s čimer se ne strinjamo ali česar ne sprejemamo, in spet izrazimo pozitivno misel, da sprejemamo sogovornika kot osebo, ga cenimo, čeprav se morda o tem z njim ne strinjamo ali pa ne sprejemamo njenega vedenja. Prepričali smo se, kako lažje je sprejeti kritiko na svoj račun v obliki komunikacijskega sendviča in koliko novih izhodov in možnosti odpre ter kako brezizhodno se počutiš, če dobiš le negativni odziv.

V drugem delu smo se pogovarjali o konfliktih kot bitki za moč. Konflikt se pojavi takrat, ko se v nas sprotita dve nasprotujoči si potrebi, motiva, cilja, podobe, kako zadovoljiti določeno potrebo, ali ob nesoglasju interesov, vrednot, vedenja, pogledov na problem. Ta razdvojenost v nas povzroči izgubo občutka nadzora nad situacijo in nas oropa funkcionalnega vedenja. Lahko se pojavijo znotraj posameznika, med posamezniki, znotraj skupin ali med skupinami.

Konflikti imajo seveda tudi pozitivni potencial, saj pomagajo, da ozavestimo problem v odnosu, spodbujajo spremembe, povečajo motivacijo za soočanje s problemi, pripomorejo k ustrežnejši odločitvi, znižujejo napetost v vsakdanjih odnosih, če jih rešujemo konstruktivno. V konfliktih bolje spoznavamo sami sebe. Odnos lahko celo poglobijo in obogatijo, če jih uspešno rešujemo, saj utrdijo prepričanje, da je odnos dovolj trden in lahko kljubuje problemom.

Zanimive in zgovorne metafore nam pomagajo nazorno razumeti, kakšne strategije uporabljamo ljudje za reševanja konfliktov. Lahko se umaknemo kot želva, ko nam ni pomemben ne cilj, ne odnos, če menimo, da je poskus reševanja konflikta že vnaprej obsojen na propad. Lahko skušamo nasprotnika prevladati kot morski pes, ko nam je pomemben le cilj, zato le napadamo in želimo dokazati svojo premoč. Lahko se trudimo le zglajevati konflikte kot medvedek. Pripravljeni smo se odpovedati svojim osebnim ciljem, da drugi na bi bili prizadeti ali da se odnos ne bi pokvaril. Lahko sklepamo kompromise kot lisica, če nam je pomemben tako cilj kot odnos. Delno se odpovemo svojemu cilju in poskušamo drugega prepričati, naj stori podobno. Lahko pa se konfrontiramo kot sova, ko visoko cenimo tako svoj cilj kot odnose. Konflikte vidimo kot probleme, ki jih je treba in možno rešiti, zato iščemo rešitev, ki bo omogočala uresničitev tako naših ciljev kot ciljev drugega.

## KAKO smo se učili?

V naslednjih dveh dneh smo na delavnicah s pomočjo vprašalnikov spoznali svoj dominantni tip komunikacije. Zanimivo je bilo ozavestiti, kako posamezniki različno podajamo informacije prek vizualnega, avditivnega, kinestetičnega ali digitalnega informacijskega sistema (kanala) in kako različen pomen daje naše mišljenje enako formulirani informaciji. Spoznali smo preverjeno dober način podajanja informacije v obliki *Amat* in si s pomočjo vprašalnika določili svoj tip in način učenja in sprejemanja novih informacij – ali nam je bližji način intuitivca, misleca, preizkuševalca ali realizatorja. Preskušali smo tudi, kako prilagoditi svoj način podajanja informacij, da bi bil sogovorniku, ki morda zaznava po drugačnem tipu, bolj razumljiv.

Prepoznavali smo, kako močno na nas in naše dojetje informacije vplivajo prepričanja, ki jih imamo o določenem vprašanju ali tematiki. S pomočjo vprašanj meta modela smo raziskovali, kako si pomagamo preiti filtre izbriša, posploševanja ali popačenja, ki jih ustvarja naše mišljenje na osnovi prepričanj oziroma preteklih izkušenj, da nenaatančno formuliramo sporočilo ali pa ga razumemo po svoje.

Naučili smo se prepoznavati svoje prevladujoče strategije reševanja konfliktov. Marsikdo od nas je bil presenečen, ko so rezultati vprašalnika pokazali rahlo drugačno sliko, kot smo po vtisu in prvih informacijah opisov strategij prepoznavali sebe. Zelo zanimivo je bilo v živo preizkušati uspešnost različnih strategij pri reševanju izrečenih konfliktnih situacija ali pa »konfliktov v zraku« med nami udeleženci ali s predavateljico.

Dobili smo še nekaj orodij za samopomoč, kako si olajšati stisko zaradi nerešenih ali težko rešljivih konfliktov, ki jih nosimo v sebi, da bi širše in bolj objektivno videli svojo vlogo in vlogo nasprotnika v konfliktu. Ves čas smo si drug drugemu pomagali pri učenju z opozarjanjem na napake in trenirali izražanje negativnih sporočil (»kritik«) v obliki komunikacijskega sendviča.

## KAJ smo pridobili na delavnicah?

Tako intenzivnega učenja, zanimivega spoznavanja sebe in svojih reakcij, zavedanja detajlov in nians komunikacije med nami v skoraj vsakem trenutku ter tako sproščene ustvarjanja kolektivnosti med do sedaj neznanimi kolegi iz vse Slovenije si lahko samo še želim.

Ob koncu delavnice smo si udeleženci zaupali svoje navdušenje, da smo imeli priložnost učiti se na tak način, pridobiti v tako kratkem času toliko novih spoznanj in osvojiti zelo uporabna orodja za izboljšanje vseh naših komunikacij, še posebno tistih konfliktnih, ki nam po nepotrebnem zagrenijo dan ali pa kvarijo naše odnose.

Vsi smo se strinjali, da je bila delavnica izjemno koristna in bi si želeli čez čas znanje obnoviti ali pa nadgraditi. Veseli me, da se je vodstvo naše zdravniške zbornice odločilo za organizacijo teh delavnic, ki naj bi bile razpisane in organizirane večkrat na leto. Tako se jih bo udeležilo čim več kolegov, ki zaradi delovnih obveznosti težko usklajujejo svoje delovne urnike samo z enim ali dvema terminoma.

Lepo vas vabim, da žrtvujete tudi kakšno uro svojega prostega časa. Verjamem, da boste pridobili zelo pomembna znanja in veščine, si ustvarili boljše in jasnejšo sliko o dobri komunikaciji, slišali veliko zanimivega o sebi in se naučili prepoznavati, zakaj vam do sedaj kdaj v komunikaciji ni šlo dobro.

P. S.: Ste prepoznali, kašen je moj tip podajanja informacij in kateri način učenja in razmišljanja mi je bližje? Če niste ugotovili že med branjem, naj zaupam, da sem uporabila znanje z delavnice in se skušala vsaj približati tudi vašemu dominantnemu komunikacijskemu kanalu. Se vam zdi članek razumljiv in primeren? Preskušala sem nova znanja. Če mi še ni uspelo, mi, prosim, sporočite, da bom še bolj trenirala. In prosim, kritike povejte v obliki komunikacijskega sendviča, da moja samopodoba ne bo preveč trpela.

Vse dobro vsem!

*Darinka Strmole (strmole.darinka@zd-tr.si)*

# Pa ga imamo, naš Domus Medica!

Čeprav je velika dvorana v novem bivališču zdravniških organizacij sprejela nekaj prireditev že pred 25. marcem, je prav ta dan prinesel njeno uradno odprtje. Slavnostni govorniki in izbran kulturni program so že našli svoje mesto v biltenu, kjer je bil dogodek opisan.

Moj namen sedaj pa je, odgovoriti na vprašanja kolegov in kolegic, ki so postajali pod veliko ploščo, v katero so vklesana imena donatorjev. Želeli so namreč izvedeti, ali so še možnosti, dati svoj prispevek in se vpisati med darovalce.

Gradnja je sicer končana, ostalo pa je še veliko načinov, kako izkazati svojo darežljivost in z njo ostati v spominu prihodnjim rodovom. V pogovorih sta bili največkrat omenjeni naslednji možnosti: v Domus Medica je bilo že razstavljenih več umetniških del, ki jih je mogoče odkupiti. To so bile doslej predvsem slike. Ob otvoritveni slovesnosti pa sta vzbudila pozornost dva

ekspozata, stekleni skulpturi umetnika Cirila Cesarja, ki sta se s svojo simboliko odlično podala v ambient. Oba je možno pridobiti – bodisi da to stori posameznik ali pa se za darilo odloči skupina oziroma najde druga možnost. Druga oblika darovanja pa je osebno darilo iz zbirke, ki je že v lasti nekoga iz zdravniških ali zobozdravniških vrst.

Razumljivo bo vsak predmet označen z imenom darovalca.

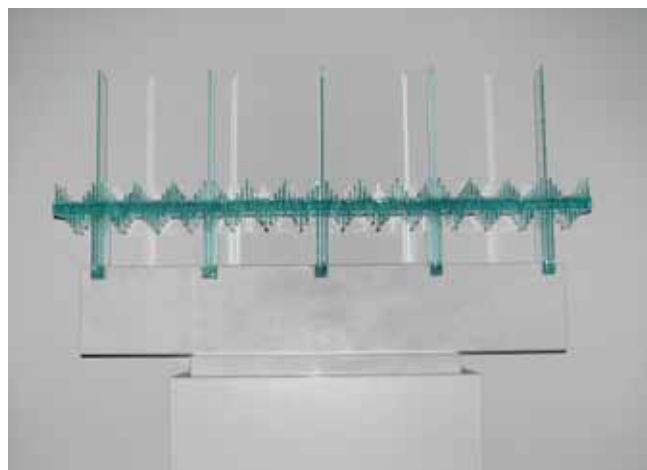
Kosati se z uglednim mecenom preteklosti, dr. Oražnom, skoraj ne moremo. Vseeno pa verjamem, da nekaj plemenitosti v nas še ostaja in da jo lahko tudi pokažemo.

Ste že blizu odločitvi?

*Marko Demšar, skrbnik donatorskega računa*



Spirala



Srčni utrip

# Informacija o pobudi zdravniške zbornice, da zdravnikom zagotovi varovana stanovanja

## Gradnja oskrbovanih stanovanj za upokojene zdravnike

Minilo je več mesecev, odkar smo z anketo zbrali odziv na zamisel, da bi Zdravniška zbornica Slovenije izvedla pripravo za gradnjo oskrbovanih stanovanj. Preko 70 odgovorov je pokazalo, da je interes velik in da je smiselno zbirati ponudbe za oskrbovana stanovanja za starejše zdravnike in za zdravnike v pokoju. Iniciativna skupina upokojenih zdravnikov je opravila več informativnih razgovorov, predvsem smo iskali primerno lokacijo. Pregledali smo približno sedem primernih lokacij, vendar so se nam na koncu tri lokacije pokazale kot najboljše, tako da obstajajo dokaj realne možnosti za projektiranje in gradnjo objekta, ki bi zadostil našim pričakovanjem in potrebam. Izbira lokacije je bila precej težavna, zato je tudi poteklo toliko časa, da smo izbrali najprimernejše. Nato smo še enkrat poslali anketo in dobili 110 odgovorov, kar je pokazalo velik interes upokojenih zdravnikov za gradnjo oskrbovanih stanovanj.

Sedaj imamo tri ponudbe, ki so najbolj zanimive. Naslednji korak, ki ga želimo izvesti, je natančna predstavitev s strani ponudnikov. Na skupnem sestanku se bomo nato dogovorili o najboljšem ponudniku.

Cena m<sup>2</sup> bo po zagotovilih možnih izvajalcev nižja, kot je cena m<sup>2</sup> ostalih ponudnikov, in bo točno določena, ko bo projekt

natančno definiran, kar bo tudi predmet pogajanj. Obvestilo je poslano vsem zdravnikom, starim nad 60 let. Na skupnem sestanku na zdravniški zbornici bi nam možni investitorji in izvajalci obrazložili vse podrobnosti o gradnji in financiranju. Po zagotovilih izvajalcev naj bi stanovanja plačali šele po končanem projektu oz. po končani gradnji, takrat, ko bi bila vseljiva. Morda bi nekaj odstotkov položili na t.i. skrbiški račun (pribl. 5.000–10.000 evrov), da bi bila s tem zagotovljena resnost interesenta. Z vsakim interesentom pa bi izvajalec podpisal še individualno pogodbo.

Projekt v Ljubljani naj bi bil nekako vzorčen, potem bi preko Zdravniške zbornice Slovenije podoben projekt izvedli tudi v ostalih krajih Slovenije, npr. Mariboru, Celju, Kopru, Kranju, Novem mestu.

Projekt je sicer dokaj zahteven, vendar upamo, da ga bomo uspeli uresničiti. Tistim, ki smo videli tako druženje upokojenih zdravnikov drugje po svetu, se je zdela zamisel dobra in družene med zdravniki prijetno.

*Prim. izr. prof. Pavle Kornhauser, dr. med., l. r.*

*Prof. dr. Janko Popovič, dr. med., l. r.*

*Prim. Marko Demšar, dr. med., l. r.*

## Iz dela zbornice

### Usklajevanje pravilnikov na Ministrstvu za zdravje

Predstavniki Zdravniške zbornice Slovenije, med njimi tudi predsednica, generalni sekretar in predsednik Sveta za izobraževanje in usposabljanje zdravnikov, so se v petek, 6. maja, udeležili sestanka na Ministrstvu za zdravje, na katerem so usklajevali besedilo sprememb in dopolnitev *Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov ter Pravilnika o licencah*. Kot je znano, je namreč zbornica pristopila k spremembam omenjenih pravilnikov, tudi v luči njihove modernizacije, predvsem pa uskladitve z veljavno

zakonodajo. O tem smo v tedenskih biltenih in stanovski reviji *Isis* že večkrat podrobno pisali.

Na tokratnem sestanku so sogovorniki izmenjali poglede na ureditev tega področja, uskladili nekatera stališča in se dogovorili za naslednji tehnični sestanek. Na njem je prišlo do načelne uskladitve besedil obeh pravilnikov, ki pa ju mora obravnavati in sprejeti še skupščina Zdravniške zbornice Slovenije, nato pa da soglasje nanju še minister za zdravje.

Oba predloga pravilnikov sta objavljena tudi na spletni strani zbornice, uvrščena pa sta tudi med gradivo za naslednjo sejo skupščine.

### Pravilnik o organizaciji neprekinjenega zdravstvenega varstva – pojasnilo Ministrstva za zdravje

S strani Ministrstva za zdravje smo prejeli pojasnilo 10. člena Pravilnika o organizaciji neprekinjenega zdravstvenega varstva, ki določa obseg rednega programa zdravstvene dejavnosti.

Zapisali so, da Pravilnik o organizaciji neprekinjenega zdravstvenega varstva določa organizacijo neprekinjenega zdravstvenega varstva in ne časa prihoda oziroma začetka dela na posameznih ali vseh delovnih mestih v zdravstvu.

Tako se tudi 10. člen Pravilnika o organizaciji neprekinjenega zdravstvenega varstva nanaša na program zdravstvene dejavnosti in zanj določa čas, v katerem se zagotavlja. 52. a člen Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki določa delovni čas, njegovo razporejanje in obseg, pa se nanaša na delovni čas zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev. Navedenega ni moč enačiti s časom, ko se mora zagotavljati neprekinjeno zdravstveno varstvo, saj se slednje lahko zagotavlja v različnih oblikah (3. člen pravilnika – poleg rednega programa se lahko izvajajo tudi oblike dela, kot so dežurstvo, stalna pripravljenost, podjemne pogodbe ...). V nobenem primeru pravilnik ne določa delovnega časa omenjenih kategorij.

52. a člen Zakona o zdravstveni dejavnosti, kot poudarjajo na Ministrstvu za zdravje, nedvoumno določa, za koga (zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce, ki delajo na delovnih mestih v ambulantah ali v tehnološko zahtevnih diagnostičnih, terapevtskih in rehabilitacijskih enotah ter operacijskih dvoranah, če delo na teh delovnih mestih traja 12 ali več ur dnevno) se delo lahko začne pred 8. uro zjutraj in na katerih delovnih mestih (ki jih določi delodajalec).

10. člen pravilnika je v skladu s pojasnilom ministrstva treba brati skupaj s 3. in 4. členom pravilnika, za celostno razumevanje pa pravilnik kot celoto. V kolikor se bo izkazalo, da bi bilo potrebno obseg rednega programa v smislu pričetka in konca razširiti oziroma spremeniti, bi bil v skladu z utečenim postopkom potreben poseg v vsebino pravilnika, je zapisal državni sekretar prim. dr. Ivan Eržen, dr. med.

## Zbornica podala pripombe na predlog novele Zakona o pacientovih pravicah

Na Zdravniški zbornici Slovenije smo preučili osnutek Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o pacientovih pravicah, ki je bil v javni razpravi, in Ministrstvu za zdravje podali naslednje pripombe in predloge:

- Predlagamo, da se naslov Zakona o pacientovih pravicah spremeni tako, da se glasi: »Zakon o pacientovih pravicah in dolžnostih«.
- Predlagamo, da bi se časovna (20- in 60-minutna) opredelitev čakalnega časa odpravila oziroma preoblikovala tako, da bi jo bilo pri dejanskem izvajanju storitev v praksi lažje izvajati.
- Smiselna bi bila razširitev izjem od upoštevanja čakalnega časa še z odsotnostjo zaradi nadomeščanj in podobno.
- Predlagamo črtanje čakalnih seznamov v dejavnosti družinske/splošne medicine, šolske medicine in pediatrije.
- Predlagamo dinamiko uvajanja sprememb in dopolnitev zakona, po kateri bi do sprememb prihajalo postopoma, zaradi česar bi bile med izvajalci zdravstvenih storitev tudi lažje sprejete (opredelitev v prehodnih določbah).
- Nasprotujemo določitvi globe za prekršek zaradi nespoštovanja omejitev čakalnega časa. 20 minut kot čakalni čas na primarni ravni je bil usklajen s soglasjem in zavezo, da ne bo posledičnega sankcioniranja, prav tako pa tudi na sekundarnem nivoju zdravnik ne sme biti kaznovan, če je razporejen na dve ali tri delovišča hkrati in ne more zagotoviti čakanja v okviru ene ure. Menimo, da tovrstno določilo ne sodi v zakon.
- V podzakonski predpis, ki ga bo v zvezi s čakalnimi dobami sprejel minister, bi se vnesel predlog zbornice, oblikovan za potrebe splošnega dogovora, in sicer, da bi v splošnih ambulantah, otroških in šolskih dispanzerjih izvajali hitre preglede praviloma v roku 3 dni, redne preglede praviloma v roku 7 dni ter preventivne preglede v roku od 7 dni dalje.

Prav tako pa smo podali tudi kar nekaj vsebinskih pripomb na predlog šifranta zdravstvenih storitev, ki je tudi bil v javni razpravi. V njem se namreč pojavljajo številne nedoslednosti, pomanjkljivosti in

napake. Ministrstvo za zdravje smo tako opozorili nanje in izrazili pričakovanje, da jih bodo odpravili.

## Sodelovanje z italijansko in hrvaško zdravniško zbornico

Delegacija Zdravniške zbornice Slovenije pod vodstvom predsednice prim. Gordane Kalan Živčec, dr. med., se je v soboto, 14. maja, mudila na Brionih, kjer je s kolegi iz hrvaške in italijanske zdravniške zbornice ter medicinskih fakultet zaključila pogovore o izmenjavi informacij in sodelovanju na področju dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja in usposabljanja. Ob tej priložnosti so predsedniki podpisali tudi memorandum in deklaracijo o nameri o skupnem sodelovanju na tem področju.

Predsedniki vseh treh zbornic so se strinjali, da je potrebno spodbujati izmenjavo zdravnikov pri specialističnem izobraževanju ter podpirati proces internacionalizacije tudi na tem področju. Dogovorili so se tudi za ustanovitev posebnega tehničnega odbora, ki ga bodo sestavljali po en predstavnik vsake zbornice, predstavnik hrvaškega Ministrstva za zdravje in predstavniki vključenih italijanskih univerz. Odbor bo zadolžen za spodbujanje omenjenega sodelovanja in poročanje o doseženih rezultatih. Pri tem pa je predsednica Zdravniške zbornice Slovenije vztrajala na spoštovanju evropske direktive 2005/36/ES.

Predsedniki zdravniških zbornic so ob tej priložnosti podpisali tudi protokol o medsebojnem priznavanju kreditnih točk za stalno podiplomsko usposabljanje v zdravstvu. Tako bodo kreditne točke, izdane preko državnega sekretariata ECM v Italiji, priznane tudi slovenskim in hrvaškim zdravnikom, v primerih, ko se bodo udeležili tovrstnega izobraževanja in točke uveljavljali na svojih zbornicah. Enako pa bodo lahko za udeležbo na usposabljanjih in izobraževanjih v Sloveniji in na Hrvaškem kreditne točke uveljavljali tudi italijanski zdravniki.



## Registracija zasebnega zdravnika v registru zdravnikov in vloga zbornice v postopku podelitve koncesije

Na Zdravniški zbornici Slovenije smo za naše člane, zdravnike in zobozdravnike (v nadaljevanju kandidat), uvedli nekatere novosti v postopku registracije zasebnega zdravnika v registru zdravnikov:

- nov obrazec;
- nekatera dokazila lahko namesto kandidata pridobi tudi zbornica;
- odprava začasne odločbe.

Pri podelitvi mnenja v postopku podelitve koncesije je prav tako uvedena novost (glede izvajanja v praksi, pravne podlage so enake), in sicer, da za mnenje ne zaprosi kandidat, temveč koncedent.

V nadaljevanju sta predstavljena nova postopka:

### Registracija zasebnega zdravnika v registru zdravnikov

Zdravnik, ki želi opravljati zdravniško službo kot zasebno dejavnost, se mora **registrirati** v registru zasebnih zdravnikov na Zdravniški zbornici Slovenije.

**Postopek** za registracijo zasebnega zdravnika v registru zasebnih zdravnikov je naslednji:

- Na zbornico kandidat poda **vlogo** in priloži ustrezna dokazila, kot je razvidno iz vloge.
- Zbornica izda **odločbo** o registraciji zasebnega zdravnika v registru zdravnikov kot fizične osebe.

V kolikor kandidat v postopku podelitve koncesije potrebuje dokazilo, da je podal vlogo za registracijo zasebnega zdravnika, mu zbornica izda potrdilo, da je v postopku registracije, pri čemer tudi navede razloge, da odločba še ni izdana (običajno je razlog nepopolna vloga, saj kandidat še ni priložil vseh potrebnih dokazil). V ta namen se je v preteklosti izdajala začasna odločba, ki pa jo sedaj nadomešča opisano potrdilo.

### Vloga Zdravniške zbornice Slovenije pri podelitvi koncesije

V postopku odločanja o podelitvi koncesije koncedent (in ne zdravnik) zbornici posreduje vlogo za mnenje (42. člen Zakona o zdravstveni dejavnosti, Uradni list RS, št. 23/2005-uradno prečiščeno besedilo 2 in 23/2008).

Pravna podlaga je 42. člen Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki določa:

- *Koncesijo za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti podeli z odločbo občinski oziroma mestni upravni organ, pristojen za zdravstvo, s soglasjem ministrstva, pristojnega za zdravje.*
- *Koncesijo za opravljanje javne službe v drugih zdravstvenih dejavnostih podeli z odločbo ministrstvo, pristojno za zdravje.*
- *V postopku odločanja morajo organi iz prejšnjih odstavkov pridobiti mnenje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in pristojne zbornice ali strokovnega združenja.*

## Diplomanti in specializanti

Na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani je v obdobju od 1. 1. 2010 do 10. 5. 2011 diplomiralo 253 zdravnikov, od tega jih je 248 vpisanih v register zdravnikov, ki ga vodi Zdravniška zbornica Slovenije. Na mariborski medicinski fakulteti pa je v tem obdobju diplomiralo 52 zdravnikov, od tega jih je v register vpisanih 47.

Zdravniška zbornica Slovenije zbira in obdeluje številne podatke, ki jih pri svoje delu poleg stanovske organizacije slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov potrebujejo tudi Ministrstvo za zdravje, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in številne druge institucije. Med drugim smo tako v zadnjem času pripravili tudi analizo, ki zadeva diplomante obeh medicinskih fakultet in specializante.

### Od 248 diplomantov ljubljanske medicinske fakultete, ki so vpisani v register, jih:

- 36 opravlja specializacijo,
- 60 po opravljenem pripravništvu še ni pričelo z opravljanjem specializacije,

- 110 opravlja pripravništvo,
- 42 čaka na opravljanje pripravništva.

### Od 47 diplomantov Medicinske fakultete Univerze v Mariboru, ki so vpisani v register, pa:

- 3 opravlja specializacijo,
- 16 jih po opravljenem pripravništvu še ni pričelo z opravljanjem specializacije,
- 23 jih opravlja pripravništvo,
- 5 jih čaka na opravljanje pripravništva.

V obdobju od 1. 7. 2003 do danes je bila na podlagi javnega razpisa **specializacija odobrena 1.705 zdravnikom in zobozdravnikom**. Od teh jih je **specializacijo zaključilo 465**, zaveze za regijo ne izpolnjuje 48 zdravnikov in zobozdravnikov, le 1 zdravnik specialist pa je odšel v tujino.

Prekinjeno specializacijo ima 21 zdravnikov; to pomeni, da niso začeli druge specializacije. Od teh 21 zdravnikov je eden odšel v tujino.

## Objavljen posodobljen seznam nacionalnih koordinatorjev specializacij in njihovih namestnikov

Na spletni strani Zdravniške zbornice Slovenije smo objavili posodobljen seznam nacionalnih koordinatorjev specializacij in njihovih namestnikov. V skladu s 23. členom Pravilnika o vrstah vsebini in poteku specializacij (Uradni list RS, št. 22/09 in 42/09-popr., 22/10) morajo namreč kandidati, ki se prijavijo na specializacijo, za katero Zdravniška zbornica Slovenije ne izvede izbirnega postopka (prijavljenih kandidatov je enako ali manj kot je razpisanih mest za specializacijo v regiji), pred odobritvijo specializacije obvezno opraviti razgovor z nacionalnim koordinatorjem specializacije in predstavnikom regije. Zato kandidate vljudno prosimo, da se za razgovor s koordinatorjem specializacije in predstavnikom regije poskušajo dogovoriti sami (izjema so kandidati za specializacijo iz družinske medicine, ki bodo o datumu razgovora s strani zbornice posebej obveščeni) in razgovor opravijo najkasneje

v roku 1 meseca (od roka za oddajo prijav na javni razpis specializacij).

Vse kandidate tudi naprošamo, da nam po opravljenem razgovoru s koordinatorjem specializacije in predstavnikom regije posredujete s strani predstavnika regije in nacionalnega koordinatorja (oz. njegovega namestnika) izpolnjen obrazec, saj zbornica brez predhodne potrditve navedenih predstavnikov ne more izdati odločbe o odobritvi specializacije.

## Opravljanje predhodnih usmerjenih preventivnih zdravstvenih pregledov za kandidate za specializacije

Eden od pogojev za prijavo na javni razpis specializacij zdravnikov je tudi zdravniško spričevalo o predhodnem usmerjenem preventivnem zdravstvenem pregledu za delovno mesto specializanta, opravljenem pri pooblaščenem zdravniku medicine dela, prometa in športa. Iz njega je namreč razvidno, da je kandidat sposoben za specializacijo, za katero bo kandidiral.

V razpisnem besedilu je objavljen seznam šestih specialistov medicine dela, prometa in športa, pri katerih lahko kandidati opravijo predhodni usmerjeni preventivni zdravstveni pregled (tega je torej mogoče opraviti zgolj pri naštetih specialistih!). Ker so se v zadnjem času pojavile nekatere informacije, da ena od zdravnic, kljub temu, da je navedena na seznamu, teh pregledov ne opravlja, sporočamo, da to ne drži. **Po preverjanju želimo tako vsem kandidatkam in kandidatom, ki se nameravajo prijaviti na razpis, sporočiti, da je seznam popoln ter zdravstvene preglede opravlja vseh šest navedenih specialistov medicine dela, prometa in športa** (razen pregleda za odobritev specializacije iz radiologije, onkologije z radioterapijo in nuklearne medicine, ki ga kandidati lahko opravijo le pri dveh specialistkah, ki imata potrdilo Ministrstva za zdravje za izvajanje preventivnih zdravstvenih pregledov za delavce, izpostavljene virom ionizirajočega sevanja).

Specialist medicine dela, prometa in športa bo po pregledu podal mnenje o

sposobnosti kandidata za opravljanje specializacij po kandidatovi izbiri. Mnenje bo za potrebe razpisa pravočasno, če bo izdano zadnji dan razpisnega roka (zato predlagamo, da na pregled odidete v prvih dneh razpisa). Zdravniško spričevalo bo veljavno eno leto od izdaje. V kolikor je iz zdravniškega spričevala razvidno, da kandidat **trajno** ne izpolnjuje pogojev za določeno specializacijo, je veljavnost takega spričevala neomejena. Zdravniško spričevalo je obvezna priloga k vlogi, kar pomeni, da ga kandidat ne more predložiti naknadno - po izteku razpisnega roka (le v primeru izkazane potrebe po dodatnih pregledih bo zdravniško spričevalo izjemoma mogoče predložiti do odločitve o vlogi. V tem primeru je vlogi potrebno priložiti potrdilo o potrebi po dodatnih pregledih). V primeru prenosa vloge na drugo specializacijo je veljavno spričevalo, izdano zadnji dan roka za prenos vloge.

## Projekt Izdatki ZS

Na zadnjem sestanku med Zdravniško zbornico Slovenije in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije so prisotni obravnavali projekt Izdatki ZS. To je projekt, ki ga vodi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in bo nudil vsebinsko ter informacijsko prenovno rešitev za zbiranje in obravnavo podatkov o opravljenih zdravstvenih storitvah. Zdravstveni zavarovalnici bo ta projekt omogočil natančnejše spremljanje in kontrolo odhodkov ter obvladovanje sprememb v vrstah in obsegu storitev, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Predstavnica ZZZS je v uvodu povzela vsebino projekta Izdatki ZS in predstavila termine projekta, ki so usklajeni s termini uvedbe novega šifranta vrst zdravstvene dejavnosti – oboje se na nacionalni ravni uvede 1. 1. 2012. ZZZS je Zdravniški zbornici Slovenije že posredoval delovna gradiva projekta, ki so podlaga za morebitne vsebinske pripombe in predloge za dopolnitve.

V zvezi s stroški uvedbe je pojasnila, da bodo le-ti nastali predvsem zaradi nadgradnje programske opreme pri izvajalcih in jih morajo pokriti izvajalci sami iz namenskih sredstev za informatizacijo. Predlaga še, da izvajalci (ali v njihovem imenu zbornica) zahtevajo predračune oziroma

oceno stroškov od svojih dobaviteljev programske opreme, in sicer na podlagi gradiv, ki jih je pripravil ZZZS. Zavod ne bo partner v pogajanjih glede teh stroškov, pripravljen pa je strokovno oceniti pridobljene predračune.

V zvezi z gradivom so predstavniki Zdravniške zbornice Slovenije postavili nekatera vprašanja in prejeli odgovore:

- Poslovanje bo potekalo skoraj v celoti elektronsko. V papirni obliki ostanejo samo nekatere listine (naročilnica za MTP, listine za tuje zavarovane osebe v izjemnih primerih), računi, poročila in drugi dokumenti za obračun storitev pa bodo v celoti le elektronski.
  - Na področju zobozdravstva je nabor podatkov nekoliko razširjen. ZZZS posreduje seznam sprememb.
  - Zbornica izpostavlja varnost izmenjave podatkov, ki jo je potrebno zagotoviti na predpisanem nivoju in s tem seznaniti izvajalce.
  - Izraz »fasetirani mostiček« je potrebno nadomestiti z bolj ustreznim »fiksna protetika«.
  - ZZZS bo uradno verzijo navodil (vsebinsko in tehnično navodilo s prilogami) projekta objavil predvidoma v maju. Na podlagi teh gradiv bo zbornica pri programskih hišah zahtevala oceno stroškov.
  - ZZZS seznanila Zdravniško zbornico Slovenije s pravnimi podlagami za takšno obliko izmenjave podatkov, česar pa do danes na zbornico še nismo prejeli. V skladu s sklepom izvršilnega odbora pa bo strokovna služba zbornice pri Informatijski pooblaščenki preverila skladnost projekta z veljavno zakonodajo.
- Sprejeta sta bila tudi dva sklepa:
- Morebitne dodatne pripombe, predloge ali vprašanja v zvezi z gradivom posreduje Zdravniška zbornica Slovenije ZZZS najkasneje do konca aprila.
  - Naslednji sestanek bo izveden, ko bodo Zdravniška zbornica Slovenije oziroma izvajalci pridobili predračune za nadgradnjo programske opreme izvajalcev, ki bodo temeljili na osnovi uradne verzije navodil projekta.

# Prisotnost poslancev na sejah skupščine zbornice v mandatu 2008-2012

Priimek in ime	54. seja (3.7.2008)	55. seja (16.12.2008)	56. seja (31.3.2009)	57. seja (7.12.2009)	58. seja (31.1.2010)	59. seja (29.6.2010)	60. seja (16.12.2010)	61. seja (20.4.2011)
ANDERLUH Franc	-	+	+	-	+	+	-	-
ANDOLJŠEK Matej	+	+	+	-	+	+	-	+
BEDEN Robert	-	+	-	-	+	+	-	-
BENEDIK Tomaž	+	-	+	+	+	+	+	+
BERČIČ Maja	+	+	+	+	+	-	+	+
BIGEC Martin	+	+	-	-	+	-	+	-
BITENC Marko	-	-	+	+	-	-	+	+
BRINŠEK Branko	+	+	+	-	+	+	+	-
CEROVAC Antun	+	+	+	+	+	+	-	+
ČERNUTA Rafael	-	+	+	+	+	+	+	-
ČOK Gordan	+	+	+	-	+	+	-	+
ČOKOLIČ Miro	+	+	+	+	+	-	+	+
DAMJAN Hermina (nova poslanka od 60. seje)	/	/	/	/	/	/	+	+
DOLENC Jure	+	-	+	+	-	+	-	-
DOLINŠEK Jernej	+	-	+	-	-	-	+	-
DREŠČEK Marko	+	+	+	+	+	+	+	-
ĐUKIĆ Aljoša	-	+	-	+	+	-	+	-
FRANJKOVIĆ Mirna (nova poslanka od 57. seje)	/	/	/	+	+	+	+	+
FUJS KUCHAR Sabina	+	+	+	+	+	-	+	+
GARBAJS Klemen	-	-	+	+	-	+	+	-
GOLJA Ana Marija	-	+	+	+	+	-	-	+
GORKIČ Matjaž	+	+	+	+	+	-	+	-
GRAVNAR Miranda	+	+	+	+	+	+	+	+
GRENC Damjan	+	-	+	+	-	-	+	-
HAJDAREVIĆ Amira	+	-	-	+	-	-	-	-
HRASTAR Franci	+	+	-	-	-	+	-	-
HREN Mira	+	-	+	+	+	-	+	+
HREN BOŽIČ Marjeta	+	+	+	+	+	+	+	+
IGLAR Darko	+	+	+	+	-	+	+	-
ILJAŠ KOŽELJ Marija	-	+	+	+	+	+	-	-
JAGRIČ FRIŠKOVEC Anita	-	-	+	+	+	-	+	+
JAVH Matej	+	-	+	-	+	-	-	-
JUG Blanka	+	+	+	+	+	+	+	-
KANIČ Vojko	+	+	-	+	+	-	-	-
KITAK Tea (nova poslanka od 57. seje)	/	/	/	+	+	+	+	+
KLUN Aleš	-	+	+	+	+	-	+	+
KOBOLT Peter	+	-	-	+	+	-	-	-
KOCIJAN Marko	+	+	-	+	+	+	-	+
KOCIJANČIČ Igor	+	-	+	-	-	-	-	-
KODRIČ ROŠKAR Majda	+	-	+	+	-	-	-	-

# ZBORNICA

Priimek in ime	54. seja (3.7.2008)	55. seja (16.12.2008)	56. seja (31.3.2009)	57. seja (7.12.2009)	58. seja (31.1.2010)	59. seja (29.6.2010)	60. seja (16.12.2010)	61. seja (20.4.2011)
KOLANDER BIZJAK Ljubica	+	+	+	+	+	-	+	+
KONTESTABILE Bojan	-	+	+	+	-	-	+	+
KOSEM Rok	+	+	+	+	+	+	+	+
KOVAČIČ Primož	-	-	+	-	-	-	-	-
KOŽELJ Matjaž	-	+	+	+	+	+	+	-
KROFLIČ Božidar	+	+	+	+	+	+	-	+
LANG Leon	+	+	-	-	+	-	+	-
LESNIČAR SLOKAN Barbara	+	+	-	+	+	-	-	-
LEVANIČ Andrej	-	+	+	+	+	-	+	+
LIPIČAR Vera	+	+	+	+	-	+	+	+
LJUBOJEVIČ DŽAFEROVIČ Ksenija	+	-	+	+	+	+	+	+
MAGDIČ Jožef	+	+	+	+	+	+	+	-
MAHNE Stanislav	+	-	+	+	+	+	+	+
MALI Polonca	+	-	-	+	-	+	+	-
MARKOLI Sabina	+	+	+	+	+	+	+	+
MAROLT Franc	+	+	+	+	+	+	-	-
MEĐUGORAC Dinko (nov poslanec od 58. seja)	/	/	/	/	+	-	+	-
MESARIČ Jože	+	+	+	+	+	+	+	+
MOLE Helena	+	+	+	-	+	+	+	+
MOŽE Gregor (od 57. seja ni več poslanec)	-	+	+	/	/	/	/	/
MUBI Smiljan	+	+	-	+	+	+	+	-
MULH Robert	+	-	-	-	+	-	-	-
MUŠIČ Mark (od 58. seja ni več poslanec)	-	-	+	+	/	/	/	/
OLUJIČ Sergej (nov poslanec od 59. seja)	/	/	/	/	/	-	-	-
PAVLIČ Manja	+	+	+	+	+	+	-	+
PERČIČ MILAKOVIČ Nevenka	+	-	+	+	+	+	+	+
PINTAR Romana	-	+	+	+	-	+	+	-
POKLUKAR Janez	+	+	+	+	-	+	-	-
POLH Damjan	+	+	+	+	+	+	+	+
POMPE TANŠEK Marija	-	+	+	+	+	+	+	+
POTOČNIK Nikola	+	+	+	+	+	+	+	+
PREVEDEN Zoran	-	-	-	-	-	-	-	-
PRIMAN Tea	+	+	+	+	+	-	-	+
PUC KOUS Tatjana	+	+	+	-	-	+	-	-
PUHARIČ Nada	+	+	+	+	+	+	+	+
PUSOVNIK Mojca (od 57. seja ni več poslanka)	+	-	-	/	/	/	/	/
RAVNIK Dean (od 60. seja ni več poslanec)	+	+	+	-	+	+	/	/
RIBARIČ Samo (nov poslanec od 60. seja)	/	/	/	/	/	/	-	-

Priimek in ime	54. seja (3.7.2008)	55. seja (16.12.2008)	56. seja (31.3.2009)	57. seja (7.12.2009)	58. seja (31.1.2010)	59. seja (29.6.2010)	60. seja (16.12.2010)	61. seja (20.4.2011)
RIHAR Klemen	+	+	+	+	+	-	+	+
RIJAVEC Borut	+	+	-	+	+	-	+	-
RIŽNAR Boris	+	+	+	+	+	+	+	+
ROTAR PAVLIČ Danica	+	+	+	+	+	+	+	+
RUSTJA Bojan	+	+	+	+	+	+	+	+
SALOBIR GAJŠEK Uršula	+	+	+	+	+	+	+	+
SAVIČ Saša	+	+	+	+	+	+	+	+
SAVNIK ISKRA Mojca	+	+	+	+	+	+	+	+
SENICA Dušan	+	+	+	+	+	-	-	+
SINOŽIČ Dean	-	+	+	+	+	+	+	-
STIRN KRANJČ Branka	+	+	+	+	-	-	+	+
STRBAD Ervin	+	-	-	+	+	-	+	-
SUHODOLČAN Lovro	+	+	-	+	-	-	+	-
ŠENK ERPIČ Alenka	+	+	+	+	+	+	-	+
ŠIFRER Franc	+	+	+	-	+	-	+	+
ŠKOF Erik	+	+	-	-	+	+	-	-
ŠOLN Darinka	+	+	+	+	+	-	+	-
ŠUČUR Veselin	-	+	+	+	+	+	+	+
ŠUŠTERČIČ Rok	+	+	-	-	-	-	-	-
TAVČAR Rok	+	-	+	+	+	+	-	-
TERČELJ ZORMAN Marjeta	-	-	-	-	-	+	-	-
TERLEVIČ DABIČ Diana	+	+	+	+	+	+	+	+
TERPIN Miriam	+	+	+	+	+	+	-	+
TOMAŽIČ Janez		+	+	-	+	-	+	-
TONEJC Mihael (od 60. seje ni več poslanec)	-	-	-	-	-	-	/	/
TRUDEN DOBRIN Polonca	+	+	+	+	+	+	+	+
TURK Katarina	+	+	-	+	-	+	+	-
TURK Karl	+	-	+	+	-	-	-	-
TURK BEZLAJ Špela	+	+	+	+	+	+	-	-
UKMAR Sonja	-	-	-	-	-	-	-	-
VIDMAR Stanko	+	-	+	+	+	+	+	-
VODE Marija	-	-	+	-	-	-	+	-
VOGRIN Matjaž	+	-	+	-	+	-	-	-
VRBIČ Vito	+	+	+	+	+	+	+	+
VRHNJAK Blaž	+	+	+	+	+	+	+	+
ZAVRŠNIK Jernej	-	+	+	+	+	+	+	+
ZAVRŠNIK MIHIČ Renata	-	+	+	+	+	-	+	-
ZEMLJAK Mirjam	+	+	+	-	+	+	+	+
ZEVNIK Krištof (od 59. seje ni več poslanec)	+	+	-	-	-	/	/	/
ŽERJAV TANŠEK Mojca	+	+	+	+	+	+	+	+
ŽIGER Stjepan	+	+	+	+	+	+	+	-
ŽOHAR Petra	+	+	+	-	+	+	-	-

# Ura zgodovine

## Odprto pismo Odboru za zobozdravstvo

*Domen Vidmar*

V preteklih mesecih smo bili slovenski zobozdravniki s posebnimi dopisi seznanjeni s tem, da skupina kolegov pod nazivom Iniciativna skupina za ustanovitev zobozdravniške zbornice ponovno obuja idejo o samostojnem stanovskem združenju. Kolega z Obale nas je že v aprilski številki glasila opozoril na zanimivo dejstvo, da so člani iniciativne skupine v glavnem isti kolegi, ki sestavljajo tudi obstoječi Odbor za zobozdravstvo pri Zdravniški zbornici Slovenije, zato sem se odločil, da na temelju svoje zgodovinske izkušnje dodam o tem še nekaj misli.

Ideja o samostojni zobozdravniški zbornici ni nova. Ravno sam sem bil prvi, ki sem si dovolil za tiste čase precejšen delikt in sem javno pisal o tem v svojem prispevku, objavljenem v Izidi davnega oktobra 1994. Ideja kot takšna je bila takrat bogoskrunska in z objavo sem si s strani vodilnih prisluzil hudo zamero in kritike.

Ideja je kljub temu živela naprej in kasneje, ko sem bil kot član Odbora za zobozdravstvo (OZZ) tudi sam aktivno vključen v delo zbornice, smo leta 1999 zadevo uspeli odpeljati korak dlje. V okviru OZZ je bila sestavljena posebna projektna skupina, v kateri so poleg mene bili še Aco Velkov, Pavel Zagode, Živo Bobič, Majda Pintarič, Evgen Komljanec in Slavko Samotorčan, z nalogo, da prouči možnosti za bolj avtonomno delovanje zobozdravnikov v okviru svojega stanovskega združenja. Željo po večji avtonomiji smo utemeljili z rezultati obsežne in temeljite ankete, ki jo je izvedel OZZ v okviru projekta »Perspektive slovenskih zobozdravnikov do leta 2010«, in imeli v določenem trenutku stvar pripravljeno tako daleč, da je že obstajal zapisan strukturni organigram, z organi, telesi in vsem skupaj, za morebitno samostojno zobozdravniško zbornico. Hitro se je izkazalo, da v resnici situacija v družbi za kaj takšnega ni zrela, zato smo izhodiščni cilj, skladno z obstoječimi razmerami, zmanjšali in si začeli prizadevati le za večjo avtonomnost Odbora za zobozdravstvo v okviru Zdravniške zbornice Slovenije. S tem smo uspeli tako rekoč v celoti, saj so nam bile v glavnem priznane vse bistvene zahteve, ki smo jih izpostavili. Zahteve so bile sledeče – predsednik Odbora za zobozdravstvo naj bo hkrati tudi podpredsednik zdravniške zbornice, ravno tako naj v vlogi podpredsednika skupščine vedno nastopa zobozdravnik, število zobozdravnikov, poslancev v skupščini, naj postane proporcionalno deležu članstva v zbornici, OZZ naj suvereno odloča o vseh stvareh, ki zadevajo samo zobozdravstvo, ne glede to, ali ima zbornica v svoji

sestavi že posebna telesa za obravnavo teh problematik, in tako naprej. V principu smo vse izpostavljeno dosegli in lahko rečem, da je bilo od takrat naprej delovanje odbora res lažje. Stopnja avtonomije oziroma nadzor Odbora za zobozdravstvo nad usodo zobozdravništva v okviru zdravniške zbornice sta bila videti zadovoljiva.

V okviru nove ekipe zdravniške zbornice sicer že dolgo nisem več član OZZ in lahko le upam, da sedanjim članom odbora s tem ne delam krivice, vendar ob površnem opazovanju od zunaj nisem zasledil, da bi bila opisana avtonomija Odboru za zobozdravstvo kdajkoli odvzeta.

Zato me zdaj kot bivšega odbornika po eni strani čudi, da se sedanji člani odbora tako pomembne in hkrati občutljive ideje, kakršna je morebitna možnost ustanovitve samostojne zobozdravniške zbornice, lotevajo iz ozadja v okviru nekakšne neodvisne iniciativne skupine. Če ocenjujejo, da sta trenutek in situacija v družbi prava, imajo za izvedbo takšnega koraka vse niti in zgodovinske temelje v svojih rokah.

Po drugi strani me kot navadnega člana svojega stanovskega združenja bolj od tega žalosti dejstvo, da kot posameznik s strani tega združenja ne čutim prave opore ali pomoči tam, kjer bi jo pričakoval ali si jo vsaj želel. Po tem, ko so na primer lani davčni inšpekcijski organi s precejšnjim medijskim pompom najprej napovedali, nato tudi izvedli poostren nadzor v sektorju našega poklica, ko so ta nadzor na precej neverjeten način izvajali in s svojimi izsledki potem ponovno medijsko poniževali naš poklic, bi recimo pričakoval s strani odbora malo več glasu v obrambo. Saj ne trdim, da bi bilo zato kaj bistveno drugače, a malo več glasnega rožljanja preko medijev bi lahko bilo. Lahko bi na primer – brez imen, če hočete – objavili zgodbe najbolj nesmiselnih konkretnih primerov, v katerih so inšpektorji pisali odločbe in o katerih se je potem še dolgo govorilo med kolegi, in tako vsaj javno s prstom pokazali na mestoma zares neverjeten način dela, ki smo mu bili priča. A se ne spomnim, da bi kaj takšnega zasledil.

Nadalje bi – kot posameznik – zaščito, namesto dodatnega obremenjevanja, od svojega združenja pričakoval tudi na področju tako imenovanega stalnega podiplomskega izpopolnjevanja. Tu se moram v času spet vrniti nazaj. Nekaj zgodovinske dokumentacije mi manjka, a po spominu si upam reči, da so nekje v zapisnikih Odbora za zobozdravstvo, v letih okrog preloma tisočletja, pokopani zapisi o obravnavah te problematike, s katero

se je odbor ukvarjal tudi že takrat. Na kratko lahko povzamem, da smo se v okviru obravnave odborniki takrat v glavnem strinjali, da obstoječi sistem zbiranja kreditnih točk ni najboljši. Ugotavljali smo, da je sistem preveč tog, da pomeni relativno veliko finančno in časovno obremenitev, tako za zavode kot za posameznika, in hkrati ni najbolj učinkovit pri realnem dvigu strokovne ravni članstva, ampak vsebuje preveč elementov kongresnega turizma. Predlagali smo nove oblike učnih delavnic, katerih udeležba bi bila cenejša, potek dela posamezne delavnice krajši in število udeležencev manjše. Posamezen udeleženec bi tako lahko aktivno in praktično sodeloval ter na tak način praviloma obdržal več uporabnega znanja v trajnem spominu.

Spominjam se, da sem se ene delavnice takšnega tipa, organizirane pod vodstvom prof. Rodeta v prostorih stomatološke sekcije Slovenskega zdravniškega društva, celo udeležil in smo jo kasneje omenjali kot vzorčni primer, kako bi bilo to lahko urejeno. Seveda smo se zavedali tudi problemov predlaganega sistema. Organizacija številnih in raznolikih delavnic takšnega tipa bi seveda pomenila velik zalogaj za potencialnega organizatorja in bi potrebovala vklop zelene luči za nastanek manjših učnih institucij, akademij, združenj ali česa podobnega, predvsem na osnovi zasebne iniciative in večjega vključevanja industrije oziroma komerciale v proces. Naslednji problem bi bil doktrinarni nadzor vsega dogajanja. Povsem jasno je bilo že takrat, da bo takšna usmeritev pomenila veliko požrtvovalnega in intenzivnega dela odbornikov, mnoga težavna prepričevanja, pojasnjevanja in tako naprej ... skratka, bilo je jasno od samega začetka, da takšne spremembe ni mogoče pričakovati čez noč in da pot ne bo lahka. A vendar – sklep je bil, da obstoječ sistem strokovnega izpopolnjevanja ni najboljši in ga je treba v doglednem času popraviti.

Zato sem zdaj, dobro desetletje kasneje, kljub vsemu močno razočaran, da se v opisano smer ni premaknilo nič, pač pa obstoječi sistem stalnega podiplomskega izpopolnjevanja doživlja celo svoj preporod. Čez noč in kar preveč zlahka je članstvu naložena dvakrat tako velika obremenitev kot do sedaj, vse ostalo ostaja v glavnem nespremenjeno. In pojasnila, da se na tak način moramo prilagajati Evropi oziroma ostalemu razvitemu svetu, niso preveč dobra. Mislim celo, da pri obravnavi teh stvari verjetno prihaja do določenega mešanja pojmov. Točke zbirajo strokovnjaki z akademskimi naslovi, da z njimi ohranjajo svojo akademsko stopnjo oziroma naslov in položaj v okviru svoje katedre. Točke

zbirajo v tujini visoki specialisti različnih strok zato, da s tem ohranjajo svoj »rating« v okviru stroke in lahko posledično izbirajo med najbolje plačanimi službami, ki jih načeloma vršijo kot »part time« uslužbenci v različnih ustanovah. Točke zbiramo pri nas splošni praktiki s primarne ravni, da s tem ohranjamo osnovno licenco za delo. In gotovo so še druge podskupine, ki iz nekega razloga zbirajo nekakšne točke, za katere niti vem ne.

Bistveno je nekaj drugega. Ti sistemi med seboj niso direktno primerljivi, so pa podobni in v razgovoru o tem je lahko določen podatek prav hitro napačno interpretiran. V tem smislu sem poklical nekaj znancev po svetu in ne morem se znebiti vtisa, da je v okviru strokovnega razreda, ki mu sam pripadam – torej splošni zobozdravnik na primarni ravni – naš sistem izpopolnjevanja že do sedaj zahtevnejši kot marsikje v primerljivem svetu, kateremu naj bi se prilagajali z novim pravilnikom. Pri vsem skupaj seveda ni sporno dejstvo, da se je treba izpopolnjevati. Hoditi na seminarje in delavnice in slediti razvoju stroke. Če ne bi tega tako ali tako počel, bi kot zasebnik na trgu svojo prakso lahko že zdavnaj zaprl. Sporno je to, da sistem ne pušča skoraj nič izbire, ampak je treba denar in čas vlagati v največja, najdražja in najbolj obljudena srečanja, ker le-ta prinašajo kreditne točke.

Kakorkoli, bolj natančne podatke iz tujine še zbiram in jih bom z veseljem delil s komerkoli, če bo le koga zanimalo, a pustimo zdaj to ... zaneslo me je iz smeri. Da ne bo nesporazuma, o čem pišem in kaj hočem povedati, se moram vrniti na izhodiščno temo. Načeloma nimam čisto nič proti pobudi članov Odbora za zobozdravstvo za ustanovitev samostojne zobozdravniške zbornice. Vendar me ob konkretnih skrbeh in strahovih, ki me vsak dan obhajajo glede prihodnosti, organizacijska oblika, v okviru katere deluje vodstvo mojega stanovskega združenja, ta hip zanima manj kot vsebina, s katero se ukvarja. Bolj me zanima, kaj bo storilo za zaščito svojih članov pred vse hujšimi pritiski na posameznika, ki jih prinašajo novi časi.

Od vodstvenega telesa stanovskega združenja bi pričakoval, da bo pokazalo več iniciative pri povezovanju članov v močno, zavezniško in vplivno stanovsko skupino. Več prizadevanja za to, da se izenačijo pogoji dela, nagrajevanja, tudi obveznosti, če hočete – med različnimi delovnimi statusi. Slika, na katero sem ravno tako opozoril v svojem omenjenem prispevku že leta '94, žal vse do danes ni drugačna. Zobozdravniki v

Sloveniji še vedno nastopamo v okviru bistveno različnih statusov in posledično tvorimo različne interesne skupine. Zobozdravnik, zaposlen v javnem zavodu, zasebni zobozdravnik s koncesijo, zasebni zobozdravnik brez koncesije – samo te tri skupine na primer, ki jih omenjam in niso niti edine, le največje, imajo med seboj precej različna polja svojih interesov in vizij za prihodnost. Praktično nemogoče je dati kakršenkoli konkreten predlog za spremembe, ki bi ga vse tri skupine podprle. In to ni dobro. Kajti nekaj nas počasi, a vztrajno le izenačuje. Dejstvo namreč, da je proračunskega denarja za zobozdravstvo vedno manj in ga kljub vsem pozivom za povečanje obsega teh sredstev nikoli več ne bo več.

S to trditvijo nočem biti noben hudičev odvetnik in bil bi iskreno vesel, če bi do povečanja slučajno celo zares prišlo. Potem bi končno tisti zasebniki brez koncesije, ki si jo želijo, le-to lahko dobili. Vsi, ki že delajo za proračunski denar, bi dobili za posamezno storitev boljše plačilo in vrste čakajočih pacientov bi končno lahko skrajšali. Vendar sem precej trdno prepričan, da je vera v to iluzorna. V okviru družbenoekonomske situacije obstoječe sodobne družbe, kakršna je zdaj naša, za kaj takšnega enostavno ni več pogojev.

V resnici se bo zgodilo to, da bo v okviru obravnave posameznega pacienta delež proračunskih sredstev vedno

manjši, finančna udeležba pacienta, oziroma njegovega morebitnega zasebno sklenjenega zavarovanja, vedno večja, prostor, ki nas povezuje, pa bo začel postajati pravi trg. Za prazne se bodo izkazale statistične interpretacije, ki trdijo, da je v Sloveniji zobozdravnikov malo ali celo premalo. Takrat se bomo tudi vsi začeli resneje zavedati, kako pomembno je imeti močno in vplivno stanovsko združenje, ki svoje člane zares povezuje in ščiti pred grozečimi zunanjimi vplivi. Na primer tujimi strokovnjaki iz držav, kjer imajo pogoje za delo še slabše in so v okviru svojih zasebnih praks, ki jih pod obstoječimi pogoji pri nas relativno lahko odprejo, pripravljeni delati za denar, še precej manjši od naših standardov – za konkreten primer že vem, sicer si ne bi dovolil tega zapisati.

Za te čase, ki prihajajo in jih pričakujem s skrbjo, nam vsem želim, da bi imeli stanovsko vodstvo – ne glede na to, kateri konkretni kolegi bodo na položajih, in ne glede na to, kakšna bo organizacijska oblika tega telesa – ki bo imelo vizijo in konkretne zamisli, kako krmariti barko v novih vodah. Hkrati sem prepričan, da tudi najboljše vodstvo ne bo moglo realizirati nobene svoje zamisli brez enovite in trdne podpore vseh svojih članov. Zato bi morala biti predvsem prizadevanja za kakršnekoli premike v tej smeri pomembna naloga vseh poklicanih že danes.

## Spoštovani kolega Vidmar, dragi Domen,

ker je vaš prispevek odziv na članek, ki sem ga pretekli mesec posredoval reviji Isis, sem bil z njim seznanjen pred natisom in temu gre pripisati moj takojšnji odgovor. Kaj naj rečem?! Po doktorju Samotorčanu sedaj še vi; upam le, da nista oba motivirana k pisanju iz istega, izolskega vira.

Če na hitro preletim vaše besedilo, lahko ugotovim, da si v nekoliko samovšečnem uvodu pripisujete prvenstvo ideje o ustanovitvi samostojne zobozdravniške zbornice. Nimam razloga, da vam ne bi verjel, vendar ste bili tedaj pač »petelin, ki je prezgodaj zapel!«. Takrat je še tlelo upanje, da bomo zobozdravniki lahko svoje probleme uspešno urejali v skupni zbornici. Danes to upanje ugaša in člani iniciativne skupine menimo, da je primeren čas za »evropsko« pot, tj. slediti vzorom v veliki večini evropskih držav, kjer naši kolegi delujejo v zobozdravniških zbornicah.

Vaš nekoliko dolg prispevek skuša obravnavati toliko problemov, da ob koncu pozornega branja nisem prepričan, ali sem ga razumel. Pušča me razdvojenega,

saj ne morem ugotoviti, ali samostojno zbornico podpirate ali ji nasprotujete? Zato vam predlagam naslednje: v kolikor podpirate ustanovitev zobozdravniške zbornice, se nam pridružite. Če pa je vaše stališče negativno, vam zagotavljam, da ste »samotni jezdec« na poti v nasprotno smer od tiste, ki si jo je izbrala 96,2-odstotna večina kolegov v odgovorih na našo anketo. Prepričan sem, da se na čelu z iniciativno skupino prav vsi zavedajo zahtevnega projekta, vendar pa čutijo, da slabše skorajda ne more biti. Torej velja poizkusiti, kot je poizkusilo nešteto evropskih kolegov; uspeli so in povejte mi, dragi Domen, en sam racionalni razlog, da ne bi uspeli tudi mi.

Vaš

*Nenad Funduk*

Komentar izraža stališča avtorja in ne nujno tudi uredništva Isis in Zdravniške zbornice Slovenije.



# Dosežen doktorski naslov na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru

Dr. **Dušan Čelan**, dr. med.

**Naslov:** »Meritev krivin prsne in ledvene hrbtenice z metodo laserske triangulacije«

**Mentor:** prof. dr. Radko Komadina, dr. med.

**Somentor:** prof. dr. Janez Možina, dr. med.

**Področje:** medicinske vede

**Zagovor:** 28. 1. 2011

## Opravljene specialistične izpiti

**Maja Bombek**, dr. med., specialistka klinične mikrobiologije, izpit opravila 22. 4. 2011

**Jaka Furman**, dr. med., specialist travmatologije, izpit opravil s pohvalo 15. 4. 2011

**Barbara Kavčič**, dr. med., specialistka fizikalne in rehabilitacijske medicine, izpit opravila 21. 4. 2011

**Rihard Knafelj**, dr. med., specialist interne medicine, izpit opravil s pohvalo 1. 4. 2011

**Katja Kopriva Pirtovšek**, dr. med., specialistka anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravila s pohvalo 14. 4. 2011

**Gregor Kunst**, dr. med., specialist splošne kirurgije, izpit opravil 22. 4. 2011

asist. **Miha Lučovnik**, dr. med., specialist ginekologije in porodništva, izpit opravil 22. 4. 2011

**Eva Miler Mojšker**, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila s pohvalo 20. 4. 2011

**Nina Ostaševski Fernandez**, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila s pohvalo 15. 4. 2011

**Julija Pavčnik**, dr. med., specialistka splošne kirurgije, izpit opravila 18. 4. 2011

**Andrea Pavlovič**, dr. med., specialistka infektologije, izpit opravila 19. 4. 2011

**Olga Petrovič**, dr. med., specialistka fizikalne in rehabilitacijske medicine, izpit opravila s pohvalo 21. 4. 2011

**Karla Prebil**, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila 22. 4. 2011

**Barbara Prosen**, dr. med., specialistka anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravila 5. 4. 2011

**Sanja Radić Lugarić**, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila 28. 4. 2011

**Simon Ralca**, dr. med., specialist splošne kirurgije, izpit opravil 8. 4. 2011

**mag. Karmen Stanič**, dr. med., specialistka onkologije z radioterapijo, izpit opravila 21. 4. 2011

**Kristina Vogrin Hudopisk**, dr. med., specialistka fizikalne in rehabilitacijske medicine, izpit opravila 19. 4. 2011

Čestitamo!



## Pošljite nam medicinsko fotografijo, ki bo polepšala naslovnico Izide

Spoštovani zdravniki in zobozdravniki, bralci revije Isis,

v letošnjem letu na naslovnih objavljamo 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](mailto:isis@zzs-mcs.si). Uredniški odbor bo na svojem vsakomesečnem sestanku izbral zmagovalno fotografijo, ki bo krasila naslednjo številko Izide.

Vabljeni k sodelovanju!

# Rezultati raziskave o hrvaški korupciji v letu 2010

Hrvaško ministrstvo za pravosodje je objavilo rezultate mednarodnega sestanka »S transparentnostjo in preglednim upravljanjem proti korupciji«. Raziskavo je v drugi polovici leta 2010 naredila agencija Hendal Market Research, na vzorcu 1000 anketirancev.

Leta 2007 je Gallup izvedel podobno raziskavo, ki je pokazala v primerjavi s sedanjo povečanje korupcije pri organiziranem kriminalu, podjetništvu in javni upravi.

Ob sedaj objavljenih rezultatih daleč najvišji odstotek (87) vprašanih meni, da je največ podkupovanja med politiki, »ki tolerirajo organizirani kriminal, v zameno za podkupnino ali za protiuslugo«. Na naslednjem mestu je iskanje delovnih mest, ki jih je mogoče dobiti le s podkupnino.

Nad 50 odstotkov vprašanih meni, da so največja nevarnost družbi korumpirani politiki, ki jim sledijo (31 odstotkov) sodniki, 21 odstotkov pa postavlja na tretje mesto policiste. V javnih ustanovah naj bi bilo največ korupcije pri zdravnikih v bolnišnicah, najmanj pa pri pediatrih(!) in na kreditnih oddelkih bank. Anketiranci so imeli občutek, da se od njih pričakuje podkupnina v službah lokalne samouprave, največkrat v gradbeništvu (27,1 odstotka), v stikih s prometno policijo (23,7 odstotka) in v bolnišnicah (22,2 odstotka).

Zanimivo je, da je v primerjavi z Gallupovo raziskavo leta 2007 odstotek tistih, ki so imeli občutek, da se od njih pričakuje podkupnina, narasel s 6 odstotkov na 27,1 odstotka, medtem ko se je zmanjšal v bolnišnicah s 50 odstotkov na 22,2 odstotka. Na neposredno vprašanje o omenjenih izkušnjah z ustanovami je 18 odstotkov anketiranih povedalo, da so že ponujali podkupnino v bolnišnicah, 13 odstotkov prometnim policistom in 10 odstotkov v »državnem inšpektoratu za zaščito potrošnikov«.

Večina anketirancev ni navedla, za kakšne zneske je šlo, tisti pa, ki so povedali, so navajali, da je šlo za podkupnine od 50 pa do več kot 500 kun (*ne preveč donosno za prejemnike podkupnin – od približno 7 do 70 evrov*).

Med tistimi, ki so izpostavljeni podkupovanju, jih je 88 odstotkov povedalo, da jih nihče ni poskušal podkupiti, 37 odstotkov pa jih je priznalo, da so podkupnino sprejeli.

Na vprašanje, kaj bi bilo treba narediti v boju proti korupciji, je 70,5 odstotka odgovorilo, da so potrebni

strožji zakoni in strožje kazni, 60,1 odstotka vidi rešitev v strožjem nadzoru, 42,4 odstotka pa v boljši izobrazbi in vzgoji.

## Zaključek avtorjev raziskave:

Povečala se je dojemljivost korupcije za tiste, ki opravljajo posel po službeni dolžnosti, ter za politike, ki dopuščajo organizirani kriminal za denar, protiusluge ali za pridobivanje delovnega mesta, dalje pri tistih, ki izpolnjujejo svoje naloge le, če dobijo podkupnino. Pomembno vlogo v razraščanju korupcije pomenijo tudi sorodstvene vezi (*kumi*), predvsem pri zaposlovanju.

Vir: Liječničke novine, april 2011

Prevedel in priredil: Boris Klun

P. S. Glavni urednik prof. dr. Željko Poljak se v tej številki zahvaljuje avtorju teh vrstic za »redno in zelo objektivno obveščanje o zanimivih člankih iz Liječničkih novin«.

Prof. dr. Ivan Dampjan

## Rezultati istraživanja percipiranja korupcije u Hrvatskoj u 2010. godini

Više od 50 posto ispitanika smatra da su korumpirani političari najveća prijetnja društvu

»Povećala se percipija korupcije za dužnosnike i političare koji toleriraju organizirani kriminal u zamjenu za novac ili protiuslugu, za dobivanje radnog mjesta u zamjenu za mito, u dužnosnicima koji se riješiti neki problem samo u zamjenu za mito, u vlasti kuruzna u politici i obdobje veza koje igraju važnu ulogu prilikom zapošljavanja te o plaćanju doktoru, potkupljivanju policajaca itd.

To su rezultati istraživanja o percipiranju korupcije u Hrvatskoj u 2010., koje je

»Jačanje međugeneracijske suradnje u borbi protiv korupcije - Kampanja za podizanje svijesti«, koji financira EU IPA 2007 program za Hrvatsku. Usporedba s rezultatima istraživanja iz 2007. koje je prema istim parametrima proveo Gallup, pokazala je da je povećano percipiranje korupcije u gore navedenim situacijama.

Najveće je povećanje na području politike i zapošljavanja. Tri najizostavnija oblika korupcije koja se percipiraju lita su kao i u istraživanju provedenom 2007. i uključuju dužnosnike i političare koji toleriraju organizirani kriminal u zamjenu za novac ili protiuslugu i 87 posto ispitanika ta izobće kao najveći oblik korupcije. Potom slijedi dobivanje radnog mjesta u zamjenu za mito i dužnosnici koji rješavaju neki problem samo uz mito.

Više od 50 posto ispitanika smatra da su korumpirani političari najveća prijetnja društvu. Druga su najveća prijetnja korumpirani suci, smatra 37 posto ispitanika, a 21 posto ispitanika smatra da su to korumpirani policajci. Političari su, smatra 88 posto ispitanika, osobe koje imaju najveće koristi od korupcije. U odnosu na istraživanje provedeno 2007. porasla je i percipija koristi koju od korupcije imaju organizirani kriminal, biznismeni i javni dužnosnici i službenici.

Percipiranje korupcije smanjilo se za 19 posto za davanje novčanih poklona, za 15 posto za dužnosnike i radnike javnih službi

Ispitanici koji su u proteklih godinu dana imali izravan kontakt s pojedinim institucijama, većinom su izjavili da su imali osjećaj da se od njih očekuje mito u institucijama lokalne samouprave, i to najviše u odjelima za građevništvo (27,1 posto), potom u ostalim jedinicama lokalne samouprave (25 posto), u kontaktu s prometnom policijom (22,7 posto) i u bolnicama (22,2 posto). U odnosu na istraživanje provedeno 2007. vidljivo je da je uvelike porastao postotak građana koji su imali osjećaj da se od njih očekuje mito u institucijama lokalne samouprave (sa šest posto na 27,1 posto) ali i da se dosta smanjio postotak građana koji su takav osjećaj imali u izravnom kontaktu u bolnicama (s 50 na 22,2 posto).

U izravnom kontaktu s institucijama najveći je broj ispitanika izjavio da je ponudio mito zaposlenima u bolnici (18 posto), prometnim policajcima (13 posto) i zaposlenima u državnom inspektoratu za zaštitu potrošača (10 posto). No, najveći broj ispitanika nije želio navesti o kojem se iznosu mita radilo u specifičnoj situaciji, a oni koji jesu, naveli su iznose od 50 do više od 500 kuna.

Medu ispitanicima njih 88 posto izjavilo je da ih nitko nije pokušao podmititi zbog pozicije na kojoj rade, a od onih kojima je mito ponudeno njih 37 posto izjavilo je da ga je i prihvatio, dok su ostali odbili, najviše iz moralnih razloga.

Za borbu protiv korupcije najveći broj ispitanika, njih 70,5 posto, smatra da su potrebni stroži zakoni i strože presude, 60,1 posto viši rješenje u strožim kontrolama, a 42,4 posto u obrazovanju i odgoju.

Više o istraživanju i njegovim rezultatima dostupno je na mrežnoj stranici Ministarstva pravosuđa <http://www.pravo.sudje.hr>.



# Zdravnice in zdravniki se morajo zavarovati

Od avgusta 2011 dalje se morajo vse zdravnice in zdravniki, ki svoje zdravništvo izvajajo kot svobodni poklici, zavarovati v smislu »Berufshaftpflichtversicherung« (zavarovanje proti oškodovanju; zavarovanje proti škodi; op. prev.). Dokazilo o zavarovanju je pogoj, da se imetnika zavarovanja vnese v seznam zdravnikov.

To sledi iz 14. novele zakona o zdravnikih, ki velja od avgusta 2010 dalje. Zdravniška dejavnost, ki se izvaja kot svobodni poklic, zajema (med drugim) dejavnost zdravnice ali zdravnika s koncesijo (*niedergelassene Ärztinnen und Ärzte*) ter zdravnike, ki za svoje delo ne potrebujejo ordinacije (*Wohnsitzärzte*).

Zakonsko predpisano škodno zavarovanje (*Berufshaftpflichtversicherung*) mora med drugim izpolnjevati naslednje pogoje:

- Najmanjši zavarovalni znesek 2 mio EUR za zavarovalni primer; za zavarovanje za eno leto mora biti na voljo najmanj

6 mio EUR (za skupinske prakse najmanj 10 mio EUR).

- Zavarovanje se mora obnavljati za ves čas izvajanja zdravniškega poklica. Dokazilo predložiti zdravniški zbornici.

Da bi se zdravicam in zdravnikom omogočilo najbolj ugodno ter zakonu konformno zavarovanje, je Zdravniška zbornica za Štajersko (*Ärzttekammer für Steiermark*) sklenila okvirno pogodbo z zavarovalnico *Wiener Städtische Versicherung*. Vse nadaljnje informacije so na voljo na domači strani [www.aekstmk.or.at](http://www.aekstmk.or.at).

Samoumevno je, da je v tem smislu mogoče uporabiti že obstoječa škodna zavarovanja, če le izpolnjujejo zahteve § 52d Zakona o zdravnikih.

Vir: Aerzte Steiermark, april 2011

Prevod in priredba: Marjan Kordaš



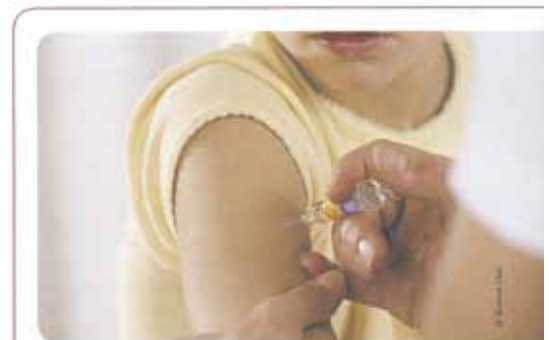
# Šolski zdravniki: pravna negotovost pri stranskih učinkih cepljenja

Gudrun Weber, referentka za šolsko medicino, meni, da cepljenje v šolah upada zaradi pravne negotovosti, zaradi katere se negotovo počutijo tudi zdravniki. Ozadje je obsodba šolske zdravnice, katere 12-letni pacient je oslepel zaradi stranskih učinkov cepljenja proti hepatitisu B. Vrhovno sodišče je zdravnico obsodilo, ker pacienta ni opozorila na to. Gudrun Weber meni, da bi se ta pravna nejasnost

morala razčistiti. Gerhard Aigner, šef sekcije v ministrstvu za zdravje, predlaga pripravo vloženke (*Aufklärungsbogen*) za starše. Avstrijska zdravniška zbornica pa meni, da s tem pravna negotovost nikakor ni razčiščena.

Vir: Österreichische Ärztezeitung, št. 7, 10. april 2011.

Prevod in priredba: Marjan Kordaš



## Schulärzte: Rechtsunsicherheit bei Impf-Nebenwirkungen

Den Rückgang der Schullimpfungen führt die Schulärztin der ÖAK, Gudrun Weber, auf die derzeit bestehende Rechtsunsicherheit zurück, die viele Ärzte verunsichern würde. Hintergrund ist die Verurteilung einer Schulärztin, deren zwölfjähriger Patient als Nebenwirkung einer Hepatitis B-Impfung erblindet war. Der Oberste Gerichtshof verurteilte die Ärztin, weil sie nicht auf diese Impf-Nebenwirkung hingewie-

# Zgornja Avstrija: Sporna reforma bolnišnic

Sporna zgornjeavstrijska reforma bolnišnic (*oberösterreichische Spitalsreform II*) še vedno spodbuja razprave. Javnost pozdravlja varčevanje, zaradi katerega naj bi po predlogu reforme za 170 zmanjšali število »akutnih« postelj (približno 9 odstotkov) in odpravili vsega skupaj sedem bolnišniških oddelkov. V bolnišnicah pa se bojijo, da se bo zmanjšala kakovost oskrbe pacientov. Ustrezni organi (politične stranke, občine,

zavarovalnice ter zastopniki zdravniške in lekarniške zbornice) so v tem smislu prvič zasedali konec marca 2011. S pomočjo reforme bolnišnic naj bi se do leta 2020 privarčevalo vsega skupaj 362 mio EUR. Brez teh ukrepov naj bi se izdatki za bolnišnice povečali za 1 milijardo EUR, na vsega skupaj 2,6 milijarde EUR.

Vir: Österreichische Ärztezeitung, št. 7, 10. april 2011

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

# Zaradi poškodbe nastajajo dvomi o cepljenju v šoli

Po hudem zapletu kot posledici cepljenja proti hepatitisu B v neki glavni šoli (*Hauptschule*) v okraju Velikovec (*Völkermarkt*) se pojavljajo dvomi, ali naj šolske zdravnice in zdravniki v prihodnje sodelujejo pri cepljenju te vrste. Leta 2004 je namreč eden od cepljenih učencev skoraj oslepel. Dežela Koroška (*Land Kärnten*) je bila obsojena na vračilo odškodnine (*Schadenersatz*) v vrednosti 55.000 EUR zato, ker zdravnica pacienta ni ustno opozorila na možne stranske učinke oz. tveganje za poškodbo vida. V utemeljitvi je bilo poudarjeno, da je bilo opozorilo še bolj nujno zato, ker cepljenje proti hepatitisu B »ni bilo zelo nujno«.

V prihodnje bo staršem na voljo zloženka s pripombo, da se lahko o vsem pogovorijo s šolskim zdravnikom.

Pogoj za cepljenje je podpis privolitve. Pri morebitnih zapletih bo za odškodnino jamčila država; zdravnik bo iz morebitnega odškodninskega postopka izločen.

Sicer pa je cepljenje proti hepatitisu B eno najbolj zanesljivih. Doslej je bilo vcepljenih že ena milijarda odmerkov in slepota – kot stranski zaplet – še ni bila opisana. V zelo redkih primerih je kot zaplet možno vnetje vidnega živca, ki pa je reverzibilno.

Če se bo zaradi zgoraj opisanega zapleta zmanjšala precepljenost šolske mladine, pa seveda grozi epidemija.

Vir: Kärntner Ärztezeitung, št. 4, april 2011

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

## Schaden bringt Zweifel an Impfungen in der Schule

Nach einem schweren Zwischenfall in Folge einer Hepatitis-B-Schutzimpfung in einer Hauptschule im Bezirk Völkermarkt bestehen Zweifel, ob Schulärzte/innen weiterhin Impfungen durchführen. Die Schulärztereferentin der OÄK, Dr. Gudrun Weber, klagte in einem TV-Interview von großer Rechtsunsicherheit. Das Gesundheitsministerium versucht, diese durch einen neuen Aufklärungsbogen zu beseitigen. Was war passiert? Ein Schüler erlitt 2004 nach einer Schulimpfung gegen Hepatitis B durch eine Amtsärztin eine hochgradige Sehbehinderung. Das Land Kärnten wurde zu einem Schadenersatz von 55.000,- Euro verurteilt. Begründung: Es habe keine mündliche Aufklärung über Nebenwirkungen, u.a. das Risiko einer Sehbehinderung, gegeben. In der Urteilsbegründung heißt es u.a., dass die Aufklärung um

so mehr geboten gewesen wäre, da die Hepatitis-B-Impfung nicht so dringlich sei. „Es ist aber nicht möglich, mit allen Eltern zu reden“, meint dazu Dr. Weber. „Die Lösung ist ein gründlicher Aufklärungsbogen“, sagt Sektionschef Aigner vom Gesundheitsministerium. Ein solcher sei mit den Ländern ausgearbeitet worden. Es gibt folgende Maßnahmen: Die Eltern erhalten den gesamten Beipacktext zum Impfstoff. Sie bekommen einen deutlichen Hinweis, dass sie alle offenen Fragen mit dem/der Schularzt/-ärztin besprechen können. Wer nicht unterschreibt, muss eine mündliche Aufklärung bekommen – oder die Impfung findet nicht statt. Weiters verweist der Bund darauf, dass er bei den empfohlenen Impfungen Schadenersatz leiste und der Arzt nicht betroffen wäre. Das Hauptproblem liegt darin, dass Schulimpfungen gerade für Kinder aus schwierigen sozialen Milieus bedeutend sind.

# Zaznavanje groženj in ocena tveganja za javno zdravje v Evropski uniji

Tatjana Frelih, Andreja Krt Lah

Zgodnje zaznavanje groženj in ocena tveganja za javno zdravje je predpogoj za učinkovito odzivanje na način, ki je sorazmeren grožnji in zagotavlja največjo možno zaščito državljanov. Nevarnosti predstavljajo nalezljive bolezni, okoljska tveganja, bolezni neznanega izvora in drugi nenadni in nenavadni dogodki, ki imajo lahko velik vpliv na javno zdravje in celotno družbo. Pripravljenost in načrtovanje za obvladovanje groženj javnemu zdravju zahteva celovit in organiziran pristop, ki ga lahko zagotovimo le z usklajenim delovanjem različnih deležnikov znotraj države, Evropske unije (EU) in mednarodno.

Pravočasna zaznava groženj, ki bi potencialno lahko pomenile grožnjo zdravju Slovencev, je ena od pomembnih nalog, ki jih opravlja epidemiološka služba Inštituta za varovanje zdravja (IVZ) in območnih Zavodov za zdravstveno varstvo (ZZV). Nalezljive bolezni kljub napredku medicine in paleti novih antimikrobnih sredstev ostajajo »speča pošast« in se ob današnjih migracijah ljudi lahko hitro razširijo prek meja.

Mednarodno širjenje nalezljivih bolezni in odzivanje na druge nenadne in nenavadne dogodke, ki lahko predstavljajo tveganje za javno zdravje, ureja Mednarodni zdravstveni pravilnik (MZP). Namen in obseg tega pravilnika je zaščititi javno zdravje ter zagotoviti odzive na grožnje na način, ki je sorazmeren s tveganji, in se izogniti nepotrebnemu poseganju v mednarodni promet. V letu 2005 je bil sprejet nov MZP, ki vsebuje velike spremembe na področju nacionalnega in mednarodnega javnega zdravja. Ena bistvenih sprememb je bila razširitev na vse dogodke, ki lahko mednarodno ogrožajo javno zdravje. Od držav članic zahteva, da ohranijo sposobnost za odkrivanje, oceno, poročanje in obveščanje o vseh dogodkih, ki lahko predstavljajo tveganje mednarodnih razsežnosti za javno zdravje Svetovni zdravstveni organizaciji (SZO).

Evropski center za preprečevanje in obvladovanje nalezljivih bolezni (ECDC) je začel delovati leta 2005. Cilj ECDC je opredeliti in ovrednotiti grožnje, ki jih predstavljajo nalezljive bolezni, ter o tem obveščati vse članice. Deluje z majhno ekipo zaposlenih, vendar ima po vsej EU in državah članicah Evropskega gospodarskega prostora oz. Evropskega združenja za prosto trgovino (EGP/EFTA) razširjeno mrežo partnerjev in pri epidemiološkem spremljanju nalezljivih bolezni in zgodnjem zaznavanju novih in na novo porajajočih se (*reemerging*) nalezljivih bolezni sodeluje tudi z nacionalnimi inštituti za varovanje zdravja. Pomemben del dejavnosti

ECDC predstavlja učinkovito odzivanje na izbruhe bolezni ali nenavadne dogodke, ki predstavljajo tveganje za javno zdravje.

ECDC tudi izobražuje strokovnjake javnega zdravja v EU in v državah EFTE z namenom spodbujanja sodelovanja med posameznimi državami članicami, izmenjave izkušenj, izboljšanja dela, zmanjševanja obstoječih razlik, ohranjanjem ustreznega ravnovesja ter identifikacijo vseh ciljnih strokovnjakov. Pomembna je tudi krepitev neformalnih stikov za hitrejši pretok informacij o grožnjah javnemu zdravju.

ECDC izvaja v sodelovanju z Agencijo za varovanje zdravja (HPA) od leta 2009 enotedenske delavnice z namenom izpopolnjevanja in nadgradnje znanja in sodelovanja na področju zaznave groženj in nadgradnje z izkušnjami udeležencev ter seznanitvijo z vlogo ECDC. Letošnja delavnica je potekala od 7. do 11. marca v prostorih ECDC v Stockholmu. Med 20 udeleženci iz 15 različnih evropskih držav sva bili tudi slovenski predstavnici z IVZ in ZZV Kranj.

Delavnica je potekala v obliki predavanj, delavnic, prikaza primerov ter ob skupinskem in individualnem delu preko cellega dne. Vsako jutro so bila najprej uvodna predavanja, nato pa smo na praktičnih vajah obravnavali posamezne primere groženj. Spoznali smo orodja za zaznavanje groženj, izdelovali ocene tveganja ter pripravljali oceno tveganja za nosilce odločanja na nacionalni ravni in na ravni EU. Predstavljene so bile vse strukture in sistemi, ki so vključeni v spremljanje



Udeleženci delavnice.

in nadzor nad nalezljivimi in neznanimi boleznimi, ki lahko predstavljajo grožnjo javnemu zdravju na ravni EU, ter s spremljanjem in nadzorom povezani različni izrazi in definicije, ki se pri tem uporabljajo, in njihov pomen. Predstavljeni so bili različni algoritmi, modeli odločanja (ocenjevanja tveganj na podlagi verjetnosti ali vplivov na javno zdravje) in načela ocenjevanja groženj zaradi nalezljivih bolezni in bolezni neznanega izvora. Predstavili so nam načelo delovanja ocenjevanja groženj in odzivanja na ravni EU in merila, na podlagi katerih se začne ocena ogroženosti ter pristop, ki ga uporablja ECDC.

Prvi dan je bila predstavitev ECDC in seznanitev s predstavniki posameznih enot. Drugi dan so bile predstavitve aktivnosti izvajanja pripravljenosti in odzivanja na grožnje po posameznih državah, ki smo ga pripravili udeleženci delavnice.

Posebej zanimiva je bila delavnica s fotografijami s prizori različnih nevarnih živali ali tveganimi aktivnostmi za zdravje. Posameznik je izbral po dve fotografiji, in sicer eno, na kateri je bilo tveganje, ki bi ga bil pripravljen sprejeti, in drugo, na kateri je bilo tveganje, ki ga za nobeno ceno ne bi sprejel. Namen je bil dojeti **koncept tveganja**, ki je vedno odvisen od **verjetnosti** in od **resnosti tveganja**. Pri oceni tveganja moramo vedno upoštevati tudi, ali imamo na razpolago ukrepe, s katerimi lahko tveganje spremenimo ali zmanjšamo.

Predstavili so nam koncept »*epidemic intelligence*« (EI), ki vključuje vse aktivnosti, povezane z zgodnjim odkrivanjem groženj, ki lahko predstavljajo tveganje za javno zdravje, ter njihovo preverjanje in ocenjevanje, z namenom priprave učinkovitih preventivnih ukrepov. Pri **zgodnjem odkrivanju groženj se vključuje vse informacije, ki jih pridobimo tako na podlagi kazalnikov, ki jih pridobimo pri rutinskem epidemiološkem spremljanju (*indicator based surveillance*), kakor tudi na podlagi spremljanja nenavadnih dogodkov (*event based surveillance*)**. Registrira se tudi bolezni, ki niso vključene v obvezno prijavljanje, razen zdravstva se vključuje tudi druge uradne in neuradne vire (kmetijstvo, okolje, šolstvo). Poudarek je na vseh dogodkih, ki imajo lahko resne zdravstvene posledice, in ne le tistih, ki so povezani z nalezljivimi boleznimi.

Pri **preverjanju, preiskovanju in ocenjevanju informacij** so bila predstavljena merila za vključevanje informacij ter orodje *Threat Tracking Tool* (TTT), ki ga za spremljanje groženj uporablja ECDC. Predstavili so nam načela izdelave **ocene tveganja**, pristope in bistvene elemente, ki jih mora ocena vsebovati. Temeljiti mora na najboljših razpoložljivih znanstvenih dokazih, ki so dobro dokumentirani in podprti z referencami, biti mora dovolj prožna za različne situacije, pregledna, dosledna, racionalna in razumljiva za vse vpletene, predstavljene morajo biti vse negotovosti in predpostavke.

Zelo veliko smo se naučili pri praktični vaji, katere scenarij je temeljil na resničnem dogodku, ko je prišlo do vnosa stekline iz endemskega območja stekline z nelegalnim uvozom

steklega psa v državo EU brez stekline. Spoznali smo različne načine zbiranja in pridobivanja informacij in se seznanili z različnimi pristopi pri izdelavi ocene tveganja in ukrepi na vseh ravneh.

V praktičnih vajah smo ocenjevali tudi različna sporočila, ki so bila posredovana preko sistema za zgodnje zaznavanje groženj (npr. EWRS). Vsako sporočilo je bilo treba oceniti, ali vsebuje elemente, ki zahtevajo izdelavo ocene tveganja, in sprejeti odločitev o tem, katere deležnike je treba obvestiti. Uporabo algoritmov za oceno tveganja na nacionalni ravni in ravni EU smo preizkusili na podlagi scenarija o vnosu virusa Zahodnega Nila v državo, kjer te bolezni predhodno ni bilo.

Pomemben del EI predstavlja tudi poročanje o grožnji javnemu zdravju. Predstavljeni so bili različni vidiki komunikacije z različnimi mediji in na kaj moramo biti pozorni pri posredovanju ključnih informacij. Seznanili smo se z bistvenimi elementi krizne komunikacije, izdelavo komunikacijskega načrta ter načini posredovanja informacij različnim ciljnim skupinam.

Predstavnica Evropskega urada SZO je predstavila MZP, njegov namen in obveznosti posameznih držav ter načela komuniciranja in obveščanja na ravni SZO v primeru pojava groženj ter načela ocenjevanja tveganj na osnovi kriterijev iz Anexa II MZP. Vsi udeleženci smo se tekom tedna enkrat udeležili okrogle mize, ki je vsak dan ob 11.30 v Centru za hitro ukrepanje (EOC) ECDC. Oseba, zadolžena za EI, posreduje zbrane informacije o grožnjah, le-te potem obravnavajo prisotni različni strokovnjaki ter se odločajo o nadaljnjih ukrepih in posredovanju informacij.

Delavnica je bila zelo interaktivna, pridobljene informacije, znanje in veščine pa uporabni in koristni. Osvojili smo koncept epidemiološke inteligence in pridobili znanje, kdaj informacija oz. dogodek pomeni grožnjo za javno zdravje, kako to informacijo posredovati naprej in kaj je v pristojnosti posameznih deležnikov.

## Razpis za koncesijo za splošno medicino



Občina Železniki obvešča, da je dne 1. 6. 2011 na svoji internetni strani objavila javni razpis za podelitev koncesije za opravljanje javne zdravstvene službe na področju splošne medicine na območju občine Železniki.

Rok za prijave je 15. 7. 2011.

Razpis z razpisno dokumentacijo je na voljo na internetni strani Občine Železniki: [www.zelezniki.si](http://www.zelezniki.si), pod »razpisi«, in v sprejemni pisarni Občine Železniki.

Akreditacijski certifikat NIAHO v Sloveniji

# Klinika Golnik in URI – Soča pridobili status akreditiranih zdravstvenih organizacij

*Danica Šprajcar, Jurij Švajger*

V Ljubljani je 10. maja 2011 potekal poslovni seminar slovenskih in norveških gospodarstvenikov, v sklopu katerega se je odvijal tudi Slovensko-norveški forum o varnosti in mobilnosti pacientov. Odprtja poslovnega seminarja sta se udeležila tudi predsednik Republike Slovenije dr. Danilo Türk in norveški kralj Harald V. ter nagovorila poslovneže iz obeh držav. Kralj Harald V. je v svojem nagovoru poudaril stalno povečevanje sodelovanja obeh držav, predsednik dr. Danilo Türk pa je pozval k tesnejšemu sodelovanju obeh držav tudi na področju zdravstvenih storitev.

Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu za obdobje 2010–2015, ki jo je pripravilo Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, je eno od izhodišč za to sodelovanje. Z njo je ministrstvo pozvalo zdravstvene organizacije k pridobitvi mednarodno veljavnih certifikatov ali priznanj za sistematično vodenje kakovosti. Eno od takih priznanj je tudi akreditacijski certifikat po standardu NIAHO.

NIAHO je kratica za National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations, ki z različnimi pristopi zdravstvenim organizacijam pomaga, da dopolnijo svojo oskrbo in varnost za paciente in pridobijo certifikat, ki ga potrdi DNV Healthcare Inc.

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik in Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča (URI – Soča) sta prvi instituciji v Sloveniji in v Evropi, ki sta izpolnili vse zahteve akreditacijskega programa NIAHO in si s tem zaslužili akreditacijski certifikat za vzpostavljen in

delujoč sistem zagotavljanja uspešne in varne skrbi za paciente. Generalni direktor norveškega podjetja Det Norske Veritas (DNV) Healthcare, Espen Cramer, je predstavnikoma obeh ustanov predal mednarodni certifikat ob slavnostnem odprtju poslovnega seminarja. Z izročitvijo certifikatov sta organizaciji dobili status akreditiranih zdravstvenih organizacij in si pripravili boljše možnosti ob uveljavitvi Evropske direktive o mobilnosti pacientov.



Podelitev akreditacijskega certifikata v Unionski dvorani v Ljubljani, 10. maja 2011. Od leve: minister za zdravje Dorijan Marušič, poslovni direktor klinike za fizikalno in rehabilitacijsko medicino Jurij Švajger, direktor klinike Golnik Mitja Košnik, generalni direktor Det Norske Veritas Healthcare Espen Cramer.

## Zdravnik in družba

*Nina Mazi*

Zdravniki so že od nekdaj deležni vsesplošnega spoštovanja, ugleda, priznanja in občudovanja – imajo posebno mesto in položaj v družbi. Zdravniški poklic predstavlja utelešenje najvišjega ideala in uresničitev najlepših (pogosto skritih) sanj za številne predstavnike mlade in odrasle generacije. Rezultati najnovejše spletne javnomnenjske raziskave na slovenskem portalu, ki je potekala v začetku januarja leta 2011, pričajo, da se pri nas zdravnik nahaja na 4. mestu med sanjskimi poklici z 12,5

odstotka glasov, za direktorjem velikega podjetja (17,3 odstotka), univerzitetnim profesorjem (15,5 odstotka) in pilotom (14,4 odstotka). Zdravnikom na lestvici sanjskih poklicev v RS na petem mestu sledijo poslanci z 10,6 odstotka glasov.

Strokovnjaki in poznavalci, ki se poglobljeno ukvarjajo s tem področjem, so prepričani, da so vpliv in vloga, pa tudi moč in prestiž spremljevalci zdravnikov od samega začetka. Da so zdravnike povezovali, neredko celo primerjali z bogovi in enačili z božanstvi,

pričajo številna odkritja – med novjšimi velja omeniti ostanke zdravnika, ki je živel in deloval pred več kot 4.000 leti. Egipčanski arheologi, ki so nedavno odkrili njegove mumificirane ostanke, poročajo, da je bil v grobnico pokopan s svojimi bronastimi kirurškimi instrumenti in pripomočki ter izbrano medicinsko opremo. V grobnici pa so našli tudi glinene posode z zdravnikovim imenom in 22 bronastih kipcev bogov, ki so mu pomagali pri zahtevnem poslanstvu.

Prestični status zdravnika je že staroegiptovske in antične znanstvenike napeljal k razmišljanju o možnosti zlorabe izjemnega položaja, časti in zaupanja, ki so ju bili predstavniki zdravniškega poklica deležni v družbi. Vse naštetu naj bi pomembno vplivalo na Hipokratovo odločitev, da izoblikuje in uveljavi slovesno zaprisego, ki zdravnika postavlja predvsem v vlogo skrbnika, pomočnika, zavetnika, zavetnika, prijatelja in svetovalca bolnikov in vseh pomoči potrebnih. Mu nalaga služenje in pomoč, ne pa vladanje človeštvu. Glavnina zdravnikov svoje poslanstvo jemlje resno in zavzeto služi ljudem, sem ter tja pa komu spodleti – namesto služenja ga zamika vladanje. In ker so izjeme praviloma veliko bolj opazne in provokativne od običajne večine, je javnost veliko bolj pozorna na različna stranpota; kršitelje Hipokratove zaprisege z zanimanjem opazujejo, jih javno ožigosajo in si jih tudi veliko bolj zapomnijo. Čeprav po objektivnih ocenah strokovnjakov delež resnejših kršitev zdravniškega poslanstva ne presega 1 do 2 odstotkov, pa so te toliko bolj odmevne in temu primerno tudi precej škodijo ugledu zdravništva.

Posebno mesto, vpliv in vloga zdravnika v družbi, ki se ponša z večtisočletno tradicijo, sloni na vrsti pomembnih, objektivnih temeljev:

## Nadarjenost, intelektualna bravuroznost

Za študij medicine so se od nekdaj odločali najbolj nadarjeni, študiozni in resni dijaki oz. maturanti, ki so imeli tudi največ možnosti, da opravijo zahtevne sprejemne izpite, nato pa s svojimi potenciali in zavzetim delom redno in uspešno izpolnjujejo številne zahtevne študijske obveznosti ter upravičijo zaupanje strogih profesorjev, mecenov in mentorjev ter svojih bodočih pacientov oz. ljudi, ki bodo v težavah in stiski potrkali na njihova vrata.

## Zahteven in drag študij

Po najnovjših izračunih o stroških študija na posameznih fakultetah, ki so jih v okviru raziskave za potrebe EU naredili v Nemčiji, sodi študij medicine med najdražje vrste akademskega izobraževanja na dodiplomski, pa tudi podiplomski stopnji. Na vrhu lestvice najdražjih fakultetnih izobraževanj se nahaja študij umetnostne zgodovine (59.000 evrov), sledi mu filozofija (58.200 evra), na tretjem mestu je (humana) medicina, pri kateri znašajo stroški študija 56.200 evrov, za medicino so se v evropskem prostoru uvrstili: zgodovina (55.500 evrov), informatika (52.800 evrov), elektrotehnika (49.900 evrov), kemija (48.500 evrov), ekonomija in poslovne vede (47.400 evrov), na predzadnjem mestu je farmacija, ki terja 46.300 evrov, na samem repu lestvice pa je pristal študij

prava, ki stane 42.600 evrov. Povprečni finančni zalogaj, ki ga mora za posameznega akademskega izobraženca država (družba) ali družina (posameznik) vložiti v fakultetni študij, znaša v Evropski uniji okoli 51.000 (50.600) evrov. Pri oblikovanju lestvice finančne zahtevnosti različnih vrst študija so izvajalci iz podatkovne baze držav članic črpali numerične parametre tako državnih, javnih kot tudi zasebnih visokošolskih ustanov, vanje pa so vključeni vsi stroški, ki so povezani z obveznimi študijskimi aktivnostmi študentov. Za svetovljanski študij, ki ustvarja vsestransko podkovane izobražence *par excellence*, je treba na široko odpreti denarnico. Poleg finančne je v primeru študija medicine zahtevna tudi njegova časovna in energetska plat.

Sposobnim in ambicioznim posameznikom, ki si želijo med in po študiju graditi kariero v mednarodnih vodah (EU, Amerika, Kanada, Azija, Avstralija), strokovnjaki svetujejo, naj se potegujejo za mesto na mednarodnih izobraževalnih ustanovah (večinoma zasebnih). Te so študentom na voljo v Avstriji, Nemčiji, Italiji, Skandinaviji, Franciji, Španiji in v drugih državah EU. Številne izmed tovrstnih visokošolskih institucij sprejemajo študente iz vsega sveta (zlasti tiste z mednarodno matura), učni in pogovorni jezik je praviloma angleščina, študijski programi so v glavnem kompatibilni s tistimi v ZDA, v okviru rednega študija pa sodi tudi izmenjava študentov (bivanje na priznanih sorodnih univerzah v tujini) in profesorjev (gostujoči profesorji – pedagogi in raziskovalci). Študentje tekom študija praviloma bivajo v lepo urejenih študentskih domovih oz. naseljih. Za naštetu svetovljansko izobraževanje pa je seveda treba plačati tudi ekskluzivno ceno: višina letnih šolnin znaša več deset tisoč evrov na študenta. V opisano mednarodno ponudbo je vključen tudi mednarodni študij medicine – samostojno ali v kombinaciji s farmacijo, menedžmentom, psihologijo, pravom in informatiko. Medicina velja za enega najbolj »komponibilnih študijev«, ki je naklonjen interdisciplinarnosti, zato ga je mogoče kombinirati z različnimi študijskimi področji, usmeritvami in specialnostmi.

## Vseživljenjsko izobraževanje, izpopolnjevanje in usposabljanje

Zdravniki se učijo do groba. Kontinuirano, vseživljenjsko izobraževanje, usposabljanje in izpopolnjevanje, ki je bilo nekoč obvezno le za zdravnike, znanstvenike, raziskovalce in univerzitetne profesorje, je postalo realnost za vse, ki hočejo v prihodnosti imeti delo in posel – si s svojim intelektualnim kapitalom služiti kruh ter z ustvarjeno dodano vrednostjo prispevati k razvoju in napredku človeštva. Zato postajajo učenje, izobraževanje in izpopolnjevanje nepogrešljive sestavine življenja in dela našega časa za vse poklice, čeprav so pri zdravnikih in njim sorodnih poklicih, ki imajo neposredni stik oz. opravke z ljudmi, še posebej pomembni. Učinkovitost izobraževanja in izpopolnjevanja ter premišljenost uporabe pridobljenega znanja, izkušenj in kompetenc sta odvisni tudi od ustreznega ovrednotenja oz. načrtnega menedžmenta znanja. Strokovnjaki se zavzemajo za povečanje obsega in kakovosti dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja. Seveda pa znanje samo po sebi ne zadostuje. Priznani slovenski znanstvenik, strokovnjak, pedagog in



raziskovalec prof. dr. Anton Dolenc poudarja, da je zlasti pri zdravnikih v ključnih trenutkih morala oz. etika pred strokovnostjo.

## Zdravniki, dragoceni kadri in zelo iskani strokovnjaki

Dobri zdravniki in preverjeni specialisti sodijo v Evropi, ZDA in na ostalih celinah med izredno iskane poklice. Po zaželenosti na trgu delovne sile se zdravniki, ki v ZDA prihajajo z vsega sveta in se skušajo čim bolj plasirati že na prvi preizkušnji – t. i. »Flex Tests«, uvrščajo takoj za najbolj »vroče« in aktualne IT-strokovnjake, specialiste za informacijsko tehnologijo. Podobna situacija kot na nasprotni strani Atlantika, pa je tudi na stari celini. Dober zdravnik ima dovolj priložnosti, da se poklicno uveljavi tudi v Evropi, zlasti v državah EU. Za začetek se lahko odloči kar za sosednjo Avstrijo, kjer so zdravniki izredno iskani in zaželeni. Največ možnosti za uspeh na trgu delovne sile imajo v deželi na senčni strani Alp po mnenju poznavalcev izurjeni zdravniki srednjih let, moškega spola. Številne strokovnjake namreč skrbi domača »feminizacija« na medicinskih fakultetah, ki se sčasoma seveda prenese tudi v javne in zasebne zdravstvene ustanove. Kadrovski primanjkljaj v Sloveniji pa botruje dejstvu, da so zdravniki tudi pri nas zelo iskani, a pogosto še vedno premalo cenjeni, preslabo nagrajevani in premalo spoštovani.

## Imunost na finančno krizo in gospodarsko recesijo

Strokovnjaki na stari in novi celini ugotavljajo, da sodi zdravstvo med redke panoge oz. področja, ki so imuna na finančno krizo in gospodarsko recesijo. Številni kazalci namreč pričajo, da zdravstveni sektor v času upadanja konjunktura postaja vse pomembnejši, temu primerno pa se tudi povečujejo možnosti za zaposlitev na tem področju. Tako danes v EU in v ZDA vlada precejšnje povpraševanje po zdravstvenih strokovnjakih, zlasti medicinskih sestrah in zdravnikih različnih specialnosti. Po ugotovitvah strokovnjakov Svetovne banke zdravstvena panoga napreduje tako v času visoke gospodarske konjunktura kot tudi v kriznih obdobjih. V obeh obdobjih se namreč nenehno pojavljajo tradicionalne in nove bolezni, motnje in poškodbe, ki terjajo strokovno oskrbo in zdravljenje. Glavni dejavnik aktualnega »zdravstvenega buma« pa tiči predvsem v nezadržnem staranju sodobnega prebivalstva razvitega sveta. V času, ko se glavnina gospodarskih in storitvenih panog sooča s pomanjkanjem naročil in posledičnim odpuščanjem, pa strokovnjaki v ZDA napovedujejo, da bo v naslednjih sedmih letih (do leta 2016) njihov zdravstveni sektor zagotovil kar 3 milijone novih delovnih mest. Potrebovali bodo zdravnike, farmacevte, medicinske sestre, zdravstvene menedžerje in druge zdravstvene strokovnjake. Zdravstvo tako danes predstavlja najhitreje rastoče gospodarsko področje (industrijo), ki na vrhuncu recesije naravnost cveti. Na vsakih 20 novih zaposlitev jih je danes kar sedem v zdravstvenem sektorju. Slednji tako trikrat pomaga gospodarstvu: zmanjšuje stopnjo brezposelnosti in socialno stisko prebivalstva, poganja kolo razvoja (gospodarstvo, znanost, izobraževanje) in skrbi za zdravje vseh, ki (še) imajo delo, da ga lahko opravljajo čim bolj kakovostno.

Zato razvojno naravnane države skrbijo za strokovno avtonomijo zdravstvenih strokovnjakov in z njimi vodijo odprt, demokratičen dialog ter jih vključujejo v polilog na različnih ravneh in področjih.

## Spodbudna tradicija in poslanstvo, ki se prenaša iz generacije v generacijo

V številnih državah, vključno s Slovenijo, sodi zdravniški poklic med poklice z dolgo in bogato družinsko tradicijo. Kar prinaša številne prednosti in ugodnosti, tako za zdravnike kot tudi za njihove varovance. Praksa, ki temelji na dejstvu, da imajo ambiciozni, uspešni, izobraženi in dobro situirani starši, ki veliko pozornosti, časa, denarja in energije posvečajo svojim potomcem, praviloma tudi perspektivne otroke. Do podobne ugotovitve je s poglobljeno trideset let trajajočo raziskavo prišla skupina nemških strokovnjakov (psihologov, pedagogov in sociologov) z univerze v Kölnu, ki je od leta 1969 do 2000 opazovala in proučevala več kot 1.600 gimnazijcev. Rezultati omenjene obsežne študije pričajo, da ravnanje, odnos, vedenje in mišljenje staršev odločilno vpliva na potomce. Roditelji (skrbniki) so otrokom prvi zgled in vzor, ko gre za odnos do dela, dolžnosti in obveznosti, učenja, lojalnosti, zavzetosti, navdušenja, resnosti ipd. Ravnanje staršev, njihov materialni kapital, poznanstva in družabne naveze (socialni kapital) – odnos do dela in življenja nasploh, se prenaša na potomce naslednje generacije. V isti sapi pa vodja raziskave, prof. dr. Heiner Meulemann, poudarja, da bogastvo in prodornost sama po sebi še nista zagotovilo za uspeh, srečo in zadovoljstvo. Pomembne in uspešne družine pogosto izvajajo pritisk na svoje otroke, od njih veliko pričakujejo in še več zahtevajo. Če otroci ne dosežejo zadanih ciljev in ne izpolnijo pričakovanj svojih staršev, jih družba pogosto označi za neuspešne, ki so odpovedali in se izneverili perspektivni družinski tradiciji. Večina izmed otrok in mladine, ki je sodelovala v raziskavi, pa uspe uresničiti sanje svojih predhodnikov in si tako zagotoviti relativno perspektivno življenje. Omenjena trditev naj bi po mnenju strokovnjakov in poznavalcev EU veljala zlasti za zdravniške sloje.

## Obvladovanje odnosov in komunikacije

Zdravnik je mojster odnosov in komunikacije. Zaveda se zdravilne moči besed in sodelovanja ter jih uporablja tudi v terapevtske namene. Dober zdravnik preprečuje, lajša in odpravlja bolničkove težave – zdravi tudi z besedo. Pomembno dejstvo, ki se ga številni zdravniki, zlasti mlajše generacije, danes pogosto sploh ne zavedajo. Ameriški sociologi in japonski psihologi, ki so s poglobljeno raziskavo vzeli pod drobnogled ključne komponente vpliva zdravnika oz. terapevta na bolnika (varovanca) in njegove svojce, so tekom svojega proučevanja ugotovili, da je beseda s svojo nesluteno izrazno močjo lahko izredno učinkovito zdravilo. V ambulanti in bolnišnici, pri stiku s terapevtom, so bolniki najbolj pozorni na dvoje: na zdravnikovo vedenje in govorjenje (njegovega znanja, izkušenj in kompetenc ne morejo ocenjevati *ad hoc*, zato jih imajo raje za samoumevne).

V zvezi s slednjim pa je izjemno pomembna še ena dodatna ugotovitev: bolnike (uporabnike) običajno bolj kot vsebina zanima in pritegne (odvrne) način, kako, kdaj in zakaj, pa tudi komu zdravnik nekaj reče. Spoznanje, ki je povezano tudi in predvsem z dejstvom, ki so ga že ob koncu 20. stoletja izpostavili ameriški raziskovalci, da večina bolnikov sploh ne razume (in si tudi ne prizadeva, da bi razumela) glavnine tega, kar jim zdravnik pripoveduje. Pa tudi tisti, ki bi njegovo pripoved lahko razumeli, se praviloma bolj osredotočajo na način in obliko (*modus parlandi*), kot na vsebino. Zato skuša večina bolnikov in njihovih najbližjih iz vrste in načina zdravnikovega govorjenja in vedenja razbrati oz. ugotoviti vsebino in pomen njegovega sporočila. Če bi se zdravniki tega bolj zavedali, ne bi podcenjevali moči, ki jo imajo besede pri zdravljenju, in bi se bolj izurili v komunikaciji (verbalni in neverbalni). Tako bi lahko mnoge izmed svojih pacientov pozdravili tudi ali celo samo z besedo. Ugotovitev o moči in pomenu besede iz zdravnikovih ust dejansko sploh ni novost, saj je že starogrški oče sodobne medicine, veliki Hipokrat, v antiki učil, da je tudi tolažba lahko za trpečega učinkovito zdravilo. V času, ko se zdravstvo srečuje z materialnimi težavami, je moč besede pri zdravljenju še toliko bolj pomembna.

Sodobni zdravstveni utrip zaznamuje predvsem troje: napredek znanosti in tehnike, razvoj družbe in racionalizacija na vseh ravneh. Izdatke, namenjene zadovoljevanju zdravstvenih potreb prebivalstva, je mogoče učinkovito omejiti in zmanjšati tudi s pomočjo dosežkov znanosti in tehnike. Izumi, ki omogočajo uspešno varčevanje, ne da bi pri tem trpeli bolniki in uporabniki, se v zadnjem času nizajo z naraščajočo hitrostjo.

Medicina, ki je iz zdravljenja oz. preprečevanja bolezni v tretjem tisočletju prešla na menedžment zdravja, je z zdravniki na čelu odgovorna in pristojna predvsem za troje: odnose, higieno in izkoriščanje (razpoložljivih) potencialov (materialnih in nematerialnih). Prizadevati si mora za njihovo izboljševanje, dopolnjevanje, nadgradnjo, poglobljanje, povezovanje, kombiniranje, razporeditev (klasifikacijo), razvrščanje (kategorizacijo), vrednotenje (evalvacijo), umeščanje (hierarhizacijo), določanje prednosti (prioretizacijo) in primerjanje (komparacijo). Vse našteje naloge so pomembne in nujno potrebne, kompleksne in zahtevne, razvojno zaznamovane in trajnostno naravnane. Zato jih ni mogoče opravljati *ad hoc*, mimogrede in kampanjsko. Številnim zdravnikom pa za potrebni načrtni, organizirani in sistematični pristop primanjkuje časa in znanja, pogrešajo pa tudi sodelovanje, pomoč in podporo sodelavcev, pacientov, zavarovalnice, medijev in vlade.

## Pragmatičnost, praktičnost, vizija

Zdravniki so pragmatiki, naklonjeni konkretnim, preprostim in uresničljivim rešitvam. Prepričani so, da je zdravstvo mogoče voditi in upravljati na jasen, pregleden in razumljiv način, brez velikih besed in zapletenih scenarijev. Preprosta, na zdravem razumu osnovana sprememba je vse, kar po mnenju številnih strokovnjakov potrebuje »bolno« zdravstveno varstvo v glavnini držav na pragu 21. stoletja. Namesto dragih reform in zamudnih procesov transformacije se je najprej treba osredotočiti na glavni problem in se posvetiti eni sami, ključni nalogi, o kateri glavnina pristojnih danes sploh ne razmišlja. Zdravnike in ostale zdravstvene strokovnjake je

treba usposobiti, usmeriti in plačati le za tisto, za kar so dejansko pristojni in odgovorni: za zdravje (in blagostanje) ljudi. Pri tem pa jih čim bolj razbremeniti vseh ostalih obveznosti, ki ne sodijo v njihovo neposredno strokovno področje: birokracije, administracije, politike ipd. Uvesti je treba sistem, usmerjen v zdravje in ne podrejen bolezni, ki bo spodbujal in nagrajeval zdravje in ne bolezen – kar pomeni, da bodo zdravstvene ustanove nagrajena za »proizvodnjo zdravja in zagotavljanje visoke kakovosti življenja«. Sistem, ki v preprosti in vsem razumljivi logiki pomeni, da je idealni pacient zdrav in zadovoljen pacient. Ekonomsko plat opisane nujne in odločilne spremembe pa je mogoče izraziti s preprosto linearno enačbo: zdrav in zadovoljen pacient = bogat in zadovoljen zdravnik.

## Priljubljenost, spoštovanje in občudovanje

Skupina multidisciplinarnih strokovnjakov, ki se je odločila pod drobnogled vzeti zdravnike različnih specialnosti, je na podlagi svojih ugotovitev izoblikovala lestvico zdravniških razvrstitev po različnih rangirnih kriterijih ter njihov vpliv na ožje in širše socialno okolje.

Rang	Poklic/ delo/ specializacija	Mesto med 100 najbolj- šimi poklici	Odstotek sodelu- jočih, ki menijo, da določen poklic s svoji delom ustvarja boljši svet
1	Zdravnik anesteziolog	68	76,5
2	Direktor fizioterapije	46	63,3
3	Zdravnik, vodja urgentnega oddelka	25	60,0
4	Predstojnik oddelka za rehabilitacijo	74	56,7
5	Bolnišnični administrator	36	56,2
6	Vodja bolnišničnega oddelka	86	54,8
7	Specialist splošne kirurgije	75	52,6
8	Delovni terapevt	19	50,6
9	Direktor programa zdravstvene dejavnosti	50	50,0
10	Socialni delavec	53	52,0

## Zakaj si zdravnik zasluži posebno mesto v družbi?

Zato, ker rešuje človeška življenja (najbolj pogost argument), skrbi za zdravje in vitalnost ljudi, ker veliko zna in zmore, ker pri svojem

delu nosi veliko odgovornost, ker je študij medicine dolg, drag in zahteven, ker je njegovo delo zelo naporno, ker mora nenehno študirati in biti na tekočem z dosežki znanosti in tehnike, ker mora nenehno spremljati dogajanje, ker nikoli popolnoma ne sleče svoje halje, ker svoje življenje žrtvuje za druge, ker ima ugled, vpliv, moč, ker je spoštovan in cenjen, ker je nenehno pod drobnogledom itd. Ker pri obravnavi bolnikov in njihovih svojcev, pa tudi v stikih s kolegi in sodelavci pogosto igra vlogo učitelja (pedagoga), ki je pripravljen dobrohotno posredovati svoje dragoceno znanje in izkušnje (ključni, najbolj pogost argument), ker je glavni akter v družbi, ki postavlja zdravje in znanje na sam vrh lestvice vrednot, ker se tudi sam nenehno izobražuje, izpopolnjuje in usposablja; ker svetuje in vzgaja, ker mora veliko vedeti in znati, ker mora biti zelo iznajdljiv in domiseln, ker je njegovo delo zelo zahtevno in naporno, ker je njegovo delo zelo odgovorno, ker mora biti nenehno »na preži«, ker je slabo plačan, ker nima pravega ugleda in statusa v družbi, ker mora imeti jeklene živce, ker je nepogrešljiv in nena-domestljiv, ker mora biti dober strokovnjak in odličen psiholog, ker brez njega družba ne more napredovati, ker veliko daje, ne da bi zato zahteval plačilo, ker omogoča razvoj, ker spodbuja, podpira in počne še marsikaj, kar se glavnini zdi logično in samoumevno.

V sodobni demokratični in urejeni družbi je zdravnik dobro plačan (nagrajen), cenjen, spoštovan, priznan in občudovan. Hkrati pa se ukvarja predvsem z zadevami, za katere je usposobljen in poklican. S svojim delom zasluži dovolj, da lahko živi perspektivno, kakovostno in korektno (mu ni treba razmišljati o postranskih zaslužkih in iskati dodatnega dela) ter se lahko suvereno posveča svojemu pomembnemu in zahtevnemu poslanstvu. S tem koristi sebi in svojim bolnikom oz. človeštvu nasploh. Zdravnik razmišlja in dela brez nepotrebnih zavor, ovir, zaprek in omejitev. Ko gre za pomoč in služenje ljudem, je zdravnikova meja nebo, v vseh ostalih primerih pa mu okvire postavlja oče Hipokrat v svoji zaprisegi.

Z veličino, pomenom in vlogo zdravnika v družbi so se poleg Hipokrata, Sokrata, Platona in Aristotela ukvarjali še Majmonides, Galen, Paracelsus in številni drugi veliki duhovi človeške zgodovine. Učencu, ki ga je spraševal, na kaj mora biti pri svojem delu najbolj pozoren, je Majmonides pojasnil:

»Pot je gladka in ravna (zložna in položna). Pazi le, da ti drugi ne bodo metali skalovja pod noge, in kar je še pomembnejše, glej, da si skal na pot ne boš metal sam ...«

## Dvoletne izkušnje zastopništva pacientovih pravic

*Zlata Remškar*

V februarju 2008 smo v Sloveniji sprejeli Zakon o varovanju pacientovih pravic, ki je uvedel funkcijo regijsko razporejenih zastopnikov pacientovih pravic. Le-ti naj bi po zakonu ščitili naslednjih štirinajst pravic bolnikov: pravico do dostopa do nujne zdravstvene oskrbe in zagotavljanja preventivnih storitev; pravico do enakopravnega dostopa glede vrstnega reda in obravnave pri zdravstveni oskrbi; pravico do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev; pravico do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe; pravico do spoštovanja pacientovega časa; pravico do obveščenosti in sodelovanja; pravico do samostojnega odločanja o zdravljenju; pravico do upoštevanja vnaprej izražene volje; pravico do preprečevanja in lajšanja trpljenja; pravico do drugega mnenja; pravico do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo; pravico do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov; pravico do obravnave kršitve pacientovih pravic ter pravico do brezplačne pomoči pri uresničevanju pacientovih pravic.

Sprejetje novega Zakona o varovanju pacientovih pravic je leta 2008 sovpadalo z razdobjem, ko se je medijsko razpravljalo o nekaterih primerih domnevno storjenih napak pri zdravstvenem obravnavanju bolnikov. Dobljen del javnosti je takrat pričakoval, da bo novi Zakon o varovanju pacientovih pravic koristil bolnikom in zagotovil partnerski položaj bolnikov v procesu njihove zdravstvene obravnave.

Kakšne so praktične izkušnje zastopništva? Kaj so bolniki pridobili? So sploh karkoli pridobili?

Poglejmo si dvoletne zastopniške izkušnje na gorenjskem področju.

Na zastopniško funkcijo na Gorenjskem sem bila imenovana oktobra 2008, delovati pa sem pričela v začetku leta 2009. V letu 2009 se je na gorenjskem področju posvetovalo z zastopnikom pacientovih pravic okrog 70 bolnikov ter leta 2010 okrog 150 bolnikov. Število bolnikov, ki so iskali zastopnikov nasvet, se je, kot opazimo, drugo leto zastopniškega delovanja podvojilo.

Obe leti so izrazito prevladovale pritožbe bolnikov nad delom invalidskih komisij, nad dostopnostjo, kakovostjo in zaračunavanjem zobozdravstvenih storitev, nad neodobrenim zdraviliškim zdravljenjem ter nad neodobreno ali prekratko odobreno bolniško odsotnostjo z dela, torej nad kršitvami pravic, izhajajočih iz pokojninsko-invalidskega in zdravstvenega zavarovanja.

Pritožb zaradi kršenja pravic, izhajajočih iz Zakona o varovanju pacientovih pravic, je bilo malo oziroma le okrog desetina vseh pritožb. Zanimivo je, da se bolniki na primer niso pritoževali nad predolgimi čakalnimi dobami na zdravstvene preglede (razen v zobozdravstvu). Možno bi bilo, da bolniki niso pričakovali, da bi jim kot zastopnik lahko pomagala, ali pa je te vrste problematika na Gorenjskem manj prisotna.

Tudi pritožbe pacientov nad neprimerno komunikacijo zdravstvenega osebja z bolniki so bile sorazmerno redke. V nekaj primerih so me pooblastili za vzpostavitev stika z izvajalcem zdravstvene oskrbe, kar je pripomoglo, v zadovoljstvo obeh strani, k hitrejši razjasnitvi nastalih nesporazumov, ki so se pojasnili.

Kako pridobiti pravico do drugega mnenja, sta na primer leta 2010 poizvedovala le dva bolnika.

Več bolnikov me je spraševalo, ali imajo pravico zahtevati od izbranega zdravnika napotnico tedaj, ko sami čutijo potrebo po dodatnih preiskavah, ki jih izbrani zdravnik oceni za nepotrebne in jim odkloni izdati napotnice za zelene diagnostične postopke.

Tako leta 2009 kot tudi leta 2010 se je nekaj bolnikov pritožilo nad sodno odrejenim prisilnim psihiatričnim zdravljenjem na zaprtih psihiatričnih oddelkih, ki so ga doživljali kot nasilje nad seboj, pred katerim niso primerno zaščiteni.

Nekaj bolnikov je poiskalo zastopnika pacientovih pravic tudi zaradi domneve, da niso bili primerno strokovno obravnavani oziroma da je prišlo do napak pri njihovi zdravstveni obravnavi, ki so imele posledice za njihovo zdravje.

Če sem primerjala izkušnje zastopniškega delovanja leta 2009 z letom 2010, sem ugotovila, da se vsebinsko problematika, zaradi katere so bolniki iskali zastopniško pomoč, ni spreminjala.

Bolniki so se torej obe leti v prevladujoči večini pritoževali nad domnevnim kršenjem pravic, izhajajočih iz pokojninsko-invalidskega zavarovanja in zdravstvenega zavarovanja, za katerih razreševanje sta pooblaščenca Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Z neodobritvijo bolniškega dopusta, zdraviliškega zdravljenja, invalidske upokojitve ipd. je prišlo do neizpolnjenih pričakovanj pridobitve pravic iz pokojninsko-invalidskega ter zdravstvenega zavarovanja, za katere so bolniki menili, da bi jim pripadale. Razviden je bil dvom bolnikov, da se pri odobritvah teh pravic upoštevajo pravična strokovna merila. Delovanje zdravstvenega sistema doživljajo kot strokovno podložno interesom pokojninsko-invalidskega in zdravstvenega zavarovanja.

Praksa je torej pokazala, da je bilo kršitev bolnikovih pravic, ki izhajajo iz Zakona o varovanju pacientovih pravic, v teh dveh letih malo. Nanašale so se, kot smo videli, na zakonske člene primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe bolnikov, pa tudi pravice do obveščeniosti in sodelovanja pri zdravljenju ter dostopnosti pridobitve drugega mnenja.

Zaznana maloštevilnost pritožb zaradi kršenja pravic, izhajajočih iz Zakona o varovanju pacientovih pravic, ne pomeni, da so v praksi v resnici tako redke. Neraziskano je namreč, ali so naši bolniki sploh dovolj seznanjeni s svojimi pravicami, da bi jih lahko uveljavljali, oziroma da so morda tudi preveč potpežljivi.

Pritožbe bolnikov na strokovno neprimerno obravnavo (ki so bile le posamezne, a po presoji podpisane verjetno utemeljene, in ki tudi niso predmet obravnave zastopnikov), so bile preusmerjene v obravnavo na strokovne službe posameznih ustanov oziroma na posredovanje pritožb na Zdravniško zbornico Slovenije.

Zastopništvo pacientovih pravic je torej za sedaj, kot bi lahko presodila na podlagi pridobljenih izkušenj, precej šibka funkcija, ker pravzaprav ni pooblaščenca za razreševanje pritožb bolnikov, ki jih najbolj tarejo.

Vidimo, da niso pooblaščenca za razreševanje morebitnih krivic, ki izhajajo iz pokojninsko-invalidskega in zdravstvenega zavarovanja bolnikov, ter niso pooblaščenca, da bi sodelovali pri razreševanju strokovnih napak, ki se pojavljajo pri zdravstveni obravnavi bolnikov. Varovali naj bi le pravice bolnikov, kot jih predvideva Zakon o

varovanju pacientovih pravic, ki pa niso tiste, ki delajo težave večini bolnikov.

Ugotavljam, da kot zdravnica občutim pri zastopniškem delu precejšnje pomanjkanje pravniške izobrazbe, medicinsko znanje pa mi nedvomno omogoča celovitejše razumevanje bolnikov in njihovih problemov, kot bi ga imela brez tega znanja.

Ocenjujem, da bi morda funkcija zastopnika bolnikovih pravic zahtevala kombinirano medicinsko in pravniško znanje, da bi bila lahko bolj enakovredna v dialogu z izvajalci zdravstvene oskrbe bolnikov. Sedanja ureditev zastopništva je za spoznanje preveč laično-ljubiteljska, da bi imela družbeno težo pri uravnoteženju različnih polov zelo kompleksnega sistema zdravstvenega obravnavanja bolnikov.

Kot zdravnica, ki imam poleg kliničnega dela z bolniki sedaj tudi izkušnjo z zastopništvom pacientovih pravic, menim, da bi slovenski bolniki več pridobili s hitrejšo izpopolnitvijo sistema »varne zdravstvene obravnave bolnikov«, kot jo pridobivajo z zastopniki pacientovih pravic. Izpopolnjeni sistemi varne obravnave bolnikov v zdravstvenih ustanovah bi na primer zaznali bolnika s pljučnim rakom (kot sem ga srečala v zastopniški pisarni), ki se mi je pritožil, da je njegova zdravstvena obravnava od odkritja diagnoze raka pljuč do odločitve o načinu zdravljenja trajala štiri mesece, kar je seveda zelo odstopalo od povprečnega primernega trajanja obravnavanja takega bolnika in lahko vplivalo na pričakovano možnost ozdravitve omenjenega bolnika. Primer bolnika bi izpopolnjen varnostni sistem bolj pravočasno zaznal, poiskali bi se morebitni vzroki neprimerno dolgega postopka in za v prihodnje odpravile morebitne pomanjkljivosti procesa obravnavanja podobnih bolnikov.

In to je tisto, kar kot zdravnik ocenjujem za bistvo varovanja pacientovih pravic.

V zaključku ugotavljam, da zastopništvo pacientovih pravic vendarle ni povsem izpolnilo pričakovanj javnosti, ki so izhajala iz na novo uvedene Zakona o varovanju pacientovih pravic. Pri popravkih zakona o varovanju pacientovih pravic, ki so v teku, bi kazalo čim bolj upoštevati dosežanje praktične izkušnje zastopnikov pacientovih pravic.

Štirinajst zakonskih pravic Zakona o varovanju pacientovih pravic se ukvarja pretežno le s proceduralnimi postopki zdravstvenega obravnavanja bolnikov, ki pa večinoma vendarle za bolnike niso tako usodni, kot so na primer lahko usodne strokovne napake pri njihovi zdravstveni obravnavi ali kršenja pravic iz pokojninsko-invalidskega in zdravstvenega zavarovanja, ki pa jih razrešujejo druge službe in ne zastopniki bolnikovih pravic.

Zastopniki ščitimo, kot torej vidimo, precej ozko področje obravnavanja bolnikov, ki je sicer v praksi veliko kompleksnejše. Morda bi zastopniki lahko delovali bolj profesionalno (kot sedaj), če bi nadrejene službe intenzivneje koordinirale njihovo delo. Verjetno potem preko etra ne bi slišali takega mnenja uporabnika zastopništva bolnikovih pravic, ki je nas zastopnike primerjal s kužkom brez zob. Lajajo, a nikogar ne ugriznejo. Slišano primerjavo sem sicer ocenila za malo grobo, a je pravzaprav dokaj nazorno opredelila zastopniško učinkovitost.

Prav občutek neučinkovitosti funkcije in pomanjkanje pravniškega znanja sta bila razloga, da sem zastopništvo aprila letos opustila. Ostalim zastopnikom pa želim dobro delovanje. Morda ga bodo olajšala dopolnila Zakona o varovanju pacientovih pravic, ki so v teku!

# Priveditev odličnosti

Marko Demšar

V kar nekaj od zadnjih 15 let niti posameznim zdravnikom, niti zdravstvu ni bilo lahko. Dejanski dogodki so s »prizadevanjem« medijev dobivali nezasluženo odmevnost, ki je potiskala javno mnenje o delu zdravnikov vztrajno navzdol. Pravo nasprotje takega obravnavanja pa je akcija revije za zdravo življenje »Viva«, ki je letos že petnajstič zapored povabila bralke in bralce, da v anketi povedo, kaj menijo o svoji zdravnici ali zdravniku, s katerim se srečujejo na primarnem nivoju.

In prišlo je 14.129 odgovorov, ki so pomenili prav toliko pohval! Neverjetno, kako so se mnenja ljudi razlikovala od tistega, kar je največkrat mogoče prebrati ali slišati in s čimer novinarji povečujejo gledanost ali branost svojega medija. Jubilej in pozitivna naravnost akcije nista zaobšla predsednika Republike Slovenije dr. Danila Türka: sprejel je pokroviteljstvo nad njo ter zagotovil svojo prisotnost na zaključni prireditvi. Ta je bila letos 7. aprila, na svetovni dan zdravja, v Festivalni dvorani v Ljubljani. In to zares v soju žarometov: ne samo zaradi neposrednega TV-prenosa, še bolj zaradi prvega javnega nastopa predsednika, teden dni po operaciji. Besede, ki jih je v svojem govoru izrekel, so imele zato še prav poseben pomen in mestoma zelo oseben prizvok, v katerem ni bilo mogoče preslišati izkušenj, ki jih je kot bolnik nabral, in zaupanja, s katerim je sledil nasvetom slovenskih zdravnikov.

Komisija, ki je bdela nad potekom akcije in glasovanjem, je predstavila naslednje najbolj spoštovane in cenjene zdravnike po izboru bralcev revije »Viva«:

Moja družinska zdravnica 2011 je postala

**Valerija Šaško**, dr. med., spec. splošne in družinske medicine.

Za mojo ginekologinjo je bila izbrana

**Milena Igličar**, dr. med., spec. ginekologije in porodništva.

Moja pediatrija 2011 je

**Marisa Višnovec** Tuljak, dr. med., spec. šolske medicine.

Najzlahtnejši naziv je dobil

**Peter Bossman**, dr. med., spec. splošne in družinske medicine, in postal »Moj zdravnik 2011«.

Prisrčne čestitke so razen od predsednika dr. Danila Türka imenovani dobili še od nekdanjega predsednika Milana Kučana, ki je v času svojega mandata le redko manjkal na zaključni prireditvi, od sedanjega in prejšnjega ministra za zdravje – Dorjana Marušiča in Boruta Miklavčiča, od ministra za šolstvo dr. Igorja Lukšiča, od predsednice zdravniške zbornice prim. Gordane Kalan Živčec, in številnih uglednih gostov, med katerimi sta bili tudi prof. dr. Andreja Kocijančič, nekdanja rektorica Univerze v Ljubljani, in varuhinja človekovih pravic dr. Zdenka Čebašek Travnik.

V srčiki prireditve je bila še zahvala Aleksandru Dopliharju, ki že vrsto let vodi v Ljubljani ambulanto Pro bono, namenjeno osebam brez osnovnega zavarovanja. Z izjemno mero nesebičnosti nudi svojo pomoč preko 1000 takim osebam na leto, pri tem pa skromno pripominja, kako ga prav to spodbuja k dejavnemu življenju. Med prostovoljci v tej ambulanti so še številni ugledni zdravniki specialisti, ki jih je prav Aleksander Doplihar povezal v pravi filantropski tim.

In zaključna misel?

Revija Viva je lahko ponosna, da v skladu s svojo uredniško zasnovo že vrsto let predstavlja slovenski javnosti zdravnike, ki jih ljudje cenijo in to tudi povedo!



Izbrani zdravniki s predsednikom Republike Slovenije ...



... in z nekaterimi uglednimi udeleženci prireditve.

## Komentar k članku »Klinika Golnik postala članica Mednarodne mreže za promocijo zdravja v bolnišnicah«

Avtorji Jerneja Farkaš Lainščak, Danica Šprajcar in Mitja Košnik so zapisali, da je treba aktivnosti na tem področju nadaljevati in počasi vzpostaviti nacionalno mrežo bolnišnic. Ne vem, ali se je na srečanju govorilo tudi o tem, kaj je Slovenija do sedaj prispevala pri promociji zdravja v bolnišnicah, a v članku to ni omenjeno. Pa vendarle je bilo pri promociji zdravja nekaj že narejenega pred sedmimi leti s pomočjo Svetovne zdravstvene organizacije in s pomočjo gospoda Oliverja Groneja (ki ga avtorji članka navajajo v literaturi) in mojo pomočjo. V letu 2004 je Ministrstvo za zdravje, takratni Oddelek za kakovost v zdravstvu, pripravilo vrsto delavnic na to temo v Splošni bolnišnici Izola, kjer smo preizkušali standarde za samoocenjevanje promocije zdravja v bolnišnicah in je bila Slovenija ena izmed devetih držav ter Splošna bolnišnica Izola ena izmed 34 bolnišnic, kjer so se standardi preizkušali. Pred tem sem leta 2003 na sestanku ekspertov v uradu SZO v Barceloni sodeloval pri pripravi standardov. Splošna bolnišnica Izola je standarde ocenila, pripravila tudi projekt in je tudi članica mreže ([http://www.bphnet.org/index.php?option=com\\_content&view=category&id=77&Itemid=19](http://www.bphnet.org/index.php?option=com_content&view=category&id=77&Itemid=19)). Predstavitev v Splošni bolnišnici

Izola v februarju 2004 je na voljo na spletnem naslovu: [http://www.prosunt.si/assets/files/HPH%20\\_Uvod.pdf](http://www.prosunt.si/assets/files/HPH%20_Uvod.pdf)

Ostale dokumente pa si tisti, ki jih stvar zanima, lahko ogledajo na: [www.euro.who.int/healthpromobosp](http://www.euro.who.int/healthpromobosp) in na strani mednarodne mreže: <http://www.bphnet.org/>.

Ne samo v tem primeru, tudi v primeru akreditacije in celo pri vsakdanjem delu s pacienti stvari podvajamo ali začenjamo »na novo« in razsipavamo z viri zaradi slabe obveščenosti in slabe komunikacije, potem pa jamramo, da ni denarja in da ni dovolj strokovnjakov, a bi se kljub takemu načinu dela vseeno radi sli »vitko organizacijo«.

Dobro pa je, da se je po tolikem času znova obudila ideja o promociji zdravja v bolnišnicah in zato veljajo vse čestitke bolnišnici Golnik za članstvo v Mednarodni mreži za promocijo zdravja v bolnišnicah in širjenje idej v druge bolnišnice.

*Andrej Robida*

*Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave*

*andrej.robida@prosunt.si  
www.prosunt.si*

## Odgovor zdravnici Tatjani Freljih glede priznavanja kreditnih točk za udeležbe na stalnem podiplomskem usposabljanju, pridobljenih v tujini

Spoštovana Tatjana Freljih, dr. med.,

Zdravniška zbornica Slovenije priznava kreditne točke za udeležbe na dogodkih stalnega podiplomskega izpopolnjevanja (SPI) v Sloveniji in tujini v skladu s Pravilnikom o licencah, ki v 40. členu določa, da je vsako posamezno stalno podiplomsko izpopolnjevanje lahko ocenjeno z največ 20 kreditnimi točkami.

Pogodba z UEMS EACCME določa, da se kreditne točke SPI medsebojno priznavajo v skladu s protokolom, ki določa, da se za dodelitev kreditnih točk upoštevajo

tudi predpisi, ki veljajo v posamezni državi. Tako se s strani UEMS EACCME dodeljene kreditne točke ustrezno pretvorijo v nacionalni sistem točkovanja stalnega podiplomskega izpopolnjevanja, kar v Sloveniji pomeni, da je največje možno število točk, ki jih je možno dobiti za posamezen dogodek SPI, 20 točk.

*Mojca Vrečar*

*vodja dejavnosti stalnega podiplomskega izpopolnjevanja  
Zdravniška zbornica Slovenije*

# Čakalne dobe v zdravstvu

Marjan Fortuna

Za (pre)dolge čakalne dobe v zdravstvu smo »krivi« vsi. Izvajalci bi lahko delali bolje, več in hitreje, bolniki pa bi morali manj izkoriščati sistem, ki zagotavlja več, kot je sposoben nuditi. Mnogi bolniki zahtevajo, da jih zdravniki pošljejo na preiskave ali predpišejo določena zdravila, čeprav za to ni strokovne utemeljitve. V takih primerih je v prvi vrsti vloga zavarovalnice, da to na nek način regulira (tudi s participacijami!). Mnogo je tudi podvajanja pregledov, ko je diagnoza že znana, pa bodisi bolnik ali zdravnik želita t.i. drugo mnenje, ki bi ga bilo treba vrednotiti drugače. Poznam bolnike, ki hodijo od zdravnika do zdravnika zaradi enih in istih težav. Ponavljajo se preiskave, ki niso poceni, in zavarovalnica to mirno plačuje. Pa to ne bi bilo nič narobe, če zato drugim bolnikom, ki so morebiti bolj potrebni neke zdravstvene storitve, ne bi bilo treba čakati dlje. Dokler naše zmogljivosti ne bodo zadoščale, da bo bolnik prišel do zdravnika res takrat, ko ga potrebuje, je nesprejemljivo, da ima bolnik pravico do drugega, tretjega in ne vem še katerega mnenja, ko na drugi strani nekateri še do prvega ne morejo priti hitro.

Na splošno zdravstvo dela zelo dobro glede na možnosti, ki jih ima. Vsekakor pa so ena največjih slabosti vsakega zdravstvenega sistema čakalne dobe. Toda dejstvo je, da so te realnost in se moramo z njimi sprijazniti tako tisti, ki delamo v zdravstvu, kot tudi bolniki, čeprav je to takrat, ko si bolan, težko razumeti in še težje sprejeti. Je pa res, da je tu izjemno pomembna pojasnilna dolžnost osebnih zdravnikov kot tudi specialistov. Bolnik mora vedeti, da je npr. prisotnost žolčnih kamnov v večini primerov nenevarna in se na operacijo lahko čaka, res pa je, da lahko tako nenujno stanje hitro postane nujno.

Ni mogoče enačiti vseh čakalnih dob, ampak je treba imeti do njih različen pristop. Tako ni mogoče enačiti čakalne dobe npr. na operacijo sive mreže in večine operacij srca. Za skrajšanje čakalnih dob je po mojih izkušnjah povsod, kjer so nesprejemljivo dolge, potrebno uvesti t.i. triažo. Čeprav je razvrščanje bolnikov glede na stopnjo nujnosti lahko zelo tvegano, ni drugega, boljšega in bolj pravičnega načina. Znani so mi argumenti mojih sodelavcev, ki odklanjajo tak način dela, češ če bolnika ne pregledaš, ne moreš presoditi, kako nujno je stanje. To je sicer deloma res, pa vendar ob izkušnjah in znanju je to edini način, da skrajšamo čakalne dobe. Ali ni bolj nevarno bolnike naročati na pregled enostavno po vrsti, tako kot prihajajo v ambulante, ali pa je bolje vršiti triažo? Tako odgovorno delo mora vsekakor opravljati čim bolj izkušen zdravnik, kar pa, v danih okoliščinah, ni nujno vedno specialist. Seveda moramo imeti o bolniku čim več podatkov. Na žalost pa se pogosto dogaja, da ni tako.

Nedavno je predstojnik kliničnega oddelka za abdominalno kirurgijo UKC Ljubljana izjavil, da približno 11 odstotkov

bolnikov ne pride na predvideno operacijo. Tudi sam imam podobne izkušnje z bolniki, ki so pred nekaj leti čakali na operacijo srca. Prišel sem do prav neverjetnih ugotovitev. Medtem ko je bila čakalna doba na operacije več kot dve leti in je nanje čakalo skoraj 500 bolnikov, je bilo nemalo bolnikov, ki so bili še kar na čakalni listi, a že operirani drugje, bili so tudi taki, ki so odklanjali operacijo, ali so imeli druge hude bolezni, ali so na žalost umrli, pa tega nismo vedeli, ker nismo imeli povratnih informacij. Kdo je bil kriv za tako stanje, ne bi želel komentirati, vendar je dejstvo, da je za to kriva sistemska napaka vodenja teh bolnikov od zavarovalnice, zavodov, kjer je bila sprejeta indikacija za operacijo, osebnih zdravnikov in ne nazadnje tudi bolnikov oz. svojcev, ki niso sporočali, kaj se s temi bolniki dogaja. Prepričan sem, da se nekaj podobnega dogaja tudi z drugimi bolniki, ki čakajo na določene diagnostične preiskave ali terapevtske posege.

Čakalne dobe, pa najsi gre za čakalne dobe na preglede ali na posege vključno z operacijami, so zelo različne. Z vso odgovornostjo lahko trdim, da urgenten bolnik ne čaka, res pa je, da ima vsakdo nekoliko svojo predstavo o tem, kaj je urgentni primer. Poleg teh, rekel bi zunanjih čakalnih dob, je treba ločiti notranje čakalne dobe. To so tiste, ko bolnik (pre)dolgo čaka na predvideni pregled ali poseg. Treba je upoštevati, da zdravniki hkrati delajo na več deloviščih. To seveda bolnika prav nič ne briga, ve samo, da čaka, in misli, da je to posledica slabe organizacije dela, pa vendar pogosto ni tako. Večina bolniki z razumevanjem sprejmejo ta dejstva. Najdejo se pa tudi taki, ki so nezadovoljni bodisi zaradi slabih izkušenj ali drugih razlogov. Z nedavno sprejetim pravilnikom o še dopustnih čakalnih dobah je ministrstvo storilo zdravstvu medvedjo uslugo, kajti če niso zagotovljeni pogoji za še dopustne čakalne dobe, potem je tak ukrep nesmisel in prelaganje odgovornosti samo na izvajalce.

Pomemben, če ne glavni razlog, da imamo tako dolge čakalne dobe, je v tem, da so kadrovske, prostorske in druge zmogljivosti (predvsem za nekatere diagnostične preiskave) omejene. Problem pa niso samo neizkoriščene aparature, ampak tudi pomanjkanje ljudi, ki znajo z njimi delati. Drug pomemben razlog pa je razdrobljenost in slaba povezanost med posameznimi izvajalci. Zato je mnogo podvajanja pregledov in preiskav, kar vse povzroča še daljše čakalne dobe. Poleg daljših čakalnih dob pa te povzročajo tudi druge stroške. Ne nazadnje moramo dopovedati bolnikom in najbolj odgovornim v zdravstvenem sistemu predvsem nekaj: dokler zavarovalnica ne more plačati vsega, kar zdravstvo lahko naredi, so zagrožene kazni za neupoštevanje pravilnika nič drugega kot sprenevanje vodilnih ljudi v zdravstvu, ki krivdo za predolge čakalne dobe pripisujejo predvsem zdravnikom. Razumel bi, da bi bile potrebne tudi kazni, če ne bi izpolnjevali pogodbenih

obveznosti do zavarovalnice, dokler pa presegamo pogodbeno obveznosti, so zagrožene kazni zgolj politična floskula.

Mnoge probleme bi lahko rešili s plačevanjem po sistemu skupin primerljivih primerov (SPP), ker je to edini način, da bo delo ustrezno plačano. Za to pa so pomembne klinične poti, po katerih poteka obravnava bolnikov. Tako denimo odlično deluje obravnava bolnika s srčnim infarktom. Z dobro organizacijo smo bistveno skrajšali čas od nastopa simptomov do končne oskrbe, kar je za končni izhod bistvenega pomena, saj smo tako zelo zmanjšali smrtnost in nasploh izboljšali prognozo.

Mislim, da bi bile vsaj za čakanje na ambulantne preglede čakalne dobe bistveno krajše, če bi bila komunikacija med nosilci zdravstvene dejavnosti boljša. Ob današnjih možnostih komunikacije bi

lahko znatno olajšali dostopnost do ustrezne ambulantne oskrbe. Dokler pa je napotnica praktično edini dokument, s katerim pošiljamo bolnike eden k drugemu, ne bo boljše. Osnovno pri komunikaciji je, da napotni zdravnik napiše osnovne podatke o bolniku. Nesprejemljivo je, da ni mogoče napisati več kot osebne podatke, ki jih pogosto izpiše računalnik, rubriki terapija in priloženi izvidi pa ostajata bolj ali manj prazni. Konec koncev bi nekatere stvari lahko napisale tudi naše čedalje bolj izobražene sodelavke – medicinske sestre, ki so (pre)mnogokrat okupirane z administrativnim delom.

Vsi se moramo zavedati, da je najdražje zdravstvo s predolgimi čakalnimi dobami in z njihovim skrajšanjem bi lahko bistveno pocenili in racionalizirali zdravstveno oskrbo, da manjše obolenosti in umrljivosti niti ne omenjam.

## Izzivi sodobnega zdravstva v razmerah politizacije njegovih težav

*Davorin Dajčman*

Razumevanje razlike med skrbjo za zdravje celotnega prebivalstva na eni strani in zdravljenja obolelega posameznika na drugi strani v luči usmeritve zdravstvene politike na Slovenskem še zmeraj bega tako politično kot strokovno javnost. Skrb za zdravo prebivalstvo je predvsem potreba javnega oziroma državnega značaja, medtem ko je proces zdravljenja bolnika izključno domena konkretnega delovanja zdravstvenega sistema. Da oboje vpliva na zdravstveno stanje družbe oziroma posameznika, je jasno, vendar njuni medsebojni vplivi ostajajo zamegljeni, najsibo zaradi pomanjkanja politične volje ali zelo počasnega dialoga med strokovno javnostjo, zakonodajalci in plačniki. Postavlja se nekaj zanimivih vprašanj: Ali se dejavniki, ki vplivajo na zdravje prebivalstva, sploh v čem razlikujejo od tistih, ki vplivajo na zdravje posameznika? Kako oboje razumeti kot enovit paket ukrepov in predpisov za ohranjanje zdravja vseh ljudi? Lahko z razvojem skrbi za zdravje posameznika zvečamo raven zdravja splošnega prebivalstva in obratno – je dobra sinergija obeh sploh dosegljiva?

V javnosti obstaja vsesplošno prepričanje, da slovenski zdravstveni sistem in njegovi izvajalci z razpoložljivim znanjem in tehnologijo zmorejo več, da je financiranje zdravstva z obstoječim zavarovalniškim sistemom skoraj maksimum, kar lahko pričakuje zdravstvena blagajna, ter

da število brez potrebe opravljenih storitev ne presega kritične meje. Vse statistike porabe zdravstvenega evra kažejo, da je večina denarja iz zdravstvene blagajne porabljenega za financiranje konkretnih zdravstvenih postopkov, pri čemer denarja za preventivne programe večinoma zmanjka. Zato si morajo ti poiskati »drugačne« vire: proračunska sredstva ali podporo zasebnega kapitala. Ločnica med skrbjo za zdravje prebivalstva in obravnavo obolelega državljana se tako prične že v finančnih temeljih.

Razprave o reformi zdravstvenega zavarovanja so večinoma polne moralnih in ideoloških načel na eni strani ter grobe računovodske ekonomike na drugi strani, zelo šibko pa slonijo na primerih konkretnih zdravstvenih postopkov in dejanske zdravstvene prakse. Običajno nikoli ne zajemajo vprašanja osebne odgovornosti posameznika pri koriščenju sredstev za večinoma zelo drage zdravstvene postopke, prav tako pa ne slišimo veliko o odgovornosti organov države ali družbe kot celote za vsesplošno neupoštevanje priporočil za zdravo življenje. Promocija zdravja še zmeraj nima ustreznega mesta v razvojni politiki naše države, vse preveč pa se izgubljam v razpravah o nepravilnostih pri koriščenju zdravstvenega evra in proračunskih sredstev, namenjenih za razvoj zdravstvene infrastrukture.



Ali protikadilska zakonodaja, ki prepoveduje kajenje v zaprtih javnih prostorih ter prepoved prodaje alkoholnih pijač v nočnih urah in mladoletnim osebam, ustrezno zvečuje osveščenost širšega prebivalstva, nismo izmerili, sočasno pa ugotavljamo, da poplava različnih diet za zdravo življenje, ki so jih polni dnevni časopisi, zamegljuje možnost kritičnega pogleda na zdravo in uravnoteženo prehrano. Vse več je dokazov, da na zdravstveno stanje ljudi močno vpliva njihov socialni položaj ter splošne razmere okolja, v katerem živijo, in je torej odvisno od družbenih, ekonomskih ter političnih razmer, ki določajo njihov življenjski standard. Pomembni dejavniki tveganja za nižanje ravni splošnega zdravja so tudi onesnaževanje okolja z razvojem industrije, razmere v prometu, dostopnost do prepovedanih drog, porast kriminalnega vedenja ter večanje števila nezaposlenih.

Ob vseh teh perečih problemih naše družbe je bitka »vladnih zdravstvenikov« za krajše čakalne dobe in uvajanje njihove medmrežne dostopnosti vsakemu državljanu le pesek v oči vsem skupaj. Čutiti je, da gre zgolj za politizacijo problema posameznika pri uveljavljanju pravic iz zdravstva neodvisno od njegovih dejanskih potreb po ustrezni zdravstveni pomoči in brez prepotrebne posodobitve infrastrukture zdravstva ter kadrovske okrepitve vseh ravni naše službe: od administracije, zdravstvene nege, družinskega zdravnika, pa vse do visoko specializiranih zdravnikov. Vprašajmo se, kolikšna pa je splošna dostopnost do zdravih živil, možnosti primerne rekreacije oziroma pravičnega gibanja in na kakšen način si ljudje lahko zagotavljajo svoj zaslužek. Spet na drugi strani pa, kako zdravstveno zavarovanje upošteva zavedno nezdravo življenje posameznikov ter posebnih načinov življenja.

Izhodišče prihodnjega razvoja zdravstvene osveščenosti mora sloneti na spoznanju »zdravje je življenje«, s čimer se ukine ločnica zdravja od življenja, saj mora danes biti že vsakomur jasno, da je za človeka in družbo zdravje pravzaprav življenje. Zdravo življenje lahko dosežemo s samopreseganji in samospreminjanji tako na osebni kot skupni ravni. Razvojne usmeritve zdravstva s strani zakonodajalca skozi prizmo političnega lobiranja in zategovanja pasu večinoma ciljajo na splošno mnenje in celotno populacijo brez analitičnega vidika, naslanjajo pa se na najbolj kritična sistemska vprašanja, ki ne morejo biti rešena brez celostnega konsenza med javnostjo, stroko in državo. Ker morala in etika še zmeraj ostajata ključni vrednoti moderne družbe, moramo tako na osebni kot družbeni, še posebej pa na državni ravni spoznati, da zdravje mora ustvarjati intelektualno zadovoljstvo, samozavest in pogum. Za

kakovostno sobivanje državljanov, zdravstvenih delavcev in države je tako pomembna aktivna skrb za zdravo življenje, strpnost pri medsebojni komunikaciji ter sodelovanje pri odločanju o sistemskih pomanjkljivostih, kar pa se bistveno razlikuje od vsakdana v praksi in vsesplošnega množenja strokovnih in pravnih konfliktov med prizadetimi.

Prvi korak k boljšemu sobivanju je zagotovo aktivnost na ravni celostne preventive, saj na ta način ljudje lahko spoznajo gola dejstva o »nezdravju«, načinih zdravljenja in mehanizmih delovanja ter financiranja zdravstva. Tako se bo drugi korak zrcalil v ustvarjanju kakovostne zdravstvene zavesti, ki bo izoblikovala kritičnega bolnika na eni strani in ustvarjalnega zdravnika na drugi strani, razvil pa se bo odnos do bolezni, trajanja zdravljenja, do čakalne vrste v množici »bolj ali še bolj« zdravstvene pomoči potrebnih ljudi in omejenosti zdravnika v doseganju idealnega zdravja. Le ob takih razvojnih usmeritvah lahko v poslednjem koraku pričakujemo, da zdravnik in bolnik postaneta soustvarjalca zdravja ter tako oba enakopravna subjekta z zelo izenačenimi odgovornostmi v zdravstvu kot javni službi.

Če izhajamo, da v analitičnem smislu o pojavih v naši okolici lahko govorimo le z domnevami, se moramo spomniti, da je vsaka domneva, ki je ne moremo ovreči, pravilna, pravilna pa tako dolgo, dokler ne dokažemo nasprotno. Kljub številnim različnim političnim, strokovnim in ekonomskim stališčem o zdravstvu na Slovenskem še zmeraj drug drugemu nismo dokazali svoje resnice, že vrsto let pa probleme zdravstva s pridom uporabljamo za doseganje ciljev v manjših interesnih skupinah in tako delamo škodo vsem skupaj. Edina sprejemljiva drža človeka in odnosu do zdravja in zdravstvene dejavnosti v družbi je dialog med ljudmi, strokovno javnostjo in državo. To je namreč drža, ki ustvarja temelje bivanja v družinskem in družbenem prostoru, ustvarja kritičen pogled na zdravje in zdravstvo, zavira pa nestrpnost, jezo in samouničevanje v brezkončnih sporih. Ob bok temu je potrebno omeniti tudi pomen skupne države zdravniškega čeha, pa naj gre za »skupne prostore«, delitev denarja ali odgovornosti v družbi. In slednjič, zavedati se moramo, da sleherni zdravstveni sistem, javni ali zasebni, deluje z omejeno zmogljivostjo, zaradi česar se verjetno nikoli ne bomo v celoti izognili večni »melodrami« o brezosebnosti zdravstva, neekonomičnem zdravljenju in sumničavosti v stroko. Prav zato potrebujemo usmeritve, ki bodo krepile zdravstveno zavest in s tem krepile bivalno samozavest nas vseh.

## Poučen primer iz medicine dela

Kako lahko izdano spričevalo postane vzrok za odškodnino (7.980 EUR), ki jo mora plačati zdravnik medicine dela

*Tihomir Ratkajec*

### Sled dogodkov

38-letni delavec je prišel 23. avgusta 2010 na predhodni zdravstveni pregled, da bi pridobil pozitivno spričevalo za delo steklopihalca

rogličarja. Bilo je že slišati, da na zdravniškem pregledu ne dobiš vedno pozitivnega spričevala. Pri podajanju anamnestičnih podatkov o zadnjem delovnem mestu sem občutil negotovost delavca in

prikrito napetost. »Kjer ste nazadnje delali?« »V podjetju, ki je šlo v stečaj.« »Kakšen delovni čas ste imeli?« »Delal sem osem ur, pa tudi po štiri ure.« »Ali ste pridobili invalidnost?« Na vprašalniku, ki ga je lastnoročno podpisal, izjavlja, da ne. Da gre za diagnozo Crohnove bolezni tankega črevesa in stanje po resekciji, sem lahko zaključil že na podlagi anamneze in kliničnega pregleda. Ko sem mu povedal, da nisem prepričan, kaj bom napisal na spričevalo, ter da želim en dan za razmislek in da pridobim kartoteko od osebnega zdravnika, se mi je odprl in povedal, da ima štiri nepreskrbljene otroke, da je žena nezaposlena, da mora delati, da bi jih preživel, in da nima nič drugega kot svoje roke. Živi onstran meje, za državljanstvo, za delovno vizo nisem niti vprašal. Ali moram? Človeška stiska me je prizadela. Še enkrat sem srečal človeka, ki se komaj preživlja, kakršne v zadnjem času srečujem vse pogosteje. Njim nasproti je grob svet kapitala, vmes pa zakonodaja in zdravnik medicine dela, ki mora poznati in spoštovati zakone. Kjer je etičnost, sočutje, odgovornost?

Naslednji dan od osebnega zdravnika ni bilo možno pridobiti kartoteke. Delavcu sem obljubil, da bom izdal spričevalo, saj mora začeti delati čim prej oz. čim prinese spričevalo. Odločil sem se izdati spričevalo, da je zmožen za delo steklopihalca krogličarja za eno leto (ocena na spričevalu pod točko 2). Nisem pa napisal, ali v polnem osemurnem ali krajšem delovniku, sem pa menil, da v polnem glede na trenutno anamnezo in klinični status ter ob rednem jemanju imurana in salofalka. V kartoteki preventivnega pregleda sem sicer našel lastni izvid s predlogom o skrajšanem delovniku štiri ure za dve leti, vendar v trenutku izdaje spričevala nisem vedel, ali je bil ocenjen na invalidski komisiji ali ne.

Presenečenje je sledilo oktobra, ko me je poklicala socialna delavka iz podjetja in opozorila, da ima delavec kontrolni pregled na invalidski komisiji (IK), ker je bil ocenjen kot invalid III. kategorije za dobo dveh let. Hkrati me je brezbržno vprašala, kako da nisem vedel, da je gospod delovni invalid in da ne sme delati v polnem delovnem času? Nato me je klical inženir varstva pri delu, organizirali so sestanek pri predsedniku uprave, v prisotnosti pravnika, poudarjali mojo neprevidnost, bolje rečeno napako ter že napovedali morebitno odškodnino (neposredno so se izogibali tej besedi). Nisem se počutil prav mirnega, misli o napačni oceni so mi krožile po možganih kot *reentry* impulzi po srcu. Kaj sem naredil tako narobe? Potem sem se dokopal do kartoteke. Pacientu je bil po propadu podjetja 19. septembra 2008 zaključen bolniški dopust. Odločba invalidske komisije je bila z dne 19. avgusta 2008, mnenje se je glasilo, da je »zmožen za delo pihanje stekla I, z omejitvijo: brez nočnega dela«. Od 29. decembra 2008 se ni več javljal pri zdravniku v Sloveniji, vse do pregleda 23. avgusta 2010.

Vsakodnevne skrbi in delo so odvrčali moje misli od primera tega delavca vse do 14. marca 2011, ko je poklical novi šef kadrovske službe in s pretirano vljudnim glasom predlagal sestanek o »vam že znanem primeru«. Na sestanku

sta mi vodja kadrovske službe in pravnica pokazala odločbo invalidske komisije z dne 4. januarja 2011, kjer je bilo zapisano: »Zavarovanec je nadalje delovni invalid III. kategorije invalidnosti zaradi posledic bolezni in ima še nadalje pravico dela na drugem delovnem mestu z omejitvijo: brez nočnega dela s polovico delovnega časa«. Kakšen zaključek invalidske komisije, če upoštevamo spodaj navedene citate iz izvedenskega mnenja: »delavec pove, da dela polni delovni čas, sicer s težavo, vendar nekako gre, v to delo je prisiljen, ker ima doma štiri otroke,« in nadalje »senat IK meni, da pri zavarovancu od zadnje ocene ni prišlo do bistvenih sprememb v zdravstvenem stanju, ki bi vplivale na njegovo delazmožnost, zato ostaja še nadalje v veljavi III. kategorija invalidnosti v dosedanji obliki, utemeljen je kontrolni pregled v mesecu januarju leta 2016«.

Gospa pravica in gospod šef kadrovske pravita: »Gospod doktor, ker smo ga mi na podlagi vašega spričevala zaposlili (sklenili pogodbo o zaposlitvi) kot steklopihalca krogličarja in pridobili delovno vizo samo za to delo, po odločbi IK pa ga moramo prestaviti na drugo delo, za katero ne dobimo vize, ga moramo izključiti iz delovnega procesa in plačati njegovo odsotnost v vrednosti 7.980 EUR od izteka pogodbe. Menimo, da bi to morali plačati vi.« Postal mi je jasno, da bom zase in svoje podjetje težko izbral ugodnejši izid. Ali se splača sprožiti spor pred sodiščem? Odločil sem se, da priznam poraz. Ali je to res poraz? Sam sem prepričan, da sem ravnal prav in kot zdravnik. Res je, da splet okoliščin ni bil v prid ne pacientu ne zdravniku medicine dela.

Postavljam nekaj vprašanj vsem, ki bodo brali prispevek: Kako se je mogel senat IK odločiti za mnenje o razporeditvi na drugo delovno mesto in ga ni pustil delati na delovnem mestu steklopihalca krogličarja vsaj štiri ure, saj so sami napisali, da ni prišlo do bistvene spremembe zdravstvenega stanja? Kako je lahko senat IK upošteval izvida z dne 22. januarja 2009 in z dne 25. maja 2009, ki sta stara skoraj dve leti? Kako to, da kadrovska služba ni vprašala delavca, ali ima kakšno invalidsko oceno ali omejitev pri delu? Ali jim ocena zmožnosti za delo z omejitvijo za eno leto ni dala misliti, kaj je z delavčevo delovno zmožnostjo? Ali je pravično, da stroške odškodnine nosi le pooblaščen zdravnik, ko je bilo v zadevo vpletenih več strani (delavec, podjetje, pooblaščen zdravnik, IK)? Zakaj me kadrovska služba ni obvestila o roku pritožbe na odločbo IK, ki bi bila po mojem mnenju upravičena zaradi dokaj površno napisane ocene zmožnosti za delo s strani IK?

Kot zdravnik občutim moralno in etično zadoščanje, ne glede na finančne posledice, saj sem svoje delo opravil dobro, opravil dobro anamnezo, klinični pregled, preiskave, kar je vse skupaj pokazalo trenutno zdravstveno stanje pacienta, ki je dovoljevalo vsaj štiriurno zaposlitev na delovnem mestu steklopihalca. ZPIZ ima svoje brezčutne sodelavce, podjetje svoje močne službe, šibki strani sta le dve: pacient s svojo nesrečno boleznijo in zdravnik medicine dela v precepu številnih interesov.

# Akad. prof. dr. prava in dr. med. Janez Milčinski

*Tomaž Rott*

Pisati o akademiku prof. dr. Janezu Milčinskem, enem izmed najbolj pomembnih in znanih iz plejade prvih učiteljev na popolni Medicinski fakulteti v Ljubljani, je skorajda že predrzno dejanje, saj je o njegovi strokovni poti že toliko znanega in večkrat zapisanega. Vseeno pa je treba ponoviti večinoma vsem znane podatke iz mozaika njegovega življenja. Poskusil sem dodati še ščepec nekoliko bolj osebne note, nekaj njegovih besed, ki s(m)o jih poslušali številni rodovi njegovih učencev, ki se jih spominjamo in skušamo uveljavljati v vsakdanjosti, saj so bila napotila izjemnega učitelja, velikega strokovnjaka in humanista.

Nanizanih je nekaj skorajda anekdotičnih drobcev, ki smo jih z njim preživeli v študentskih letih. Njegovo življenje pa najlažje ilustrira njegova lastna neposredna beseda iz avtobiografske knjige spominov in nekateri zapisi, ki so objavljeni na medmrežju. Upam, da bo poleg bogatih biografskih podatkov s pomočjo njegovih izrečenih in napisanih besed zaživel vsaj drobec njegove široke človeške osebnosti.

Akademik prof. dr. Janez Milčinski se je rodil 3. maja 1913 v Ljubljani kot najstarejši od treh sinov mladinskega sodnika, advokata in slovenskega humorističnega in satiričnega pisatelja Frana Milčinskega, s psevdonimom Fridolin Žolna (3. 12. 1867, Lož – 24. 10. 1932, Ljubljana), in matere Marije Krejči. Četrty otrok v družini je bila sestra Breda Slodnjak, slavistka.

Delo pisateljevega bogatega življenja se je nadaljevalo in odsevalo v dejavnostih njegovih treh sinov: vzgojne, socialne in pravniške izkušnje pri doktorju prava in medicine akademiku Janezu, pisateljevem »skavtu Petru«, reševanje človeških stisk v delu akademika psihiatra Leva (1916–2001), satirično-humoristično razmišljanje o vsakodnevem življenju pa pri »dr. humorja«, Franetu z umetniškim imenom Ježek (1914–1988). V vsakem primeru so imeli fantje v družini najmanj tri doktorate.

Janez je po maturi leta 1931 na realni gimnaziji študiral v Ljubljani pravo in leta 1936 promoviral. Po študiju v Ljubljani in Zagrebu je leta 1940 zaključil tudi študij medicine in bil v letih od 1941 do 1943 asistent pripravnik na Patološko-anatomskem inštitutu v Ljubljani. Leta 1945 so Janeza Milčinskega imenovali za izrednega profesorja sodne medicine in predstojnika novoustanovljenega Inštituta za sodno medicino Medicinske fakultete (MF) v Ljubljani, leta 1957 je postal redni profesor sodne medicine.

Dvakrat je bil dekan MF (v letih 1954–1955 in 1962–1964), prorektor (1970–1973) in 30. rektor Univerze v Ljubljani (1973–1976), predsednik skupnosti jugoslovanskih univerz (1975–1976), član trajnega komiteja Evropske rektorske

konference (1974–1979) in upravnega odbora Mednarodnega združenja univerz (1975–1980).

Leta 1983 se je upokojil in podelili so mu naslov zaslužnega profesorja ljubljanske univerze.

V drugem zakonu, z glavno operacijsko sestro na Ortopedski kliniki, gospo Vido Červ, sta se jima rodili dve hčerki: zdravnica Metka (rojena l. 1954), profesorica na MF v Ljubljani, in Maja (rojena l. 1956), filozofinja, sinologinja in religiologinja, profesorica na Filozofski fakulteti v Ljubljani.

Prof. dr. Janez Milčinski je leta 1961 postal dopisni, leta 1970 pa redni član Slovenske akademije znanosti in umetnosti (SAZU) in bi njen dolgoletni predsednik (od marca 1976 do maja 1992).

Življenjsko pot je sklenil 28. julija 1993. Že v zgodnjih devetdesetih letih so njemu na čast poimenovali vsakoletna spominska srečanja, enodnevnne simpozije z aktualno tematiko s področja sodne medicine.

Od leta 1941 je bil član OF in julija 1943 odšel v partizane, kjer je deloval kot kirurg v bolnišnici v Zgornjem Hrastniku v Rogu, ki do konca vojne ni bila odkrita in stoji še danes. Bil je organizator vojno-sanitetne službe v zaledju, najprej kot vodja oddelka Slovenske centralne vojno-partizanske bolnišnice v Rogu, nato v Žumberku kot upravnik bloka Slovensko-hrvaške vojno-partizanske bolnišnice in sanitetne šole VII. korpusa, končno pa kot šef sanitetnega odseka štaba baze NOV Slovenije v Zadru v Dalmaciji. To obdobje je opisal med svojim zdravljenjem tuberkuloze v sanatoriju v seriji nadaljevanj pod naslovom »Mi pa nismo se uklonili«, ki so kasneje izšla kot celota leta 1965 pri Slovenski matici v zborniku Slovenskega zdravniškega društva »Poslanstvo slovenskega zdravnika«. Po vrnitvi iz Zadra so ga demobilizirali in moral je sleči uniformo, o čemer piše:

»Samemu mi je bilo težko sleči uniformo. Prvič zato, ker nisem imel kaj drugega pametnega obleči – pozneje so mi sešili plašč iz dveh avstralskih odev ... Sleči uniformo je bilo obenem pomenilo izločiti se iz nenavadnega kolektiva, v katerem ni treba operirati z denarjem ... In slednjič, ločiti se od uniforme pomeni ločiti se od sodelavcev, s katerimi smo bili dolgo skupaj. V šali smo drug drugega tolažili, da bomo šli pač za tramvajarje in bomo lahko še naprej v uniformi ... Čeprav mi hčeri še danes očitata, da sem zasvojen od uniform ...«

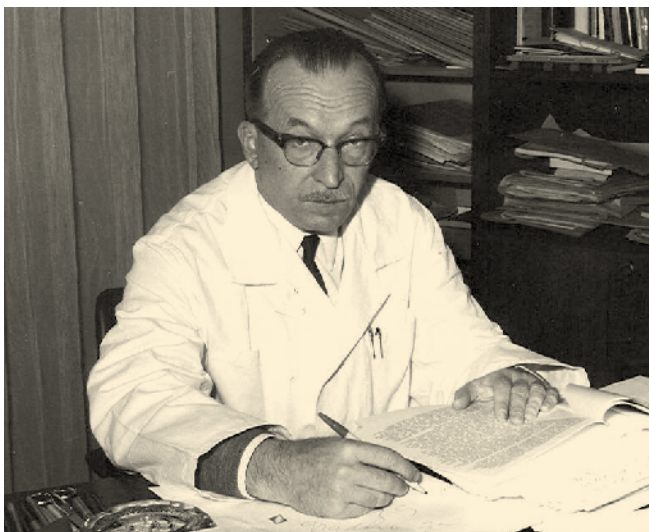
Po demobilizaciji se je vrnil na Patološko-anatomski inštitut. Kot načelnik Oddelka za vzgojo zdravstvenega naraščaja pri Ministrstvu za zdravstvo LR Slovenije je dejavno sodeloval pri ustanavljanju popolne MF v Ljubljani.

**Inštitut za sodno medicino** je bil ustanovljen 25. avgusta 1945 s sklepom fakultetnega sveta in začel z rednim delom 17. septembra. Od leta 1945 do upokojitve leta 1983 je prof. Milčinski

kot prvi predstojnik vodil in razvijal ustanovljeni inštitut, v začetku z izredno skromno materialno bazo in šestimi zaposlenimi. V tem prvem povojnem obdobju, polnem improvizacij, se je izoblikovala podoba inštituta kot učne, znanstvene ter operativno-zdravstvene ustanove:

»Delati smo začeli iz nič. Imeli smo mikroskop, tri knjige, obdukcijski pribor in dva pisalna stroja ...«

V začetku so se strokovno na inštitutu uveljavile toksikologija, alkoholometrija, medicinska kriminologija, hematologija, kasneje katastrofna služba in izvedenstvo, ki so ga poimenovali »ljubljska izvedenska šola«, ter medicinska etika in deontologija. V povezavi s kliniki so sooblikovali redne seminarje iz toksikologije. Na inštitutu so tudi ustanovili etično komisijo, ki se je dopolnila s strokovnjaki ostalih medicinskih področij in postala najvišji etično-deontološki organ na ravni republike.



Na inštitutu za sodno medicino v sedemdesetih letih.



Prvi Plečnikov memorialni sestanek 1970: z leve prof. dr. Janez Milčinski, prof. dr. Bogdan Breclj, prof. dr. Andrej O. Župančič (foto: Tomo Brezovar).

**Pouk sodne medicine** s predavanji in vajami za medicince se je začel leta 1945, leta 1947 so se začeli pouk in tečaji za nekatere delavce v šolah državnega sekretariata za notranje zadeve. Leta 1948 so prof. Janeza Milčinskega imenovali za honorarnega predavatelja sodne medicine na juridični fakulteti Univerze v Ljubljani, kjer je s predavanji začel v zimskem semestru istega leta. Leta 1952 se je pričel pouk sodne medicine na Stomatološki fakulteti v Ljubljani.

Po navodilih kadrovske komisije Medicinske fakultete se je leta 1973 vodstvo pedagoške dejavnosti ločilo od vodstva strokovne dejavnosti. Ustanovili so Katedro za sodno medicino in medicinsko deontologijo, za njenega prvega predstojnika so izvolili prof. dr. Janeza Milčinskega.

Janez Milčinski se je kot pravnik in zdravnik posvetil sodni medicini, kjer je s pridom lahko uporabil obe stroki pri sodno-medicinskih, etičnih in deontoloških vprašanjih v medicini. Upravičeno ga lahko imamo za **pionirja sodne medicine** na Slovenskem, čeprav so bili pred njim že predavatelji s tega področja, kot Janez Bleiweis, Janez Plečnik in še drugi, ki pa niso zapustili zapisov o svojih predavanjih. Prof. Milčinski je gojil posebno spoštovanje do prof. Janeza Plečnika in je v javnosti pogosto omenjal njegovo vlogo in pomen ter se večkrat udeležil vsakoletnega Plečnikovega memorialnega sestanka.

V poletnih mesecih leta 1947 je dobil štipendijo Svetovne zdravstvene organizacije, ki mu je omogočila edino daljše strokovno izpopolnjevanje v Belgiji, Franciji, Švici. Kasneje se je izpopolnjeval tudi med strokovnimi obiski v Avstriji in Nemčiji.

V svojem strokovnem delu se je poleg osnovne sodnomedicinske morfologije veliko ukvarjal z izvedenskim ocenjevanjem telesnih poškodb, še zlasti v prometu, in z zastrupitvami ter alkoholizmom. V povezavi s poškodbami v prometu in drugje se je pričel ukvarjati tudi s področji **prve pomoči in oživljanja**.



Ob Plečnikovem grobu 1970: z leve doc. dr. Anton Dolenc, prof. dr. Janez Milčinski, prof. dr. Vera Lenartova in prof. dr. Ivan F. Lenart, prof. dr. Valentina Kobe (foto: Tomo Brezovar).

»Pravzaprav je nenavadna pot, da se uvajajo nove metode oživljanja in prve pomoči na sodni medicini, ne pa kot poseben predmet v prvih letnikih medicinskega študija in potem v kliničnih predmetih. Toda tako je bilo. Preko nesreč z elektriko sem se nekako povezal s slovenskim elektrogospodarstvom, in tam naletel na veliko razumevanje za vzgojo njihovih delavcev o prvi pomoči. V času, ko sem se začel za to zavzemati ... so se pojavile prve publikacije – to je bilo daleč pred letom 1953 – o umetnem dihanju z usti in nekaj let pozneje tudi o zunanji masaži srca. To smo uvedli najprej pri elektrogospodarstvu, nato pa pri gorski reševalni službi, v katero sem se vključil po obravnavanju planinskih nesreč, iskanju vzrokov in dogovarjanju o ukrepih za preprečevanje ali vsaj zmanjšanje njihovega števila. Tako se je začela prva pomoč v okviru našega inštituta ... Potem smo začeli uvajati snov na sodnomedicinskem inštitutu v tečajih za stažiste. Sposodili smo si lutko za umetno dihanje in za zunanjo masažo srca. Tako je teklo 5 let ... kliniki so gledali nekoliko postrani, a nazadnje so se odločili, da bodo sami prevzeli ta pouk.«

Izredno pomembno delo je zapustil na občutljivih področjih **medicinskega prava, etike in deontologije**, nauka o zdravnikovih dolžnostih in obveznostih ter kazenski odgovornosti zdravstvenih delavcev. Sodeloval je pri nastajanju Kodeksa etike zdravstvenih delavcev SFRJ. Med drugim je zastopal stališča zdravnikove strokovne samostojnosti in neodvisnosti, v svojem odnosu do sodelavcev na fakulteti je zagovarjal in dosledno spoštoval načela Hipokratove prisega »o spoštovanju svojih učiteljev, staršev«, osnovno načelo zdravniškega poklica »*primum nil nocere*« in opozarjal na pomembno načelo Maimonidove molitve – »odvrni od mene misel, da zmorem vse«. Poudarjal je tudi:

»... Narava zdravniškega dela je taka, da ga ni mogoče izrecno predpisati z navodili in prav tako ne kontrolirati ... zato je notranja etična kontrola toliko bolj potrebna in pomembna.«

»Zdravnik bodi predvsem dober človek, ki ga ne vodi noben interes (dobitek, slava, čast, ugled, priznanja, nagrade, odlikovanja), temveč je ves predan človeku v stiski. Kogar bi vodili omenjeni interesi, pač ni zrel za ta poklic; zanj in za bolnika je bolje, da ubere drugo pot.«

Aleksander Nardin, dr. med., iz Šempetra pri Gorici je o njem dejal:

»Janez Milčinski nas je učil, da sta neogibna pogoja za dobro zdravljenje bolnikovo zaupanje in zdravnikova vestnost. Pri tem mu bo lahko včasih v pomoč posvet z bolj izkušenim kolegom ali mnenje strokovnega kolegija.«

Glede evtanazije pa je prof. Milčinski govoril, da mora zdravnik tudi kritično presoditi, kako bo ravnal pri umirajočih bolnikih, kako bo izbiral zdravljenje.

»Zdravnik ne sme pomagati bolniku umreti, ampak mu mora pomagati, ko umira. Ne sme posegati v življenje, ampak olajšati trpljenje, ki bi bilo na pragu smrti ... Zato pravim, medicina ne sme vsega kar zmore ...«

Prof. Milčinski je tudi opozarjal na razliko med zdravnikom in sodnim izvedencem.



Predavanje v šestdesetih letih v leseni predavalnici.

»Vsaka stroka ima svojo deontologijo, svoja etična pravila in etična pravila izvedenca so drugačna kot tista, ki veljajo za zdravljenje. Zdravnik je v službi pacienta, izvedenec pa v službi pravosodja, pravice in resnice in nobenih socialnih razlogov ni, ki bi smeli vplivati na njegove odločitve, čeprav bodo komu v škodo.«

Profesor Milčinski je bil odličen in med študenti **priljubljen predavatelj**, tako medicincem in stomatologom kot pravnikom in študentom Višje šole za zdravstvene delavce ter kriminalistom različnih ljubljanskih fakultet in višjih šol. Na predavanjih je s svojim umirjenim in preudarnim glasom ter s pretehtanimi besedami sistematično in poglobljeno analiziral in razreševal vprašanja iz omenjenih področij, na katerih je deloval tudi kot dober organizator in znanstveni raziskovalec. Svoje izkušnje je predstavljal tudi na predavanjih v tujini in v jugoslovanskem prostoru, na pravni fakulteti v Trstu in medicinskih ter pravnih fakultetah SFRJ ter predvsem na številnih kongresih in drugih strokovnih srečanjih doma in po svetu. Med pedagoškimi zadolžitvami je sprejel tudi večletno vodenje Katedre za sodno medicino v Tuzli. Tako kot govornik je bil tudi kot pisec poznan po lepi slovenski besedi, izjemnem stilu in strokovnih, poljudnoznanstvenih člankih ali izvedenskih mnenjih.

Kot **dekan** se je v svojem drugem mandatu v šestdesetih letih uspešno upiral reformi, ki je zajela vso univerzo, neuspešno pa proti odvzemu nazivov doktor medicine oziroma stomatologije:

»... Vodilni motiv je bil dvostopenjski študij (»prvi bolonjski poskus«, op. avtorja), pri čemer naj bi fakultete v dveh letih izšolale nekakšne hitro zvarjene strokovnjake, na višji stopnji naj bi pa še naprej ostala diploma ... Na medicini ... Moram reči, da je bilo splošno mnenje odklonilno, češ da takšnega polzdravnika nimamo kje uporabiti.«

»Do leta 1985, torej 22 let, je zakon (o nazivih) ostal veljaven, 22 let nismo mogli izvedeti, kdo stoji za njim ... Pri tem je nastala velika škoda. Izgubili smo veliko večino, pravzaprav skoraj vse inozemske študente ... Afričane ... Indonezijce ... precej rojakov s Primorske in Koroške. Vsi so morali oditi iz Ljubljane in presedlati na druge fakultete, Korošci na avstrijske, kjer so pri enakih pogojih dobili naziv doktor medicine, ki je v Avstriji pogoj za opravljanje zdravniškega poklica.«

Na **rektorskem položaju** se je med drugim soočil s problemi novega univerzitetnega zakona, ki je dosledno zahteval doktorat znanosti za naziv profesorja. O tem je imel svoje mnenje:

»Sam nimam doktorata znanosti iz medicine, in v času, ko je postal doktorat pomemben, me je reševal tisti s prava. Ali je doktorat potreben za visokošolskega učitelja? Mislim, da ni prava pot, ki so jo ubrali pri nas, pod pritiskom in na silo ter s popuščanjem, z množico doktoratov ... Mislim, da noben doktorat znanosti ne kvalificira koga za dobrega učitelja ...«

**Mednarodno veljavo** si je pridobil zaradi neoporečne strokovnosti, zaradi najvišje stopnje humanosti pri svojem delu in njegovem vodenju v najtežjih razmerah, ob posredovanju, pomoči in predvsem zaradi visokega odstotka identifikacije posmrtnih ostankov žrtev različnih katastrof: ob potresih v Skopju (1963), na Siciliji (1968) in v El Asnamu v Alžiriji (1980), pri poplavi zaradi udarnega vala vode iz doline Vajont na vasico Longarone (1963), železniških nesrečah v Zagrebu (1974) in Borovnici (1976), pri množičnih letalskih nesrečah na Brniku (1966), Krku (1971), Maganiku pri Titogradu (1973), Zagrebu (1976) in na Korziki na gori S. Pietro blizu Ajaccia (1981).

Na osnovi velikih izkušenj je v sedemdesetih letih postavil temelje **katastrofne medicine**. Na Inštitutu za sodno medicino so ustanovili Enoto za identifikacijo mrtvih, ki je sodelovala pri večjih nesrečah in katastrofah doma in v tujini. Akademik Milčinski je pripravil posebno shemo delovanja enote, ki je v veljavi tudi v sedanjem času, dopolnjena z vsemi novimi metodami na področju identifikacij neprepoznanih trupel v katastrofah.

Kot avtoriteta s področja sodnomedicinskih vprašanj, medicinske etike in deontologije in še posebej identifikacije je s področja svojega delovanja **napisal poleg preko 200 člankov tudi pet knjig**. Znamenita je »črna knjiga« Sodna medicina, uvod in delo z izvedencem (1956), leta 1962 prevedena tudi v srbohrvaščino. Svoje bogate izkušnje na področju izvedenskih mnenj je podal v knjigah Medicinsko izvedenstvo I (1970) in Medicinsko izvedenstvo II (1981). Najbolj pereča vprašanja medicinske etike in deontologije je združil v knjigi Medicinska etika in deontologija (1982).

Spomini in pričevanja akademika prof. dr. Janeza Milčinskega v memoarskem delu Leta za pet drugih iz leta 1990 pa so izredno zanimivo branje, ki ga bogatijo tudi vedre domisljice, nekateri pa ga ocenjujejo kot njegov lasten strokovni obračun. V njem se nam avtor predstavi z novega zornega kota – kot človek z delom svoje življenjske zgodbe. Na pestro in z dogodki bogato življenje simbolno kaže tudi naslov knjige.

Zaradi svoje razvejane dejavnosti, strokovne poglobljenosti, odličnosti, velike kritičnosti so mu zaupali **številne zadolžitve in naloge** v okviru različnih strokovnih in tudi političnih organizacij doma in v tujini. V letih od 1948 do 1950 je bil na povabilo profesorja Andrije Štamparja, takratnega predsednika skupščine Svetovne zdravstvene organizacije (SZO, oz. OMS – Organisation Mondiale de la Santé ali WHO – World Health Organization), poleg dr. Pavla Gregorića in internista profesorja dr. Čeda Plavšića kot član jugoslovanske delegacije večkrat v tujini. Približno po mesec dni so bili dvakrat v Ženevi in enkrat v Rimu. O tem je med drugim zapisal:

»... Ko sem se lani vračal iz Švice domov, sem si mislil, da imam Švice za bližnji dve petletki dovolj. Zato sem letos junija brez navdušenja sprejel vest, da bom moral za pet tednov v Ženevo. Vsi načrti za delo v počitniškem času so se podrlj, z njimi pa tudi načrt o tednu dni potikanja po planinah. Še manj sem bil navdušen, ko so mi povedali, da moj opravek v inozemstvu ne bo strokovnega značaja, še celo ne sodnomedicinskega, pač pa bolj administrativnega, napol diplomatskega. Sodne medicine nas imajo za gibčne in prilagodljive v novih situacijah, češ da nas je stroka tega naučila, z drugimi besedami, da se nas je v stiku s kriminalom le nekaj prišlo. Šele zadnje dni pred odhodom sem točno izvedel, za kaj prav za prav gre: v Ženevi bo ustanovna skupščina Svetovne zdravstvene organizacije ...«

In to je bilo prav v času, ko je Stalin kot vodja Komunističnega informacijskega biroja (v letih 1947–1955 povezovalne organizacije vseh komunističnih strank) izključil Jugoslavijo iz te organizacije. Negotovost, tesnobne občutke ob informacijah in dezinformacijah o stanju v Jugoslaviji je profesor Milčinski opisal:

»... Tedaj udari strela v porajajočo se idilo, v uspravajoče vzdušje miru: 29. junija zjutraj so na vseh kioskih in vogalih, kjer prodajajo časopise, veliki rdeči napis: »Prelom med Moskvo in Beogradom!« »Tito obsojen«. Vsi listi so polni senzacij. Stežka izluščimo iz zmedenih člankov, kaj je na stvari ...

Čim vstopiva s tovarišem iz Beograda v dvorano, nama je očito, da je novica razgibala vso družino. Eni se v zadregi drže leseno, drugi naju gledajo s spoštljivim zanimanjem. Nekaj je jasno: niti prvi niti drugi se ne znajdejo ... Še par dni vlada takšna, namenoma ustvarjena atmosfera pritiska in napetosti, potlej časopisi spet preidejo na domače senzacije, kot »Karambol kolesarja s peščem« in podobne. Samo še kratka notica razočarano ugotavlja, da »Tito popolnoma obvladuje položaj«.

Naša skupščina nadaljuje svoje delo v komisijah ... Najbolj črna točka udejstvovanja je bila zame finančna komisija. Potisnili so me vanjo, češ da kot jurist te stvari razumem (Vedno, kadar je kje kaj kislega, mi moja pravniška preteklost narobe hodi!). V resnici nisem »teh stvari« spočetka prav nič razumel in na koncu še vedno jako malo. In ravno v tej komisiji je šlo za najbolj daljnosežne sklepe: višina budžeta, razdelitev kreditov, procent prispevka posameznih držav. Konec koncev pa postane stvar prav zanimiva ...«

Prof. Milčinski je tudi podrobneje opisal težave in zanimive podrobnosti pri zelo pomembni izvolitvi Izvršnega odbora SZO in pri tem poudaril pomembno vlogo predsednika jugoslovanske delegacije prof. Andrije Štamparja.

Med ostalimi **zadolžitvami** je bil prof. Milčinski član Sveta za zdravstvo LRS (1956–1958) in sveta Kriminološkega inštituta univerze v Ljubljani (1961–1968). Leta 1958 je postal podpredsednik, v letih od 1962 do 1964 in od 1982 do 1983 pa je bil predsednik Udruženja za sudsko medicino SFRJ. Od leta 1959 je bil član Udruženja za mednarodno pravo SFRJ, od leta 1961 podpredsednik Sekcije za mednarodno medicinsko pravo tega združenja. Zaradi svojih mednarodno priznanih zaslug je bil izvoljen za predsednika Mednarodne akademije za sodno in socialno medicino za obdobje od 1970 do 1973 in odtlej njen častni predsednik.

Bil je član gradbenega odbora za gradnjo nove bolnišnice v Ljubljani (1962–1965), od leta 1962 član komisije UO sklada Borisa Kidriča, od leta 1965 član UO istega sklada, od leta 1963 predsednik Republiškega koordinacijskega odbora za boj proti alkoholizmu, od leta 1965 član zveznega odbora Jugoslovanskega saveza protiv alkoholizmu in član International committee for alcohol and traffic, od leta 1966 član sveta za varnost prometa SFRJ. Bil je predsednik jugoslovanske konference PUGWASH (1985).

Od leta 1963 je bil član redakcijskega odbora revije Kriminologija i krivično pravo, od leta 1965 pa član uredniškega odbora revije The international microfilm journal of legal medicine. Za Vidmarjem je SAZU 16 let predsedoval dr. Janez Milčinski. Skupščina SRS je leta 1977 sprejela nov zakon o SAZU, ki je to najvišjo nacionalno ustanovo znanosti in umetnosti degradiral v samoupravno organizacijo, ki razvija marksistično teorijo in metodologijo, in v postopku kandidiranja novih članov SAZU zahteval mnenje družbenopolitične organizacije.

Vendar je delo SAZU potekalo strokovno dovolj neodvisno, kot varno križarjenje med Scilo in Karibdo, kar je verjetno tudi zasluga prof. Milčinskega. V akademiji je bila pomembna njegova vloga pri povezovanju celotne slovenske znanstvene sfere in njenem uveljavljanju v jugoslovanskem in mednarodnem prostoru. Leta 1981 so zasnovali raziskovalni program Naravna in kulturna dediščina slovenskega naroda, ki sta ga izvajala akademija in znanstveno raziskovalni center (ZRC). V spoznanju, kako pomembno je raziskovanje narodne istovetnosti v vseh njenih pojavnih oblikah – kulturni, socialni, politični, gospodarski – je prof. Milčinski usmerjal SAZU. Med drugim je spomladi leta 1990 tudi imenoval komisijo za sestavo slovarskega dela novega slovenskega pravopisa. Nekaj nejevolje je sprožilo njegovo zavzemanje za simpozij Znanost in vera, ki so ga organizirali v okviru SAZU.

Šele leta 1994 sprejeti novi zakon pa je SAZU osvobodil marksistične ideologije in samoupravnega modela ter akademiji spet priznal status najvišje in neodvisne nacionalne znanstvene in umetnostne ustanove.

Septembra leta 1991 je prof. Milčinski s svojo udeležbo na mednarodnem znanstvenem sestanku Znanost za svobodo, mir

in sodelovanje v Cankarjevem domu podprl slovenske težnje po osamosvojitvi.

Zaradi izredno uspešnih posredovanj in pomoči pri velikih katastrofah v Evropi je prof. Milčinski dosegel mednarodni sloves in ugled. Njegovo delo mu je prineslo številna **slovenska, jugoslovanska in mednarodna odlikovanja, priznanja in diplome**, med drugim: leta 1973 nagrado AVNOJ, kasneje zlati častni znak svobode Republike Slovenije, red zaslug za narod Republike Francije in leta 1987 francosko odlikovanje akademskih palm v najvišji stopnji commandeur, red zaslug za italijansko republiko, odličje planinske solidarnosti (Milano), medaljo Inštituta Oscar Feire iz São Paula.

Leta 1987 mu je Univerza Karla Marxa v Leipzigu podelila častni doktorat. Deset let za Titom in Kardeljem (1979) je postal častni doktor ljubljanske univerze. Bil je dopisni, redni ali častni član številnih akademij znanosti in umetnosti, jugoslovanske (1977), srbske (1978), bosansko-hercegovske (1978), makedonske (1979), črnogorske (1985), častni član Ligurske akademije znanosti in književnosti (1980), redni član nemške akademije naravoslovcev Leopoldina (1980), starejše od britanske Royal Society, newyorške akademije znanosti (1989) in Evropske akademije znanosti in umetnosti (1991), častni član tujih zdravniških organizacij – združenj za sodno medicino Italije (Societa Italiana di Medicina legale e delle Assicurazioni, 1956), Poljske (1975), Češkoslovaške (1971), NDR (1972), ZRN (Deutsche Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin, 1980), Avstrije (1983), in domačih – Slovenskega zdravniškega društva (1976), Mariborskega ZD (1982), prior h.c. jugoslovanske skupine Ordre de Saint Fortunat (1987) in častni član RK Slovenije (1985). Ponosen in vesel je bil članstva v Gorski reševalni



Na Akademiji leta 1993 prof. Milčinski s soprogo Vido in hčerko Metko, ter akademikoma Cirilom Zlobcem in Francetom Bernikom.



S simpozija v Cankarjevem domu Znanost za mir, svobodo in sodelovanje septembra 1991, z leve akademiki prof. dr. Janez Milčinski, prof. dr. Anton Trstenjak, prof. dr. Dušan Ferluga, gospod Zvonko Letica (foto: Tomo Brezovar).

službi Slovenije in ne nazadnje častnega članstva v Akademskem pevskem zboru Tone Tomšič.

Leta 1982 je prejel nagrado mesta Ljubljane, skupščina mesta Ljubljane pa ga je proglasila za častnega občana (1987). Pred nekaj leti pa mu je Mednarodno združenje humanistov posmrtno podelilo svoje najvišje priznanje »za vse, kar je storil za mir, človeštvo in v dobro ljudi«.

Kljub številnim zadolžitvam v mednarodnih, jugoslovanskih in slovenskih strokovnih krogih pa je preživel vsakdanje življenje s svojimi konjički, ki so bili deloma tudi povezani s stroko. V svoji memoarski knjigi omenja »tri lepe stvari: gore, letenje, knjige«.

Bil je znan **zbiratelj starih spisov in knjig**. Svojo ljubezen do knjig opisuje:

»... lahko rečem, da sem se nalezl, okužil z bibliofilstvom, z ljubeznijo do knjig, v domači hiši ... Nekako v začetku sedemdesetih let sem odkril Trubarjev antikvariat nasproti Magistrata ... Ko sem odkril ta antikvariat, sem začel resno zbirati stare knjige. Najprej medicinske, nato vse po vrsti iz 16. stoletja, pozneje zemljepis, zgodovino, medicino, botaniko, naravoslovje sploh, nato vse o potresih in tudi sveto pismo, mašne bukve, črno mašo, predvsem stvari, ki so bile povezane z mojo stroko ... Imam češko sveto pismo iz leta 1537, nekatere Frobenove izdaje iz Basla, vse iz prve polovice 16. stoletja, ki so občudovanja vredne že zaradi tiska, treh, štirih pisav, ki so jih uporabljali – latinice, gotice, hebrejske, grške, arabske ... inkunabule so praktično nedosegljive, jaz imam eno samo, pa sem zadovoljen, da imam vsaj to. Sicer pa 16. stoletje. Čim bližje letu 1500, toliko bližje je tudi meni.«

**Planinarjenje** je ohranil v visoko starost, saj je bil zadnjič na Triglavu leta 1982, skupaj z bratom Levom in 76-letnim Bogdanom Brecljem. Še prej pa je na vrh Triglava pripeljal svoji hčerki. Kljub temu se je moral včasih odreči **priljubljenemu planinarjenju**, tako tudi zaradi že omenjene udeležbe na ustanovitvi SZO leta 1948.



Prenos ranjenca v partizansko bolnico Zgornji Hrastnik v Kočevskem rogu, avgusta 1943 (fotografiral Janez Milčinski).

»Danes se sprašujem, od kod to nagnjenje, ta ljubezen do gora. Od doma prav gotovo ne, kajti mislim, da je bil Rožnik najvišja gora, na katero smo se povzpeli v družinski sestavi ... Veliko zaslugu je imel Pavel Kunaver, pa skavtstvo, taborjenje, izleti ... V času študija, zlasti na pravni fakulteti, sem več hodil v gore. Obiskal sem več Kamniških, pa Julijce, Škratlenco, Jalovec ... V dobri družbi sem prišel lahko tudi na vrh Grossglocknerja ... Potem sem začel hoditi sam – tudi pozimi ... čeprav je bilo nekoliko neumno, v nasprotju z načeli. A v najlepšem spominu so mi ostale prav zimske ture ...«

Hoja v gore in kasneje predvsem sodna medicina z raziskovanjem planinskih nesreč ga je povezala tudi s člani **gorske reševalne službe**.

»Tam (v gorski reševalni službi) sem našel zanimivo delovno področje, po eni strani raziskovanje nesreč in njihovih vzrokov, po drugi strani pa poučevanje prve pomoči v posebnih razmerah v gorah, v zimskem času in podobno ... S fanti sem šel tudi na nekatere akcije. Nekoč so me povabili, da se kot ponesrečenec peljem z akijem ... in dodelili so me dobri dvojici, rajnkemu Koblarju in Cirilu Pračku. Moram priznati, da je bila to velika izkušnja, a prav gotovo vozijo pravega ponesrečenca povsem drugače, veliko bolj mirno in previdno. Takšno tresenje je namreč še za zdravega človeka mučno ... na tisti tekmi z Vitranca je naša trojka zmagala, v dolini smo bili prej kakor v minuti ...«

**Ljubezen do letenja** je bila pri njem prav tako stara kakor ljubezen do gora. Rad se je spominjal svojih poletov in potovanj z letali, med drugim tudi preizkusnega leta z airbusom okrog Julijcev. Rad se je odzval vabilom in je tako brez večjih zadržkov večkrat preizkusil jadrarno in akrobatska letala in zanimive ter nenavadne izkušnje tudi opisal:

»V tistem času se mi je napletlo še nekaj drugega. Patolog dr. Rastko Golouh me je povabil v jadrarno letalo. Bil je navdušen jadralec, bazo pa je imel v Petrovčah pri Celju. Z njim sem prvič letel z jadralcem in v zraku sva ostala kakšni dve uri. Na letališču so mi potem omogočili še z majhnim motornim letalom kratek polet, med katerim je pilot pokazal, kaj vse zna. Vse skupaj mi je pripravilo neznansko veselje in zadovoljstvo. Ker so to opazili, so me pozneje povabili na letališče, naj si pridem nekaj ogledat – imeli so dvosedežno letalo



Na Triglavu v šestdesetih letih.





Janez z bratom Levom v osemdesetih letih.

lepe aerodinamične oblike, akrobatsko letalo Zlin, in mi dovolili, da sem z njim tudi letel. Maks Arbeiter me je posadil v letalo, na sprednji sedež, ki je namenjen učencem, da bolje vidijo predse, pa tudi, da jih ima učitelj pred očmi. Pilot je pognal letalo v zrak, naredil nekaj figur, ki so me močno očarale, premet na krilo pa je zame od vseh figur morda najbolj privlačen. Letalo, ki ima močan motor, se zažene navpično v zrak in leti, dokler mu dovolijo moči, potem se za trenutek ustavi – vsaj tak občutek vzbudi – se zvrne navzdol na krilo, pade morda 200 metrov in se spet ujame ter nadaljuje v looping. Toda tisto navpično navzgor in spet navpično postrani navzdol je treba doživeti – seveda, kdor ima s takimi stvarmi veselje in mu ne povzroča slabega občutka ...»

Poleg njegovih dnevniških zapisov je s svojim smislom za **fotografiranje** ohranil več zgodovinsko pomembnih fotografskih dokumentov o organiziranosti zdravstvene dejavnosti v partizanih med 2. svetovno vojno. Ob tem imajo nekatere fotografije tudi umetniško vrednost, kar dokazuje tudi prikazana fotografija o presosu ranjenca. Nekdanji člani pevskega kvinteta dr. Janez Plečnik smo ponosni, da jih je na Bledu fotografiral prav prof. dr. Janez Milčinski.

Rad se je **odzval vsakemu vabilu**, če mu je le-to dopuščal njegov delovni urnik, pa ne samo zaradi dolžnosti v vlogah profesorja ali dekana na Medicinski fakulteti, prorektorja ali rektorja ljubljanske univerze in dolgoletnega predsednika SAZU, ampak zaradi iskrenega zanimanja za najrazličnejše strokovne, kulturne dogodke in dogajanja, ki so bila povsem nepovezana z njegovimi številnimi uradnimi dolžnostmi.

Kljub temu, da smo študenti občutili do njega spoštljiv in zadržan odnos, pa se je znal med nami sprostiti in poveseliti. Tako nismo bili presenečeni, da se je rad udeležil tradicionalnega vsakoletnega »brucovanja« pevcev Akademskega pevskega zboru Tone Tomšič, ki je imelo vedno dobro pripravljen tematski glasbeno-igralski zabavni program. Spominjam se tudi skupnega praznovanja ob 25-letnici zboru leta 1971, ki so se ga poleg profesorja Milčinskega in drugih udeležili še gospa Vida Tomšič, gospa Tončka Marolt, avstrijski konzul Heinrich Riesenfeld. Prof. Milčinski je o povezavi z apezejci zapisal:

»Sicer pa iz mojega rektorskega časa poteka veliko prijateljstvo z akademskim pevskim zborom in z Maroltovci, ki traja še danes. Izvolili so me za častnega



Brucovanje Akademskega pevskega zboru Tone Tomšič 1966, z leve prof. dr. Janez Milčinski, gospa Tončka Marolt, avstrijski konzul dr. Heinrich Riesenfeld med pevci zboru.

člana, kar me je zelo razveselilo in še vedno ostajamo v stikih, čeprav že dolgo nisem več rektor univerze, niti aktivni profesor medicinske fakultete.«

Še bolj pa nas je presenetila in tudi razveselila njegova udeležba na absolventskem večeru našega letnika v tedaj oblegani študentski trdnjavi »Pajzl«, ki so jo nekateri povsem neupravičeno ocenjevali kot proslulo študentsko zatočišče. Tu je ob pogovoru, glasbi, plesu, prigrizku in pijači (znano je bilo, da je prof. Milčinski cenil Kirsch, dobro češnjevo žganje) vztrajal kar dolgo v noč. Vendar pa je le potrebno omeniti, da smo na to srečanje uspeli privabiti tudi nekatere druge ugledne učitelje, himalajca, raziskovalca Amazonije, patofiziologa prof. dr. Andreja Otona Župančiča (1916–2007), tudi strastnega ljubiteljskega ornitologa, ki so ga zato na grško-jugoslovanski meji kot »špijuna« aretirali in nato brzojavno preverjali v Ljubljani (»da neki ... izjavljuje, da je profesor Medicinskega fakulteta u Ljubljani. Da li je to istina?«), ko je skrit v ločju ob jezeru fotografiral ptice, higienika prof. dr. Ivana Bonača (1906–1988), olimpijskega tekmovalca v plavanju, ginekologa prof. dr. Draška Vilfana (1914–1996) in še v istem letu prezgodaj preminulega ljubljanskega gornika in jamarja kirurga dr. Uroša Tršana (1926–1969). Med »povštrtancom« se je sramežljivo (skozi okno) umaknil prof. Bonač.

Prof. Milčinski je znal biti tudi nagajivo hudomušen. Med predavanjem o problematiki alkoholizma v prometu je želel nazorno pokazati učinek alkohola na enem od prostovoljcev med študenti. Malo po sedmi uri zjutraj, ko so se začela predavanja, je študentsko suhljatemu mladcu dal na tešče izpiti 1 dcl vinjaka. Čez dobre pol ure je prostovoljec pričel malce »čudno gledati«, kar je profesor opazil, pa mu je takoj ponudil: »Kolega, če vam je pijača dobro dela, lahko dobite še en kozarček«. Seveda je ogovorjeni to »le iz gole vljudnosti« odklonil. Zanimivo pri vsem tem je bilo, da mu je kasneje analiza prikazala le 0,4 promila alkohola v krvi. Izraženo občutje preizkušanca pa je vendarle prikazalo, da tudi taka še dovoljena količina alkohola v krvi pri resničnem udeležencu v prometu ne bi bila povsem nepomembna za kritično vzniko-vo presojanje. Nekaj dni kasneje smo v okviru alkoholometrije preizkus ponovili in profesor je zastojkarsko pijačo znova ponudil

že preizkušenemu prostovoljcu, kar je slednji razumljivo z veseljem sprejel.

Med obravnavanjem morebitne koruptivnosti v zdravstvu je bilo zanimivo njegovo razmišljanje in stališče o medsebojni pomoči zdravstvenih delavcev pri hitrejšem dostopu do določene preiskave, pregleda ali zdravljenja. To se mu vsaj v tedanjih razmerah v zdravstvu, pred dobrimi 40 leti, ni zdelo sporno, kaj šele koruptivno, saj naj bi šlo za pomoč kolegu v stiski, kar ni bilo povezano z nobenimi protiuslugami. In ta pomoč naj bi bila ena redkih ugodnosti, ki jo je lahko določeni zdravstveni delavec ponudil svojemu kolegu.

Seveda pa sem ne sodijo nenavadna posredovanja, ko je svoje prijatelje kirurge prof. Milčinski prosil, da so na kirurški kliniki operirali opico iz živalskega vrta ali njegovega kameleončka, ko mu je zrastle tumor nad očesom. V delovni sobi prof. Milčinskega so bile namreč poleg knjig in kopic spisov občasno tudi različne živali, ki so jih dobili med drugim tudi iz skladišč za uvoženo sadje: dolgo časa je z njim živel kameleon Miško, tropske ribice, kače kot modras, črni gad, krajši čas pa škorpijoni, velike gosenice, stonoge, strupeni pajki, s katerimi je preživel cele dneve in včasih celo cele noči in jih včasih kot zanimivost pokazal študentom.

V okviru toksikologije smo si morali drug drugemu izpirati želodec. Čeprav to ni bila ravno prijetna izkušnja in se teh posegov nerad spomnim, pa mi je ta izkušnja nekajkrat prišla prav na terenu pri bolnikih z zastrupitvami, večinoma v samomorilne namene. Odločno pa je bil proti posegom, ki so predstavljali predvsem »znanstveno radovednost«. Ko sva s kolegom v okviru študentske raziskovalne naloge histokemično preiskovala jetrne encime pri

bolnikih z različnimi jetrnimi boleznimi, je kolega želel imeti za primerjavo biopsijo normalnih jeter in se je s kliniki že dogovoril, da bi mu napravili jetrno biopsijo. Vendar so ga vseeno napotili k prof. Milčinskemu, da pove svoje mnenje. Profesor se je nad kolegovo idejo močno razjezil z argumentoma: »Spoštovani kolega, kdo bo odgovarjal, če bi prišlo med ali po biopsiji brez zdravstvene indikacije do morebitnih zapletov? In ne nazadnje, kdo pa vam jamči, da imate normalna jetra?«

Ko smo obravnavali določeno sodnomedicinsko problematiko, je vedno predstavil zgodovinsko ozadje in prikazal dileme, ki so se odpirale v določenih obdobjih ob določenih primerih, pa naj je tematika predstavljala evtanazijo, splav, oceno predvsem prometnih poškodb, zdravniške napake itd., in ne nazadnje tudi smisel in pomen avtopsi, kjer je pričel in zaključil z znanim latinskim citatom »Mortui vivos docent«.

Študij medicine se je in se še vedno praviloma končuje s sodno medicino. Zato so bile med njegovim zadnjim predavanjem umestne zelo pomenljive besede kot pomembno izročilo, vezilo in vodilo: »Ohranite bistro glavo, pošteno srce in zravnano hrbtenico!«, čemur bi lahko dodali le še Prešernovo »delavno ročico«, da bi vsaj deloma lahko sledili našemu učitelju in vzorniku.

### Zahvala

Zahvaljujem se svojcem za spodbudne in koristne pripombe in posredovanje nekaterih fotografij.

*Članek s pripadajočo osnovno literaturo je objavljen na spletni strani zbornice (Publikacije zbornice).*

# Kratek pregled začetkov povojnega zobozdravstva na Slovenskem

## 3. Prva združevanja zobozdravstvenih delavcev

*Velimir Vulikić*

Vsako zgodovinsko obdobje je prinašalo nekaj novega, pogosto podkrepljenega z novimi dosežki znanosti in tehnike. Ta napredek je vplival tudi na stanje in razvoj zdravstva, ki so ga dolga leta sestavljali ljudski zobozdravniki – brivci, padarji, ranocelniki in drugi laiki. Njihovo delo je bilo izdiranje bolnih zob, pogosto po sejnih, in reklamiranje ter prodajanje malo- ali ničvrednih zdravil proti zobobolu. Šele v začetku 19. stoletja se zobozdravstvo loči od splošnega zdravstva in postane avtonomna veja medicine. S prihodom prvih šolanih tujih zobozdravstvenih delavcev na slovensko ozemlje po letu 1814 se pri nas začne strokovno zobozdravstvo. Z večanjem števila teh kadrov, kasneje tudi domačih, se začne in vse bolj zaostre medsebojni boj za paciente in zaslužek. Da bi ščitili svoje interese in v kruhoborstvu postajali močnejši, so ustanavljali svoje organizacije. Tako so svojo prvo stanovsko organizacijo ustanovili zobni tehniki leta 1910, nato zobozdravniki 1919 in nazadnje dokaj maloštevilni dentisti leta 1930. Zobozdravniki,

ki so imeli glavno vlogo pri oblikovanju zobozdravstvene službe, so na vse načine zavirali naraščanje dentističnega stanu in napredovanje zobnih tehnikov v stan zobnega terapevta. Končno ceno tega nenehnega konflikta med zobozdravstvenimi delavci v tedanji skupni državi Jugoslaviji so plačevali pacienti.

### Dozorevanje združevanja zobozdravstvenih delavcev

Druga svetovna vojna (1941–1945), boj proti okupatorju in nastajanje novega družbenega reda so prinašali korenite spremembe v odnosih med ljudmi. Številni zobozdravstveni delavci so se priključili enotam osvobodilnega boja. Ker je šlo za obstoj na svoji zemlji, so tudi oni strnili svoje vrste in pozabljali na denar, ki jih je pred tem razdvajal. Borcem so lajšali zobobol, da so lahko vztrajali v boju proti okupatorju. Med njimi se je kalilo tovariško

sodelovanje. Na vodilnih položajih so bili boljši organizatorji zobozdravstva, ne glede na stopnjo izobrazbe in stan. Tako je bil ves čas vojne voditelj partizanskega zobozdravstva zobni terapevt iz stanu dentistov. V vojni zgrajeni novi odnosi so se po osvoboditvi dežele poglobljali in prenašali na vse zobozdravstvene delavce. Meje med temi stanovi (zobozdravniki, dentisti in zobnimi tehnikami; poklicnih zobnih asistentk še ni bilo) so se vse bolj brisale.

## Ustanovitev podružnice v okviru sindikatov

Povojno politično vzdušje, angažiranje ljudi pri obnovi dežele, izid prve številke Zobozdravstvenega vestnika ter priprave na odpiranje zobozdravstvenih šol so v to kolesje pritegnili vse zobozdravstvene delavce. O tem dentist Peter Zlatnar piše: »To široko torišče dela na strokovnem, strokovno-političnem in socialnem polju interesno in moralno veže vse zobozdravstvene delavce k čim tesnejšemu sodelovanju, kar podira vse pregrade med zobozdravstvenimi stanovi, ki so nas do sedaj ločevali ...«

Tako so na začetku leta 1946 ljubljanski zobozdravstveni delavci ustanovili svojo podružnico v sestavi Enotnih sindikatov zdravstvenih delavcev in nameščencev Slovenije (ESZDNS). Za predsednika podružnice je bil izvoljen dentist in študent stomatologije Branko Palčič. Glavne naloge podružnice so bile: pomoč pri urejanju in širitvi zgradbe stomatološke klinike, priprava učnih načrtov za šole, izdelava poslovnika za zobozdravstvene ustanove, priprava cenikov zobozdravstvenih storitev, skrb za racionalno porabo zobozdravstvenih potrebščin ter redna strokovna in politična predavanja. Podružnica se je ukvarjala tudi s tekmovanjem za doseganje boljših uspehov na delovnih mestih, saj so se tudi zobozdravstveni delavci priključili tej vsesplošni ljudski akciji. Tekmovanja, večinoma v

počastitev kakega državnega praznika, so vključevala zobne ambulante, laboratorije in ustanove.

Marca leta 1946 so se zobozdravstveni delavci priključili vsesplošnim akcijam nedeljskih prostovoljnih del, katerih organizacijo je prevzel Branko Palčič, vodja tekmovalnih del. O prostovoljnih nedeljskih akcijah med marcem in avgustom je Palčič poročal: »V nedeljo, 24. marca, smo začeli s prostovoljnim delom v vasi Krka. Bilo nas je skupaj sedem: dva stomatologa, trije dentisti, instrumentarka in uradnica. V lepem jutru nas je sanitetni avto, preurejen za zobozdravstvene namene in opremljen z električnim vrtnalnim strojem, teleskopskim stolom ter Roentgenskim aparatom, odpeljal izpred Dentistične šole po lepi dolini Krke, tako da smo bili v vasi petnajst minut pred osmo zjutraj. Priprave, ki so v zvezi z delom, to je priključitev toka, preskrba s čisto vodo in ureditev poslovanja, so trajale pol ure. Z delom samim smo začeli ob pol deveti uri zjutraj. Prebivalstvo, predvsem otroci, so nas v začetku gledali nezaupljivo, pa so kmalu spoznali naš dober namen. Delo je trajalo do pol četrte ure popoldan z majhnim odmorom pri kosilu ... Število storitev je pokazalo, kako potrebni so prostovoljnih nedeljskih izletov ...«

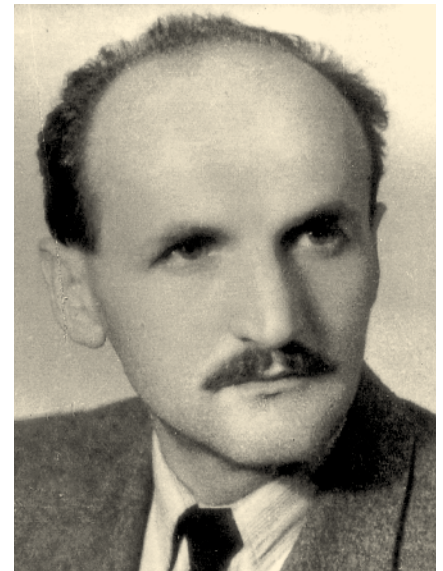
Palčič je poročal, da so tega dne v vasi Krka pregledali 130 krajanov ter jim plombirali 59 zob, izdrli 170 zob z anestezijo in osem brez anestezije ter vstavili tri vložke. Pri vseh pregledih so le v dveh primerih našli stanje zob brez kariesa. Neka 26-letna mladenka je imela vseh 30 zob karioznih. Podobno stanje so odkrili tudi udeleženci nedeljskih del v Žužemberku, Dolenjskih Toplicah, Rakitni, Mali Loki, Borovnici, Tuhinju, Ambrusu, na Kozjem, v Moravčah, Valdoltri in drugod. Podružnica je bila, čeprav v kratkem času svojega obstoja, v pomoč referentu za ljudsko zdravje in drugim subjektom pri organizaciji zobozdravstva v novih razmerah.



Dentist in študent stomatologije Branko Palčič, predsednik podružnice in nato sekcije zobozdravstvenih delavcev Slovenije.



Dr. Lojze Brančič, predsedujoči I. kongresu zobozdravstvenih delavcev Slovenije.



Dentist Avgust Zupet, referent za zobozdravstvo pri ministrstvu za ljudsko zdravje.

## Prvi kongres zobozdravstvenih delavcev Slovenije

V iskanju najboljših in času primernih rešitev so se zelo pogosto vršile razne reorganizacije, pa ne samo v zobozdravstvu. Slovenski zobozdravstveni delavci so bili ponosni na rezultate enoletnega povojnega dela: na stomatološko kliniko, odprto v začetku aprila 1946, na glasilo *Zobozdravstveni vestnik*, na svojo strokovno organizacijo, zobotehnično in dentistično šolo in več drugih dosežkov. Predvsem pa na dokaj preseženo več desetletno medsebojno rivalstvo za zaslužek. Da bi utrdili doseženo in dobili nov zagon v ustvarjanju začrtanega napredka v stroki in organizaciji, so se v podružnici odločili za izvedbo prvega tovrstnega kongresa v Jugoslaviji.

Ustanovili so pripravljalni odbor, katerega predsednik je bil dentist Vekoslav Šmid.

Dvodnevni kongres je bil 18. in 19. maja 1946 v predavalnici patološko-anatomskega inštituta ljubljanske bolnišnice. Udeležilo se ga je 251 zobozdravstvenih delavcev, od tega večja skupina iz Hrvaške ter predstavniki iz Makedonije in Gorice. Kongresu je predsedoval Lojze Brenčič. Na kongresu so bili še predstavniki številnih slovenskih ustanov in organizacij: minister za narodno zdravje dr. Marjan Ahčin, njegov pomočnik dr. Milan Perušek, dekan MF prof. dr. Božidar Lavrič, referent za zobozdravstvo pri ministrstvu Avgust Zupet in še nekaj drugih. Kot je bilo takrat na zborovanjih v navadi, so pozdravne brzojave poslali maršalu Titu, predsedniku LR Slovenije Borisu Kidriču in Komiteju za narodno zdravje v Beogradu.

V pozdravnem nagovoru je minister Ahčin med drugim povedal: »Spomnimo se težkih bojev med zobozdravniki in zobnimi tehnikami ... Nihče več ne bo iztrgan iz skupnosti. Partikularizem naj preneha, prav tako vsako trenje. To je kongres zobozdravnikov in zobotehnikov – kongres zobozdravstvenih delavcev ...«

Tudi drugi gostje so bili optimisti glede rasti zobozdravstva. Prof. dr. Lavrič je poudaril, »da je naša medicinska fakulteta zelo mlada in si šteje v veliko čast, da se vrši zobozdravstveni kongres ravno v času otvoritve stomatološke klinike. Stomatologija je v Sloveniji prvič postavljena na znanstveno bazo, dani so tudi pogoji za njen znanstveni razvoj ...«

V strokovnem delu kongresa je bil poudarek na kariesu zob in paradentozii ter

na nujni potrebi profilakse in sanacije tega poraznega stanja pri prebivalstvu. Na to tematiko so se vrstili referati prof. dr. Jožeta Ranta, dr. Antona Logarja, asistenta dr. Franca Čelešnika, dentistov Ernesta Kodriča, Vekoslava Šmida in Olge Mencin iz Ljubljane, Juraja Kallaya in dr. Iva Vinskega iz Zagreba ter dr. Smileva iz Makedonije. Nato je sledila živahna razprava. Veliko pozornosti navzočih zobozdravstvenih delavcev je pritegnil Avgust Zupet, ki je v imenu ministrstva za zdravje predstavil organizacijske naloge zobozdravstva v povojni Sloveniji. Med glavnimi nalogami so bile: razvoj mreže zobnih ambulant, »ki bodo vključevale vsako vas«, nižanje cen zobnih storitev – sčasoma naj bi bile povsem zastopane. Nadalje naj bi s pomočjo propagande pri prebivalstvu izboljšali higieno zob in ust ter zagotovili sanacijo in profilakso zobnega kariesa pri mladini.

Postregel je tudi s podatki, da je dve tretjini vseh zobozdravstvenih delavcev (72 zobozdravnikov, 148 dentistov in 98 zobotehnikov – skupaj torej 318) delovalo v Ljubljani, v vseh drugih krajih Slovenije pa komaj tretjina. Z razporejanjem po okrožjih so do časa kongresa tako stanje uspeli popraviti. Med pomembnejše naloge je Zupet uvrstil še uvajanje predavanj in praktičnih tečajev, na katerih bi izpopolnili strokovno znanje terapevtov in zobnih tehnikov.

## Strokovna sekcija zobozdravstvenih delavcev Slovenije

Člani podružnice se niso mogli zadovoljiti le z organizacijskim delom in delovnimi akcijami. Želeli so si namreč tudi ali predvsem več strokovnih predavanj in razprav, kar je od njih zahtevalo uspešno poklicno delo. V iskanju boljših rešitev so se na čelu s predsednikom Palčičem odločili za preoblikovanje podružnice v strokovno sekcijo. Tako je bil 6. junija 1946 ustanovni občni zbor Strokovne sekcije zobozdravstvenih delavcev pod okriljem istih sindikatov ESZDNS. Zbora se je udeležilo 86 zobozdravstvenih delavcev, večinoma iz Ljubljane. To je bil pomemben, če ne zgodovinski dogodek v združevanju nekdanjih velikih nasprotnikov. Kmalu nato so ustanovili svoje podružnice še v Kranju, Mariboru, Celju in v Novem mestu.

V skrbi, da se ne bi obudila predvojna nasprotja, zlasti pri starejših članih, je asistent dr. Čelešnik med drugim povedal: »Konstruktivno delo zobozdravstvenih delavcev v sekciji nima samo stanovskega značaja in ne sme biti pobarvano z nikakršnimi konkurenčnimi težnjami. Sekcija ima svoj glavni cilj: nuditi ljudstvu vse tisto, kar je znanost do danes dosegla. Dosedanjim uspehom naj sledijo naslednji, ne v osebno korist posameznikov, ampak v korist tistim, ki trpijo in pričakujejo našo nesebično pomoč.«

Na zborovanju so sklenili ustanoviti še več podružnic, sprejeli so osnutek pravil in izvolili 18-članski plenum zobozdravstvene sekcije. Nato so izvolili prof. dr. Jožeta Ranta za predsednika, ki je prevzel v upravljanje *Zobozdravstveni vestnik* kot strokovno glasilo sekcije.



Zobni tehnik Marko Kraigher, organizacijski tajnik sekcije zobozdravstvenih delavcev Slovenije.

# Zdravi športniki specialne olimpijade

Marta Tome

Človek si težko predstavlja, koliko ljudi je potrebno organizirati, da se izpelje projekt, kot je specialna olimpijada, na kateri tekmuje okrog 200 športnikov z motnjo v telesnem in duševnem razvoju. Vse pohvale Centru za usposabljanje, delo in varstvo (CUDV) Dobrna, ki je 12. in 13. marca 2011 izpeljal Zimske državne igre na Rogli, pripravil spremljajoči program Zdravi športniki specialne olimpijade (*Special Olympics Healthy Athletes*) in še zabavo za tekmovalce.

Mednarodni športni program Specialna olimpijada je namenjen osebam z motnjo v duševnem razvoju. Tekmovanja potekajo v različnih športih na različnih težavnostnih stopnjah, glede na sposobnosti, ki so pogojene z motnjo. Tako so tekmovalci razdeljeni v različne skupine in ima vsak priložnost za zmago. Zdravstveno osebje, ki spremlja igre, je vključeno v program SOHA (*Special Olympics Healthy Athletes*). Namen programa zdravih športnikov specialne olimpijade je izboljšati obstoječe zdravstveno stanje posameznikov, svetovati lokalnim zdravstvenim delavcem, izšolati strokovnjake, ki bi lahko tudi na lokalni ravni pomagali ustanovam (zavodom, šolam, vrtcem), razširiti znanje o ljudeh s posebnimi potrebami ter zbirati in analizirati podatke o zdravstvenem stanju oseb z motnjo v duševnem razvoju.

V dvorani Golovec v Celju smo v soboto, 12. marca, pričakali tekmovalce in njihove spremljevalce, ki so z avtobusi, kombiji ali osebnimi avtomobili počasi prihajali z Rogle. Vreme jim je bilo naklonjeno, sneg pa kakovostno pripravljen. Rdečih lic od sonca in vetra ter žarečih oči od navdušenja so pripovedovali o svojih uspehih v slalomu, teku na smučeh in krpljanju. Krpljanje je včasih služilo zgolj za lažjo hojo po snegu, danes pa se vedno bolj uveljavlja kot zanimiv, široko uporaben zimski

šport. Posebno športniki s težjo motnjo so navdušeno krpjali. Medalj še niso imeli okrog vratu, ker jih je naslednji dan čakala še finalna preizkušnja.

Zdravstveno osebje smo kot prostovoljci sodelovali v programu *Special Smile* (Lep nasmeh), ki ga v Sloveniji koordinira doc. dr. Alenka Pavlič, programu *Healthy Hearing* (Zdrav sluh), ki ga koordinira asist. mag. Saba Battelino, in *Fun Fitness* (Zabavni fitnes). V programu *Fun Fitness* so preizkušali gibljivost in moč posameznika, v programu *Healthy Hearing* pa opravili pregled ušesnih kanalov, merjenje slišnosti in pregled srednjega ušesa.

V sproščenem okolju, brez »belih uniform«, smo zobozdravniki izvajali klinični pregled ustne votline po posebnem protokolu, s katerim smo ugotavljali število zob v ustih, prisotnost zalitij, kariesa, manjkajočih zob, poškodovanih zob in gingivitisa, potrebo po ustnem štčitniku ter stopnjo nujnosti zdravljenja. Vsak športnik je na modelu prikazal svojo spretnost umivanja zob. Najbolj pa so jim oči zasijale, ko so za nagrado dobili zobno ščetko, pasto in nitko.

Vemo, da je obisk pri zobozdravniku nemalokrat združen s strahom, ki je lahko pogojen s prejšnjimi negativnimi izkušnjami, negativnim odnosom do zobozdravstva v družini ali s prisotnostjo neznanih zvokov in občutkov. Pri ljudeh z motnjami v duševnem razvoju je dojemanje takih dejavnikov navadno potencirano. Zato je obisk v malo drugačni zobozdravstveni ambulanti še kako dobrodošel in korak naprej v sodelovanju. Za zobozdravnike pa spoznanje več, da se tudi pri ljudeh z motnjo v duševnem razvoju z vztrajnostjo, doslednostjo in rednimi obiski pri zobozdravniku da ohraniti ustno votlino zdravo, z zdravimi zobmi, ter s tem višjo kakovost življenja.



# Dostojevski in epilepsija

Zvonka Zupanič Slavec

Med različnimi boleznimi je epilepsija človeštvo od nekdaj strašila in fascinirala. Antična oznaka »sveta bolezen« (*morbus sacer*) točno zadene te občutke. Vendar pa je že hipokratska medicina skušala na naraven način razumeti ta bolezenski pojav. Do danes je poleg znanstvene medicinske razlage obveljalo tudi celovitejšo pojmovanje bolezni. Predvsem v literaturi in slikarstvu spominjajo opisi in upodobitve na spoznanje, da so zdravje, bolezen, umiranje – mimo biologije, sociologije in psihologije – povezali s kozmologijo, antropologijo in za mnoge ljudi tudi z metafiziko ali transcendenco.

Umetnost močno vpliva na javno in splošno zavest. Romani in povesti, pesnitve in drame imajo vpliv na človeško naravnost in vedenje. Lahko oboje izboljšajo ali pa napačno usmerijo. Umetnost je za bolnika in njegove bližnje lahko v veliko pomoč, lahko pa širi zmotno razumevanje bolezni in terapije. Iz umetnosti izvirajo simboli trpljenja in ozdravitve, človeka v stiski in človeka, ki pomaga. Njene stvaritve so dokumenti kulturne ravni in so vzorci tako za posameznike kot za družbo in državo.

Bolezen in umiranje sta vodilni temi v delu in življenju Dostojevskega. Poleg biološko-medicinske plati so pri njem opazne tudi socialnopsihološke mere bolezni in njen religiozno-filozofski pomen. Svet Dostojevskega leži med smrtjo in življenjem, med sanjami in resničnostjo. Usoda mu ni prizanašala s trpljenjem in muko. Rodil se je v moskovski sirotišnici (1821) in do smrti (1881) ostal v sirotišnici življenja. Njegovo otroštvo ob mrkem očetu, vojaškem zdravniku, je bilo osamljeno in mračno. Kot mladenič je bil zaradi sodelovanja v revolucionarnem krožku obsojen na smrt. Tam na morišču, v pričakovanju najusodnejšega dogodka, ko sta se zgneta v utrinek časa mladeničev najhujši obup in neznanska želja po življenju in je v trenutek stisnil vse svoje bivanje, je bil pomiloščen; nato pa za štiri leta poslan v sibirsko katorgo. Vse to je do konca zaznamovalo njegovo življenje. To življenje je tragedija – sibirski zapori, epilepsija, uboštvo, igralska strast, preganjanja zaradi dolgov ... Vse svoje eksistenčne krize pa je Dostojevski z izjemno ustvarjalno močjo pregnetal v umetniške plodove svetovnega slovesa. Ponižanje in beda sta porodila drobn roman *Bedni ljudje* (1846), iz *Zapiskov iz mrtvega doma* (1861) se ob neminljivih podobah kaznjencev in ponotrjenih zapisih kaznjentva razpne obtožba po vsej Rusiji. Osrednja literarna tema Dostojevskega je epilepsija. Gre skozi najpomembnejša dela tega največjega ruskega pisatelja – *Zločin in kazen* (1866), *Idiot* (1868), *Besi* (1872), *Mladenič* (1875), *Bratje Karamazovi* (1879–1880).

Opisi epilepsije pri Dostojevskem so vedno znova pritegnili njegove bralce, zbudili pa tudi zanimanje in priznanje psihiatrov in nevrologov ter spodbujali k razglabljanju o bistvu tega trpljenja. Literarni opisi božjasti temeljijo pri Dostojevskem na izkušnjah, ki jih je imel kot epileptik. Daljni znaki bolezni so že v otroštvu, razvila pa se je v kaznilnici in trajala vseh trideset let njegovega umetniškega življenja, do smrti. Sredi dela, na cesti, med

pogovorom ga iznenada, s peno na ustih, trešči ob tla, da se krvavo pobije. Ohranila so se pretresljiva avtobiografska pričevanja, o tem pričajo neposredne pripovedi njegovih sorodnikov. Pisatelja je premagoval strah, da bi zaradi božjastnih napadov duhovno propadel in ne bi mogel več pisateljati. Svoji drugi ženi piše (28. 6. 1874): »Bojim se, da mi ni bolezen okrnila samo spomina, ampak tudi mojo domišljijo. Prešinila me je žalostna misel: Kaj bo, če ne bom mogel več pisati?«

Lastno doživetje epilepsije je brez dvoma Dostojevskemu obogatilo umetniško podajanje te bolezni; obenem pa literarno delo zrcali njegovo osebno usodo. Umetnost, stvarnost in znanost se razlikujejo, vendar so tudi vse nekako povezane. V *Idiotu* avtor piše o razmerju med umetnostjo in resničnostjo: »Praviloma opisujejo pisatelji v romanih in novelah le take družbene like, ki v dejanskosti skoraj ne obstajajo kot tako popolni (človeški) primeri, kakršne jih predstavlja umetnik, ki pa so kot tipi zato resničnejši od resničnosti same.«

## Bolezen kot objektivni pojav

Veliki epileptik svetovne literature in obenem izrazit primer za vzpon in padec človeškega trpljenja je glavna oseba romana **Idiot, knez Miškin**. Izkustveno nadrobno in pomensko bogato je tukaj prikazana epilepsija v družbenih in duševnih, telesnih in duhovnih razsežnostih. Konkretno so opisani pojavi te živčne bolezni, tako v telesni objektivnosti kot v subjektivnih zaznavanjih bolnika.

Napadi so se začeli v otroštvu, petletna terapija v Švici je prinesla izboljšanje, s povratkom v Rusijo, ko je Miškinu 26 let, se napadi ponovijo, po sedmih mesecih se bolezen ne more več terapevtsko obvladati, sledi »popoln zlom duševnih organov«. Realistično so opisani vročično nemirni občutki, nedoločena žalost in velika raztresenost pred napadom, glavoboli, trganje po udih, doživetje »avre«, slutnje, da se bo začel napad, čustva hvaležnosti in blaženosti. Miškinovi napadi so močni in mučni, vsakokrat ga pahnejo v duhovno topost, povzročijo izgubo spomina, mu omejujejo logično sklepanje ter mu budijo občutek studa, osamljenosti in krivde. Napadom sledi stanja neskončne žalosti, napetosti in tujosti, ki pa se počasi izgublja. Živo je opisan eden od takih napadov in počutje po njem, ko je knez res utrujen, oslavljen, čuti se potlačenega in telesno razbitega. Dan kasneje je na zunaj videti zdrav, notranje pa se počuti še zelo utrujenega.

Miškin pripoveduje o občutkih po več hudih napadih na voznji skozi Nemčijo in Švico: »Potem ko je tako močno nastopila moja bolezen in so se napadi ponavljali se me je vsakokrat polotila duševna topost, popolnoma sem izgubil spomin, in čeprav je razum še delal, je bil logični potek misli moten. Več kot dveh, treh misli zapored nisem zmozel. Tako vsaj se mi zdi sedaj. Ko so napadi popustili, sem bil zdrav in močan kot sedaj. Ja, spominjam se še: v meni je bila neskončna žalost. Lahko bi bil jokal. Čudil sem se in bil nemiren. Najhuje pa je vplival name občutek, da je vse okoli

mene tuje. To sem dojel. Tujost me je naravnost ugonobila. Iz tega stanja, iz te teme, spominjam se, sem se zbudil nekega večera – bilo je v Baslu, ko smo prispeli v Švico. Kaj me je zbudilo? Zbudil me je oslov krik na trgu. Osel me je presenetil in mi ugajal čez vse mere. V istem trenutku se je v meni zjasnilo in tema je izginila.«

## Bolnik kot subjekt

Z obolelostjo za epilepsijo pri knezu Miškinu, osrednji osebi romana *Idiot*, so povezane njegove družbene, duševne in predvsem duhovne sposobnosti. Na intelektualni ravni je šibak in naiven kot otrok, vendar obdarjen z duhovno intuicijo in uvidevnostjo, zato v bistvenih stvareh modrejši kot vsi prebrisani spletkarji okoli njega. Tako dobre kot slabe strani človeške narave mu ne ostanejo prikrite. Instinktivno dojame misli soljudi, predvidi njihovo ravnanje glede na njihov značaj. Do dna spregleda človeka. Okolica se pri njem čudi povezavi med napadom in najglobljim psihološkim opazovanjem. Ena od oseb, ki jo je na mah spregledal, reče: »Ja, knez. Spet je gledal v najgloblje.« Miškin bere z obraza. Za ljudi okrog sebe je nekak katalizator in čudodelni psihoterapevt, bolj nagonsko kot iz uvidevnosti. Eden od akterjev v romanu ga presenečen sprašuje: »Knez, ste zdravnik?« In nato: »Le kako sem vas mogel imeti za idiota! Vi opazite stvari, ki jih drugi ne.« Ta veliki epileptik s svojo intuicijo zasluži usodne dogodke in se mu jih kdaj posreči preprečiti. Čuti se blizu ljudem, do njih je zaupljiv, neskončno razumevajoč in dobrotljiv. Najbližje pa so mu otroci. »Idiot« predstavlja nadrazumsko plat človeške zavesti.

## Družbena reakcija

Bolezen je vedno tudi družbeni pojav, izziv za okolje. Epileptik zahteva veliko prizanesljivosti in naklonjenosti tako od sorodnikov kot od družbe. V romanu *Idiot* reagirajo ljudje s celim spektrom odzivov; prestrašeni so in se umikajo, zanimajo se in sočustvujejo, izražajo svojo premoč, norčujejo se iz bolnika, čutijo se olajšane in zadovoljne, da sami niso prizadeti z boleznijo. Dostojevski je v romanu *Zločin in kazen* označil ta negativni občutek zadovoljstva kot splošni pojav. Vsakdo ga ima, prav nihče ni brez tega občutka, pa naj čuti še tako resnično sočutje in prizadetost.

Knez Miškin z uvidevnostjo doživlja odnos okolja kot telesno-duševno trpljenje, še bolj pa razume težave in stiske soljudi. Ta epileptični bolnik postane utelešenje eksistencialne prizadetosti, nasploh sočutja zdravih do bolnih in bolnih do zdravih. Samo kdor je trpel, razume trpeče. Razumevanje za ambivalenco človeškega bitja najde Miškin pri ravno tako ogroženih osebah romana – pri nevrotični in neuravnovešeni Nastasji (do nje goji najgloblje ljubezen), jetičnem Ippolitu, rivalu Rogošinu, človeku s problematično naravo, zmedeni Epačini. Nastasja reče o njem prvi dan, ko ga je spoznala: »Prvič sem videla človeka.« Miškina ima za popolnega in obenem življenjsko nezmožnega: »Angel ne more sovražiti, ne more pa tudi ljubiti. Ali je mogoče ljubiti vse ljudi, vse svoje bližnje?«

## Odnos zdravnik - bolnik

Odnos med zdravnikom in bolnikom postavlja zahteve do obeh, ni odvisen samo od zdravnika. Pravice, dolžnosti in kreposti veljajo

tako za zdravnika kot za pacienta in družbeno okolje. Odgovornost se ne sme od posameznika preložiti na družbo. Dostojevski v *Zapiskih iz mrtvega doma* odločno obsoja poskuse, da se pri zdravnikih, ki so izgubili humanost, krivdo zvrca na »milieu«. Slabi zdravniki bodo vedno obstajali, so »volkovi« v ovčji čredi. Karkoli že navajajo kot svoje opravičilo, na primer, da je okolje krivo, so vedno krivi oni, posebno če so izgubili ljubezen do bližnjega. Ljubezen do bližnjega, prijaznost, bratsko sočutje s trpečimi je največkrat pomembnejše od zdravlil. Čas bi bil, da bi prenehali apatično valiti krivdo na »milieu«.

## Simbolika ali umetnost kot imanentna transcendenca

Z zemeljskim bivanjem je neizbežno povezano telesno in duhovno trpljenje, tako kot smrt. Montaigne (francoski filozof in pisatelj v 16. stol.) pravi: »Ne umreš, ker si bolan, temveč, ker živiš.«

Komaj še katera druga bolezen obsega celotno – telesno in duševno trpljenje v filozofskih in religioznih razsežnostih tako zelo kot epilepsija. Za Dostojevskega je odločilna religiozna raven.

Oznaka »sveta bolezen« je znana že iz antike in se večkrat pojavi tudi pozneje. Tako ime ima božjast ne le zaradi božanskega izvora, ampak zaradi povezave njenega poteka z božanskostjo.

Pri »idiotu« Miškinu se tik pred epileptičnim napadom, »sredi žalosti, notranje potrnosti in muke« bliskovito razjasnijo možgani, za trenutek se krčevito napnejo življenjske silo. *Občutenost življenja, zavesti se podeseteri v teh trenutkih, ki trajajo samo en blisk. Razum, srce sta nenadoma polna nenavadne svetlobe; vse razburjenje, vsi dvomi, nemir se razrešijo v višji mir, mir, poln jasne, harmonične radosti in upanja, poln smisla in zadnjega ustvarjalnega vzroka.* To stanje se v tisti »sekundi« še stopnjuje in hipoma nato sesuje v napad. Ta ena »sekunda« je »najvišja stopnja harmonije, lepote«, globok občutek »polnosti, mere, pomirjenja in vznurjenja, kakor v molitvi stopnjuje se zlitje z najvišjo sintezo življenja«.

Dovolj razvidna je vzporednica z avtorjem. Dostojevskemu se doživljanje božjasti spremeni v najvišjo skrivnost njegove umetnosti; še nepoznano skrivnostno lepoto srka iz tega stanja. Tisti hip pred izgubo zavesti, to sanjajoče čustvo sreče, ki navdihuje njegovo neverjetno bistrovidnost, razloži pisatelj neposredno: »Vi zdravi ljudje, vi ne slutite, kakšen trenutek slasti prešinja epileptika eno sekundo pred padcem ... Ne vem, ali ta slastna sekunda traja uro ali več, a verjemite mi, vseh radosti življenja ne bi hotel menjati zanj.«

Bolezen je Dostojevskega vzdignila v bolj zbrana čustvena stanja, kar normalnemu občutju ni bilo dano; podelila mu je skrivnosten pogled v spodnji človekov svet. Tankoslušnost epileptičnega bolnika mu omogoči, da prisluhne poslednjim besedam duše, preden se pogrezne v temo, in skrivnostna bistrovidnost v »sekundi« pred padcem potrjuje njegovo preroško zmožnost stika z najglobljim.

## Dostojevski – umetnik prihodnosti

Globin moderne duše niso razkrili moderni psihologi, znanstveniki, marveč brezmerneži med pisatelji, kakršen je bil Dostojevski.

O sebi pravi, da je vse življenje povsod prestopal meje, prestopil vse mere. Spustil se je do skritih izvirov podzavesti, se povzpel do neverjetnih višin samospoznanja. Nihče ni odkril toliko novega o človeški duši in tako razširil človeškega vedenja o sebi kot ta »psiholog psihologov«, viharni brezmernež, ki mu je bilo »neizmerljivo in neskončno enako potrebno kot zemlja sama«, čigar »stvarni« svet je nezavedno in nedoumljivo. Globlje je prodril v podzavest kot zdravniki, pravniki, kriminalisti in psihopati. Kot upodabljalec nenavadnega nima primere v svetovni literaturi. Pred znanostjo je s

spodobnostjo jasnovidne vsevednosti in sočutja upodobil vse vzgibe človeške notranjosti, vse njeno dobro in zlo. Ker je razkril vse podrobnosti duše, kaže globlje, bolj univerzalno svetovno čustvo kot vsi drugi pisatelji modernega časa.

Dostojevskega religiozni humanizem izraža idejo o rešitvi človeštva. Položi jo v usta meniha Zosima v romanu Bratje Karamazovi: »Ljubi vse božje stvarstvo in vsako peščeno zrno v njem. Ljubi vsak list, vsak žarek božje luči. Če ljubiš vse, boš prodril v božansko skrivnost stvarstva.«

## Avstrijski portretist črnih tonov Egon Schiele (1890–1918)

Razstava ob ekskurziji »Medicinski Dunaj«  
Ljubljanskih študentov medicine

Tatjana Tomazo Ravnik, Zvonka Zupanič Slavec

Sončen ponedeljek velikonočnega tedna, natančneje 18. aprila 2011, je na Dunaju pozdravil tri avtobuse ljubljanskih medicincev, ki so se pri predmetu zgodovina medicine s prof. Zvonko Zupanič Slavec odpravili na ekskurzijo. Tam jih je čakal zanimiv program z ogledom patološkega muzeja (Narrenturm) in medicinskega muzeja z anatomskimi voščenimi figurami, zgodovinsko-medicinsko zbirko in bogato staro medicinsko knjižnico, vse razstavljeno v zgradbi nekdanje vojno-medicinske akademije Josephinum. Medicinci so si vedeno ogledali še staro dunajsko bolnišnico, ki je sedaj že desetletje preurejena v univerzitetni kampus. Po obsežnem in organizacijsko odlično speljanem programu je ostalo še nekaj časa za ogled bogatih zbirk dunajskih muzejev in galerij.

Leopoldov muzej je vabil na ogled čudovite zbirke secesijskega nakita iz germanskega, romanskega in celo ruskega prostora (*Fa-bergé*), ob teh filigranskih miniaturah izjemne lepote pa je posebno pozornost pritegnil kontroverzni avstrijski portretist, pri katerem nehoti začutiš tesnobo in ujetost v njegove temne barve in neredko tudi mračne motive. Ob imenitnih naseljih barvitih hiš ta vtis sicer zbledi, a se ob monumentalnem skupnem portretu Schieleja s Klimtom ponovno vrne. Sijajno nadarjeni umetnik, ki mu je španska gripa prekinila življenjsko nit že pri 28 letih, bi gotovo naredil svetovno kariero, saj je v sebi nosil veliko inovativnost in hkrati drznost, da je kljub občasnim neugodnim odmevom družbe vztrajal na svoji poti in plul, kot mu je narekovala notranja bit. Osvetlimo si življenje tega slikarja.

Egon Schiele je znan avstrijski slikar, varovanec Gustava Klimta. Imenujejo ga tudi glavni figurativni slikar 20. stoletja. Zaznamujeta ga intenzivnost slikanja in veliko avtoportretov. Zavite postave in izrazite linije so značilne za slike in risbe, ki označujejo umetnika kot zgodnjega predstavnika ekspresionizma. Egon Schiele se je rodil v Tullnu ob Donavi 12. junija 1890. Oče Adolph Schiele je bil postajenačelnik, mati Maria Soukupova

iz Krumaua na Češkem je bila gospodinja. Kot otrok je hodil v samostansko šolo, kjer je že njegov učitelj prepoznal in podpiral njegovo umetniško nadarjenost. Ko je imel 15 let, je oče umrl za posledicami sifilisa. Skrb zanj je prevzel materin brat, ki je bil razočaran nad njegovo nezainteresiranostjo za akademski študij.

Leta 1906 je mladi Schiele vstopil v razred Christiana Griepengerla, slikarja portretov in zgodovinskih dogodkov na dunajski likovni akademiji. Študija ni opravljal z veseljem, saj ga je motil močan konservativizem. To obdobje ni pustilo sledov v njegovem osebnem umetniškem stilu. Navdušil ga je linearni, dvo-dimenzionalni stil Gustava Klimta in dunajskih secesionistov. Leta 1907 se je srečal z Gustavom Klimtom, ki je v mladem umetniku začutil nadarjenost. Kupal je njegova dela, organiziral zanj modele in ga predstavljal potencialnim zaščitnikom. Vpeljal ga je v skupino *Wiener Werkstätte*, ki je bila povezana s secesijo. Leta 1908 je imel Schiele svojo prvo razstavo v Klosterneuburgu. Schiele je zapustil akademijo v letu 1909, ko je zaključil tretji letnik. Istega leta je njegov upor rodil umetniško realizacijo, ki je bila neodvisna od stila, ki je slavil estetiko lepega. Ustanovil je skupino *Neukunstgruppe* in razvil stil risanja, ki je premišljeno prisegal na vtisu krhkosti in napetosti.

S subjektivnim, antiakademskim načinom je Schiele izbiral perspektive in poglede na način, ki je postave redko prikazoval z glavo navzgor ali v celotni dolžini postave. Tako so videti zavite ali deformirane v svoji kompozicijski ureditvi. Glavni motiv teh dekadentnih barvnih predstavitev so avtoportreti in portreti, pa tudi golota, ki jo določa močan erotični značaj. Podobe človeka je podkrepil z natančno psihoanalizo. Številni avtoportreti kažejo na pretanjeno preučevanje lastnega duševnega stanja. Te slike so razburile konvencionalno razumevanje in so tako postale zgodnji primeri dunajskega ekspresionizma. Schiele se je nato pridružil združenju *Bund Österreichischer Künstler* in v letu 1913 delal za berlinski časopis *Die Aktion*.





Egon Schiele: Avtoportret z lampiončki, 1912.

V letu 1911 je spoznal 17-letno Wally Neuziel, ki je z njim živela na Dunaju in mu bila tudi za model. Pobegnila sta iz po njunem mišljenju klavstrofobičnega Dunaja in odšla v češki Krumlov (Krumau), rojstno mesto Schielejeve matere. Njun način življenja ni bil po godu prebivalcem in tako sta kmalu odšla v Neulengbach, 35 km zahodno od Dunaja. Schiele je iskal okolje za navdih in studio z nizko najemnino. Vendar tudi v tem okolju nista bila dobrodošla in aprila leta 1912 je bil Schiele tri dni priprt zaradi slikanja zelo mladih golih modelov. Menili so, da je amoralen. V naslednjih letih je razdril zvezo z Wally in se leta 1915 poročil z Edith Harms, s katere družino so bili na Dunaju sosedji. V času prve svetovne vojne je postal vojak (1915–1917) in nadrejeni oficir, ki je opazil njegov umetniški talent, ga ni nikoli poslal na fronto. Lahko je skiciral in slikal, medtem ko je stražil ruske vojne ujetnike.

Leta 1917 se je Schiele vrnil na Dunaj in nadaljeval umetniško ustvarjanje. Njegova dela so kazala zrelost umetnika s popolno izpolnitvijo njegovih talentov. Slikar se je udeleževal številnih razstav, kot npr. *Wiener Sezessionsausstellung*, ki je imela leta 1918 velik uspeh in na kateri je razstavljal kar 50 svojih del. Za razstavo je prispeval tudi poster, ki je bil reminiscenca Zadnje večerje s svojim portretom v podobi Kristusa. Po razstavi so cene njegovih del zelo poskočile. V istem letu je imel odmevne razstave še v Zürichu, Pragi, Dresdnu in 1914 v Parizu. Udeležil se je tudi skupinskih razstav 1910 v Pragi, 1912 v Budimpešti in Kölnu ter 1913 sodeloval na nekaj razstavah secesije v Münchnu.

Jeseni leta 1918 je španska gripa pokopala več kot 20.000 Evropejcev. Dosegla je tudi Dunaj. Žena Edith, ki je bila šest mesecev noseča, je umrla za gripo 28. oktobra, Egon pa le tri dni za njo, 31. oktobra. Celo v času po smrti Edith je narisal nekaj njenih skic, ki predstavljajo njegova zadnja dela. Ustvaril je več kot 3.000 del.

O Schielejevem življenju je bil leta 1980 posnet biografski film (*Egon Schiele Exzess und Bestrafung – Eksces in kazen*), ki ga je režiral Herbert Vesely, v njem pa so nastopili Mathieu Carier kot Egon Schiele, Jane Birkin kot njegova umetniška muza in Christine Kaufmann kot njegova žena. Schielejevo življenje je bilo leta 1980 predstavljeno tudi v gledališko-plesni predstavi *Egon Schiele* (Stephan Mazurek). Schielejevo življenje in delo sta tudi predmet številnih esejev (npr. Richard Avedon: *Borrowed Dogs*) in novel (Mario Vargas Lios: *The Notebooks of Don Rigoberto*).

Leopoldov muzej v MQW na Dunaju poseduje Schielejeva najpomembnejša dela in tudi najpopolnejšo zbirko njegovih slik. Nekaj del je tudi v Muzeju Egon Schiele v Tullnu ter v Galeriji Belvedere na Dunaju.



Skupinska fotografija medicincev 6. semestra MF UL z ekskurzije »Medicinski Dunaj« pred stavbo dunajske univerze aprila 2011. Vodja prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, spremljevalci: Senta Jaunig, doc. dr. Metka Volavšek, dr. Aleksander Rotter, prof. Duša Fischinger, doc. dr. Tatjana Tomazo Ravnik (foto: Blaž Bertoncej).

# Obravnavanje varnostnih zapletov, ki nastanejo med zdravstveno oskrbo pacientov v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana\*

*Dušica Pleterski Rigler, Stanko Grabljevec, Jelka Mlakar, Maja Klančnik Gruden, Mario Šargač*

## Uvod

V Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana (UKCL) postavljamo celovit sistem upravljanja z odkloni. V letu 2008 sta pričeli delovati pooblaščenki za varnost pacientov, zaposlenih in drugih (v nadaljevanju: pooblaščenki za varnost) – medicinska sestra in zdravnica. Takrat je bila ustanovljena tudi multidisciplinarna projektna skupina, ki je postavila koncept upravljanja z odkloni v UKCL, ki ga od tedaj stalno nadgrajujemo. Že od začetka je delo usmerjeno v promocijo sistema in izobraževanje zaposlenih o pomembnosti varnostne kulture za korist vseh skupin – pacientov, zaposlenih, države kot lastnika, zavarovalnice kot plačnika in celotne javnosti. Po celotnem UKCL smo takrat razobesili informativno-promocijske plakate in ustvarili intranetno stran, ki predstavlja celoten koncept sporočanja varnostnih zapletov. Sporočilo je mogoče odposlati tudi anonimno. Opisane so tudi druge možnosti sporočanja: po e-pošti, pisno, po telefonu, osebno. Objavili smo prispevek v internem glasilu. Vodilne smo seznanjali s sistemom na sestankih in kolegijih.

Organizirali smo številna notranja strokovna srečanja, katerih se je do sedaj udeležilo že več kot 6.000 od 7.500 vseh zaposlenih. Varnostna kultura se glede na vse pogostejše sporočanje varnostnih zapletov povečuje. Razveseljivo je, da vse več varnostnih zapletov sporočijo tudi zdravniki. Na podlagi analiz varnostnih zapletov je bilo izvedeno že kar nekajboljšav pri kliničnem delu in tudi nekateri obsežni tehnični korektivni ukrepi.

Zavedamo se tudi pomanjkljivosti sistema in jih želimo odpraviti. Gre predvsem za določene nedorečenosti glede poti informiranja, še ne povsem dorečenih pristojnosti in odgovornosti pri obravnavi varnostnega zapleta (v nadaljevanju: zaplet), pomanjkanje natančnejših navodil in orodij za izvajanje analiz zapletov in tudi še nimamo dovolj usposobljenih sodelavcev za izvajanje analiz.

## Analiza varnostnega zapleta kot sistematičen postopek

Analizo zapleta lahko definiramo kot sistematičen, vnaprej opredeljen postopek, s katerim želimo odkriti vzroke, ki so privedli do resnega zapleta. V tem članku z zapletom mislimo predvsem neželen dogodek, ki se je zgodil pri pacientu. Z analizo zapleta iščemo odgovore na naslednja vprašanja:

- Kaj se je zgodilo?
- Zakaj se je to zgodilo?
- Kako lahko preprečimo ponovitev zapleta?

Analiza zapleta z metodologijo, ki jo razvijamo v UKCL, je relativno izčrpen postopek in ga bomo izvajali predvsem v primeru, ko pride do zapleta, ki povzroči resnejšo škodo pacientu ali pa skorajšnji dogodek (angl. *near miss*), ki bi lahko imel resnejše posledice.

Uvajamo tudi t.i. agregirano analizo, s pomočjo katere bomo na določena časovna obdobja analizirali večjo količino podatkov za določeno vrsto zapletov in na osnovi analize izdelali načrt korektivnih ukrepov. Za ta namen smo v sodelovanju z zunanjim programerskim strokovnjakom pričeli razvijati intranetne obrazce za sporočanje varnostnih zapletov. Obrazci so »dinamični« v tem smislu, da se osebi, ki jih uporablja, odpirajo smiselna vprašanja glede na njen prejšnji odgovor. Obrazec je podprt s spustnimi seznammi, ki omogočajo enostaven izbor odgovora, nabor vprašanj pa temelji na dosedanjem vedenju o teh zapletih (slika 1). Tega v pričujočem članku ne obravnavamo podrobneje. Več o agregiranih analizah lahko bralec prebere v literaturi (Mills et al., 2011).

Analizo zapleta je treba opraviti skrbno, taktno in zaupno, saj ne iščemo osebe – »krivca«, ampak pomanjkljivosti v sistemu. Metodologija raziskovanja varnostnega zapleta tudi ni namenjena analizi zapletov, ki bi jih povzročili zaposleni pod vplivom alkohola ali droge, in tistih, ki bi jih storili zaposleni namerno. V tem primeru je treba izvesti postopke, ki so v skladu s kazensko zakonodajo.

## Analiza varnostnega zapleta v UKC Ljubljana

Na osnovi študija literature (Sklet, 2004; Bagian et al., 2010; Taylor-Adams, 2011) in lastnih izkušenj smo v UKCL pričeli postavljati metodologijo za izvajanje analize zapletov, ki jo sestavljajo naslednji koraki:

1. Sprejem odločitve za izvedbo analize
2. Določitev članov skupine, ki bo izvedla analizo

**Prijava odklona**  
Izberite ustrezen odklon iz seznama spodaj.

Seznam odklonov      Padci pacientov

Stran 1/5     

---

**Prijava odklona**  
Izberite ustrezen odklon iz seznama spodaj.

Vrste padca       2A Padec s postelje  
 2B Najden na tleh  
 2C Druga vrsta padca

V času dogodka

2A/1 Postelja je bila       Standardna postelja, kjer se višina ležišča ne da regulirati  
 Višina postelje je bila pacientu prilagojena za vstajanje  
 Postelja je bila spuščena na najnižji nivo  
 Postelja je bila dvignjena nad optimalno višino za vstajanje

2A/2 Vzglavje je bilo       Spuščeno  
 Rahlo dvignjeno (do 30°)  
 Visoko dvignjeno (več kot 30°)

2A/3 Vzmetnica je       Standardna vzmetnica, ki odговarja dimenzijam postelje  
 Standardna vzmetnica, ki ni prilagojena dimenzijam postelje (preširoka ali preozka, predolga, itd.)  
 Zračna blazina, ki je nameščena na standardno vzmetnico  
 Terapevtska blazina (za preprečevanje razjed zaradi pritiska), ki je višja od standardne vzmetnice  
 Drugo

Posteljna enota je imela klično napravo  
 Da  
 Ne

Postelja je imela nameščene ograjice  
 Da  
 Ne

2A/5 Ali so bile zaradi nemira pri pacientu predhodno nameščene ovirnice za fiksacijo (pasovi ali manjete)?  
 Da  
 Ne

Stran 2/5       ali

Slika 1: Intranetni obrazec za prijavo padca.

3. Prvi sestanek skupine:
  - a. kratka predstavitev zapleta in predvidenega načina dela
  - b. razdelitev nalog
4. Zbiranje podatkov
5. Drugi sestanek skupine:
  - a. natančna predstavitev zapleta
  - b. postavljanje dodatnih vprašanj
  - c. dodatna pojasnila (v primeru potrebe po dodatnem zbiranju podatkov se člani skupine dogovorijo glede zbiranja dodatnih podatkov in nadaljujejo z naslednjimi koraki na naslednjem sestanku)
  - d. ugotavljanje neposrednih in globljih vzrokov za zaplet ter prispevajajočih dejavnikov
  - e. ugotavljanje varoval
  - f. oblikovanje varnostnih priporočil
6. Priprava zaključnega poročila
7. Vrednotenje učinka uvedenih varnostnih priporočil

Metodologijo s pripadajočimi orodji, združenimi v intranetni aplikaciji, še razvijamo in lahko, da jo bomo kasneje ob novih praktičnih spoznanjih še spremenili oz. nadgradili.

## Sprejem odločitve za izvedbo analize

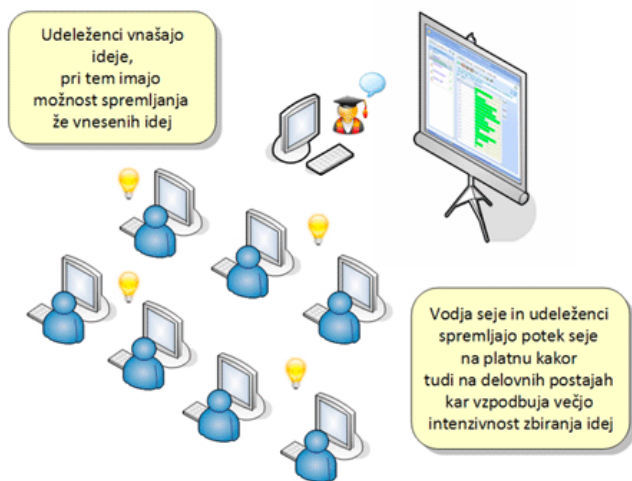
Pri odločitvi, ali je treba analizo obvezno izvesti, si pomagamo z matriko, s pomočjo katere ovrednotimo zaplet na osnovi njegove pogostosti pojavljanja in njegove resnosti. Našo matriko še razvijamo na osnovi tujih primerov, med drugim preučujemo tudi avstralsko metodologijo (Australian Government, 2010). Po tej metodologiji je za zaplet z oceno 3 izvedba analize obvezna. Lahko pa se odločimo za izvedbo analize tudi pri zapletih, ki so ocenjeni z nižjo vrednostjo, še posebno, če so zaposleni motivirani za to ali pa bi imela le-ta veliko učno vrednost.

## Določitev skupine strokovnjakov, ki bo izvedla analizo

Analizo izvede skupina treh do petih oseb, ki je sestavljena posebej za to nalogo. Vanjo so vključeni zaposleni, ki dobro poznajo delovanje oddelka, kjer se je pripetil zaplet, in strokovnjaki, ki niso zaposleni na tem oddelku.

Strokovnjak, ki je zaradi poznavanja metodologije izbran za usmerjanje analize, opravi intervju z udeleženi pri dogodku, da pridobi podatke, ki se jih uporabi v analizi. V skupino za analizo varnostnega zapleta se vključi zaposlene, ki opravljajo enakovredno delo tistemu, pri katerem se je zgodil zaplet.

V primeru resnih zapletov se je treba z zaposlenimi, ki so bili neposredno vpleteni, čim prej po dogodku pogovoriti in jim ponuditi psihološko podporo. Opraviti je treba tudi razgovor s pacientom in njegovimi sorodniki.



Slika 2: Uporaba orodja Teamworks.  
Vir: <http://www.teamworks.si/?id=idejni.php&to=1> (15. 2. 2011).

## Prvi sestanek skupine

Na prvem srečanju članov skupine za analizo pooblaščenec za varnost ali druga usposobljena oseba, ki vodi preiskavo, predstavi primer. Na tem prvem sestanku se člani dogovorijo glede tega, kdo bo opravil naslednje naloge:

- zbiranje podatkov in priprava natančnega opisa dogodkov, ki so se zgodili pred nastopom zapleta;
- pregled literature, zakonodaje, standardov, smernic, protokolov, tehničnih navodil itd., da se pridobi dodatne podatke, ki se jih bo potrebovalo pri analizi zapleta;
- dogovorijo se, kdo bo pisal zapisnike, poročilo itd.

## Zbiranje podatkov

Podatke za analizo se pridobi iz sporočila o zapletu, iz medicinske dokumentacije, elektronskih zapisov, ogleda lokacije, kjer je prišlo do zapleta, s pomočjo razgovorov itd. To nalogo običajno opravi oseba, ki vodi analizo.

Drugi člani komisije pregledajo dodatne vire, kot so zakonodaja, interni protokoli, strokovna literatura itd.

## Drugi sestanek skupine

Na sestanku oseba, ki vodi analizo, drugim članom tima poda kronološki potek dogodkov in diagram poteka dogodkov. Drugi člani predstavijo dodatne podatke, ki so jih zbrali. Vodja analize nato pozove ostale člane skupine k dodatnim vprašanjem. V primeru, da skupina lahko odgovori na vsa dodatna vprašanja, se nadaljuje z naslednjimi koraki, v nasprotnem primeru se dogovorijo za dodatno zbiranje podatkov in se z naslednjimi koraki analize nadaljuje na naslednjem sestanku.

V naslednjem koraku s pomočjo izmenjave idej in misli (angl. *brainstorming*), ki je poznana tehnika za skupinsko pridobivanje idej, poiščejo neposredne in globlje vzroke ter prispevajoče dejavnike za nastanek zapleta. V UKCL bomo za podporo izvajanja teh sestankov na računalnike v računalniški učilnici namestili program Teamworks (slika 2). Program omogoča anonimno in s tem bolj sproščeno izražanje idej.

Nato se prispevajoče dejavnike preveri še na sistematičen način po prirejeni metodologiji usmerjevalnih vprašanj (t.i. *Triage and Triggering Questions*), ki so jo razvili v organizaciji Department of Veterans Affairs National Center for Patient Safety (U.S. Department of Veterans Affairs, 2009). Naš prirejen nabor usmerjevalnih vprašalnikov bo uporabnikom dosegljiv na intranetu v okviru intranetne aplikacije (slika 3). V UKCL smo usmerjevalna vprašanja razdelili v naslednje sklope: bolnik, človeški faktorji, oprema, usposabljanje, organizacija/postopki in okolje.

Po določitvi vzrokov in spremnih dejavnikov ugotovljamo, katera varovala iz posamezne skupine nabora varoval bi lahko pripomogla k preprečitvi zapleta, katera so bila že uvedena, a niso bila učinkovita, katera bi bilo potrebno uvesti. Tudi v tem delu si najprej pomagamo s programom Teamworks za zbiranje idej in nato še sistematično pregledamo nabor varoval, ki je



Slika 3: Usmerjevalna vprašanja v intranetni aplikaciji za podporo analizi varnostnih zapletov.

vgrajen v intranetno aplikacijo, ki olajša določitev varoval ter omogoča tudi njihov grafični prikaz.

Nato člani skupine oblikujejo varnostna priporočila. Pri tem lahko upoštevajo tudi metodologijo SMART (Wikipedia, 2011).

### Priprava zaključnega poročila

Čim prej po zaključku sestanka skupine za analizo se napiše zaključno poročilo. Intranetna aplikacija bo vsebovala predlogo, ki bo olajšala pisanje standardiziranih poročil. Poročila bodo imela enoten videz in strukturo in bodo tako bolj pregledna. Poročilo ne sme vsebovati podatkov, ki bi omogočali razkritje pacientove identitete, in prav tako ne podatkov, ki bi lahko razkrili identiteto zaposlenih, ki so bili vpleteni v zaplet. Poročilo tudi ni del pacientove dokumentacije.

Če bolnik izkaže zanimanje, se zanj in njegove svojce pripravi kratek povzetek poročila z opravičilom zaradi neželenega dogodka, ki ga je doživel, in z ugotovitvami o zapletu ter predvidenih ukrepih, ki bi v bodoče preprečevali podobne dogodke.

### Vrednotenje učinka uvedenih varnostnih priporočil

Pomembno je, da se preveri, ali so bila varnostna priporočila realizirana in tudi kakšen je bil njihov učinek.

### Primer

Uporabo metodologije za analizo zapleta bomo v nadaljevanju prikazali na spodaj opisanem resničnem varnostnem zapletu, ki se je pripetil pred leti. Takrat analiza ni bila izvedena, smo jo pa izvedli eksperimentalno v okviru razvijanja metodologije za analizo zapletov.

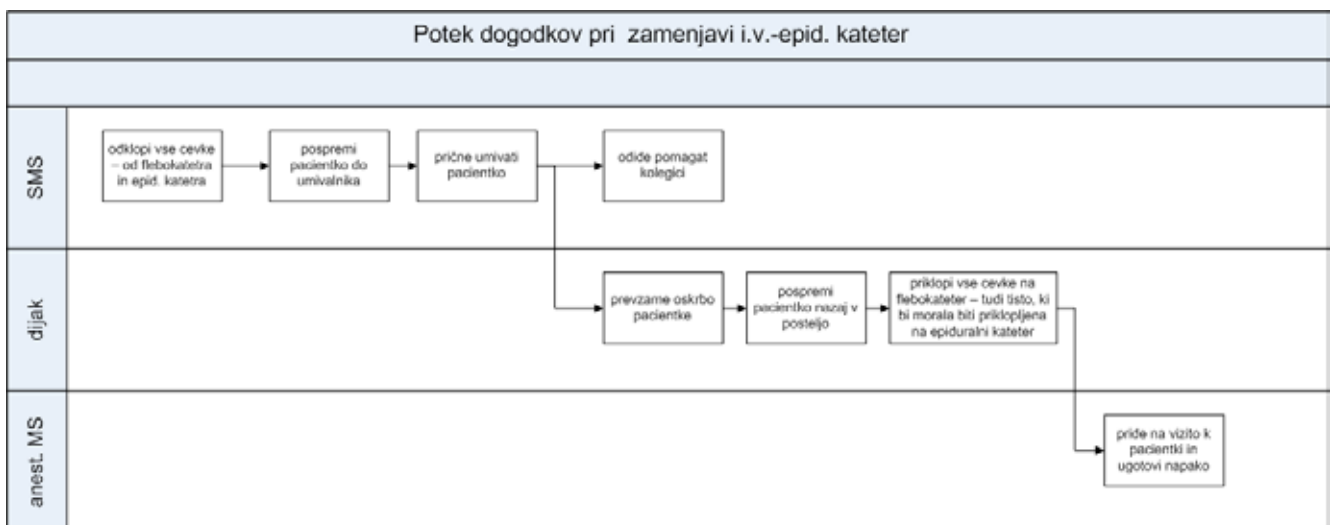
Zgodilo se je v sobi intenzivne nege na enem od kirurških oddelkov. Tistega jutra je v sobi ležalo šest pacientov. Zanje so skrbeli: dve srednji medicinski sestri, ena diplomirana medicinska sestra, ki je opravljala opravila v tej sobi in še v drugi

ekvivalentni sobi intenzivne nege na vzporednem hodniku, in dijak srednje zdravstvene šole, ki je pomagal v obeh sobah intenzivne nege. Ena od srednjih medicinskih sester je pacientki, ki je bila prejšnji dan operirana, od flebokatetra odklopila infuzijske sisteme in tudi cevko od epiduralnega katetra, prek katerega je perfuzijska črpalka dovajala mešanico zdravil proti bolečinam. Nato je pacientki pomagala vstati, jo pospremila do umivalnika v sobi in ji pomagala pri umivanju. Proti koncu umivanja je v sobo vstopil dijak, ki je prišel pomagat. Prevzel je pacientko, ker se je srednja medicinska sestra lotila drugega opravila. Dijak je pacientki pomagal nazaj v posteljo in nato vse cevke, vključno s tisto z mešanico zdravil proti bolečinam, priključil na flebokateter in tudi vključil perfuzijsko črpalko. Pacientko je tudi priklopil na monitor (EKG, pulzna oksimetrija, RR). Čez nekaj časa je v sobo prišla anestezijska medicinska sestra, ki je izvajala obiske pri pacientih, ki so prejeli protibolečinsko terapijo. Zaznala je napako. Pacientka je bila bradikardna, zardela v obraz in ko jo je anestezijska medicinska sestra vprašala, kako se počuti, je dejala, da ji je malo vroče in da jo rahlo srbi in mravljinči okoli ust.

### Opis eksperimentalne analize

Opisani zaplet bi lahko imel katastrofalen izid in zato je obvezna izvedba analize. Mešanica zdravil proti bolečinam, ki jo je črpalka vbrizgavala v flebokateter, je vsebovala tudi marcaine – zdravilo, ki v primeru intravenozne uporabe (namesto epiduralne) povzroči številne stranske učinke. V najslabšem primeru lahko pride celo do srčnega zastoja, ki se ne odziva na običajne reanimacijske ukrepe in pacient umre.

Za obravnavani primer bi bila primerna naslednja sestava skupine za analizo: pooblaščenec za varnost, zdravnik ali diplomirana medicinska sestra, ki je usposobljena za izvajanje analiz in ni zaposlena na oddelku, kjer se je pripetil zaplet, zdravnik anesteziolog, anestezijska medicinska sestra, srednja medicinska sestra.



Slika 4: Diagram poteka.

Na prvem sestanku je oseba, ki je vodila eksperimentalno analizo, že podrobno predstavila problem, ker je zelo dobro poznala okoliščine zapleta. Tako se je takoj nadaljevalo z naslednjimi koraki, saj so bili že vsi potrebni podatki zbrani. Zaporedje dogodkov je prikazano v diagramu poteka na sliki 4.

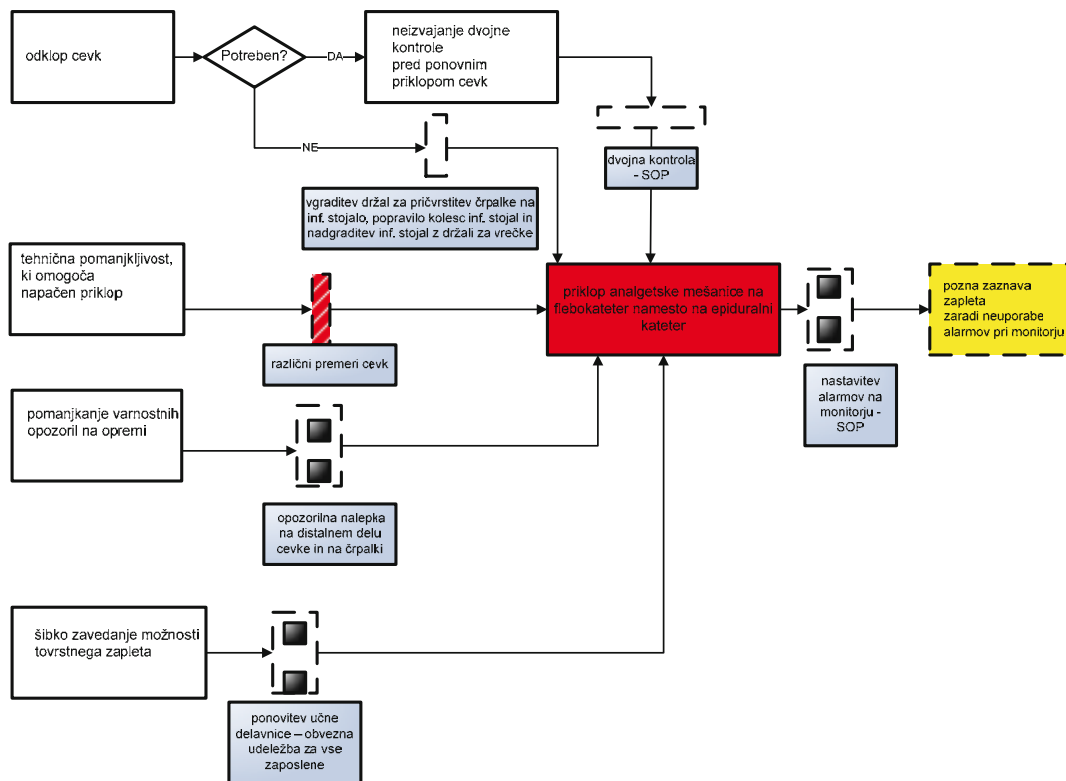
Skupina je nato izoblikovala naslednji sklop dodatnih vprašanj:

- Zakaj je bila pacientka sploh odklopljena od kontinuirane epiduralne analgezije?
- Ali je bilo osebje seznanjeno s tem, kakšne so lahko posledice intravenozne uporabe zdravila, ki je namenjeno za epiduralno uporabo?
- Ali je bila na cevki, ki je bila namenjena priklopu na epiduralni kateter, nalepljena opozorilna nalepka z opozorilom, da se sme cevko priklopiti le na epiduralni kateter?
- Zakaj ni bila izvedena dvojna kontrola?
- Ali je bil pred priklopom cevke preverjen zapis na temperaturnem listu?
- Kakšna je bila vloga diplomirane medicinske sestre pri celotni zadevi?
- Zakaj je dijak smel opravljati priklope infuzijskih sistemov?
- Zakaj ni dijaka nihče nadzoroval?
- Zakaj zaposleni niso zaznali bradikardije in zariplosti obraza pri pacientki?

Oseba, ki je vodila analizo, je dala dodatna pojasnila: Razlog, da se je odklopilo vse cevi, je bil uveljavljen postopek, da se paciente pred prvim vstajanjem po operaciji odklopi od infuzije in epiduralne analgezije, da je pacientu olajšano gibanje in da se fizioterapevtom in medicinskim sestram ni treba izogibati infuzijskemu stojalu, ko pacientu pomagajo pri hoji. Poleg tega perfuzijska črpalka ni imela vgrajenih držal, ki bi omogočala pričvrstitev črpalke na infuzijsko stojalo, in je bila zato položena na omarico poleg postelje. Odklapanje pacientov od infuzij in epiduralne analgezije je bila navada, ki je mogoče

res olajšala delo fizioterapevtom in medicinskim sestram, a se je pri tem podcenjevalo varnostne vidike: možnost napačnega priklopa in da vsako odklapanje infuzijskih sistemov in sistema za epiduralno analgezijo predstavlja tveganje za okužbo. Nenadziranje dijaka je imelo globlji vzrok v tem, da se v bistvu nihče od članov negovalnega tima sploh ni dobro zavedal nevarnosti napačnega priklopa, ker ob uvedbi nove metode pooperativnega lajšanja bolečin ni bilo dovolj izobraževanj s poudarkom na varnostnem vidiku. Druga pomanjkljivost ob uvedbi nove metode je bila, da ni bilo poskrbljeno za uvedbo varnostnega mehanizma: lepljenje opozorilne nalepke že v operacijski dvorani na tisti del cevke, ki se ga priključi na epiduralni kateter in tudi na samo črpalko, ki dovaja mešanico zdravil. Predpisa, da bi se izvajalo dvojno kontrolo, ni bilo in tudi dijak ni preveril zapisa na temperaturnem listu pred priklopom cevk. Diplomirana medicinska sestra je bila ves čas v sobi, opravljala je različna opravila in le bežno spremljala dogajanje tudi v zvezi s pacientko, pri kateri je prišlo do zapleta. Dijak je že dlje časa delal prek študentskega servisa, pridobil je že kar nekaj izkušenj, bil je zelo motiviran in samoiniciativen. Dejansko so ga zaposleni sprejemali že kot del kolektiva, kot nekoga, ki je že dlje časa redno zaposlen. Zaposleni niso zaznali bradikardije, ker na monitorju niso bile nastavljene meje alarmov oz. je bil alarm izklopljen. Pacientke se ni več opazovalo, ker je bila jutranja nega pri njej zaključena in se je osebe posvečalo drugim pacientom.

Po teh dodatnih pojasnilih je slika dogodkov postala jasnejša. Neposredni vzrok za zaplet je bil jasno razviden: priklop



Slika 5: Grafični prikaz vzrokov za zaplet in varoval.

analgetske mešanice na intravenozni kateter namesto na epiduralni kateter. S pomočjo usmerjevalnih vprašanj se je ugotovilo, da so dejavniki iz skupin: človeški faktorji, oprema, usposabljanje in organizacija pogojevali nastanek globljih vzrokov, ki so pripeljali do neposrednega vzroka za nastanek zapleta:

- odklapljanje cevke zaradi različnih vzrokov (slaba stojala s slabo gibljivimi kolesci in brez nastavkov za obešanje vrečk; perfuzijske črpalke brez držal za pričvrstitev na infuzijsko stojalo);
- tehnična pomanjkljivost, ki omogoča napačen priklop;
- pomanjkanje varnostnih opozoril na opremi;
- šibko zavedanje možnosti tovrstnega zapleta med osebjem;
- neizvajanje dvojne kontrole pred ponovnim priklopom cevke;
- pozna zaznava zapleta zaradi neuporabe alarmov pri monitorju.

V naslednjem koraku so člani skupine najprej s pomočjo izmenjave idej in misli in nato še s sistematičnim pregledom seznama možnih varoval ugotovili, katera varovala bi lahko preprečila zaplet ali vsaj omogočila hitrejšo zaznavo aktivne napake (slika 5).

Skupina je nato oblikovala seznam varnostnih priporočil, določila odgovorne osebe in roke za njihovo uvedbo (preglednica 1).

Najbolj in popolnoma učinkovit ukrep, da se opisani zaplet ne bi več ponovil, bi bil ta, da bi imele cevke za priklop na epiduralni kateter drugačen premer kot cevke, ki so namenjene priklopu na žilni kateter. Žal zaenkrat proizvajalcev tovrstne opreme niti tako velike institucije za varstvo pacientov, kot je npr. Institute for Safe Medication Practices v ZDA (ISMP, 2011), v to niso prepričale, zato tega ukrepa nismo uvrstili v naš načrt uvedbe varnostnih izboljšav.

Zaključno poročilo za opisani primer ni bilo napisano, ker je šlo za eksperimentalno analizo.

## Zaključek

Eksperimentalna analiza je pokazala, da metoda kljub navidezni enostavnosti zahteva veliko znanja in izkušenj, ki nam jih še primanjkuje. Tako smo videli, da je za uspešno izvedbo analize zelo pomembno, da pooblaščenec za varnost ali druga oseba, ki vodi analizo, povsem samostojno obvlada metodo, dobro pozna delovanje kompleksnega sistema bolnišnice ter da on in ostali člani skupine razmišljajo sistemsko, saj drugače lahko analiza odkrije vzroke, prispevajoče dejavnike in potrebne varnostne izboljšave le na površinski ravni, brez odkritja globljih vzrokov, katerih odprava res šele prepreči ponovitev zapleta. V eksperimentalni analizi smo videli, da mora tisti, ki vodi sestanke, stalno skrbeti za uravnotežen potek. Nekateri člani skupine »prehitevajo« potek sestanka in jih mora vodja sestanka znati umiriti. Prav tako se je pokazalo, da lahko člani skupine kar hitro pričnejo vrednotiti ali celo kritizirati izjave drugih, kar je povsem v nasprotju s tehniko »viharjenja možganov« in zato menimo, da bo koristna uporaba programa Teamworks, ki to preprečuje.

Ukrep	Odgovorna oseba za izvedbo	Rok za izvedbo
Ukinitev odklapljanja epiduralne analgezije, če le-to ni nujno potrebno. Obvezna uvedba dvojne kontrole, če se cevke ponovno prikloplja.	Glavne med. sestre oddelkov, ki uporabljajo epiduralno analgezijo	Takoj
Priprava izobraževanja v zvezi z epiduralno analgezijo na vseh oddelkih, kjer se ta uporablja – pristojnost ravnanja s sistemi za epiduralno analgezijo se podeli samo zaposlenim, ki opravijo izobraževanje.	Anestezijska medicinska sestra za področje pooperativne analgezije in pedagoške medicinske sestre na oddelkih, ki uporabljajo epiduralno analgezijo	14 dni
Lepljenje opozorilnih nalepk na cevke, ki se priklopijo na epiduralni kateter in na črpalke že v operacijski dvorani.	Anestezijska medicinska sestra za področje pooperativne analgezije	Takoj
Vgraditev držal za pričvrstitev na infuzijska stojala na perfuzijske črpalke, popravilo vseh kolesc na inf. stojalih in nadgradnja inf. stojal z držali za vrečke.	Vodja Tehnično-vzdrževalnih služb in glavne med. sestre oddelkov, ki uporabljajo epiduralno analgezijo	14 dni
V nabor kriterijev za izbor perfuzijskih črpalk dodati, da mora imeti perfuzijska črpalka držala za pričvrstitev na infuzijsko stojalo.	Vodja Komerzialne službe	Takoj

Preglednica 1: Načrt uvedbe varnostnih izboljšav.

V UKCL nameravamo testirati uporabnost metodologije na osnovi dodatnih eksperimentalnih analiz, dokončati razvoj metodologije, nadgraditi intranetno aplikacijo s pripadajočimi orodji za sporočanje zapletov in podpora izvajanju analiz, pripraviti priročnik za izvajanje analiz ter zdravnike in medicinske sestre, ki delujejo na področju kakovosti in varnosti, usposobiti za izvajanje analiz.

*Literatura je na voljo pri avtorjih.*

\*Kratka oblika članka je pripravljena za 8. Kongres zdravstvene in babiške nege, Maribor, 12. do 14. maj 2011.

# Klinična farmacija – priložnost in prednost za bolnike na sistemskem zdravljenju raka

## Primer Enote za sistemsko terapijo raka na Kliniki Golnik

*Lea Knez, Nadja Triller, Aleš Mrhar, Tanja Čufer*

V predhodni številki revije Isis smo predstavili vlogo kliničnega farmacevta pri zdravljenju bolnikov s tuberkulozo na Kliniki Golnik, v tem prispevku pa prikazujemo prednosti takega sodelovanja pri sistemskem zdravljenju raka.

Zdravila, ki jih uporabljamo pri sistemskem zdravljenju raka, lahko razdelimo v tri skupine: citostatiki, hormoni in tarčna zdravila. Zdravljenje s temi zdravili zahteva še večjo previdnost kot zdravljenje z ostalimi zdravili. Protitumorna zdravila namreč uvrščamo med zdravila, pri katerih je razmerje med tveganjem in koristjo zelo veliko. Zato so napake pri njihovem predpisovanju, pripravi in uporabi povezane z veliko verjetnostjo za resne neželene dogodke ali za bolnika celo usodne. Še več, resni zapleti pri zdravljenju s protitumornimi zdravili se lahko pojavijo tudi ob doslednem upoštevanju vseh veljavnih navodil in priporočil. Prav zaradi vsesplošnega tveganja vse več proizvajalcev povezuje dovoljenje za uporabo teh zdravil z navedbo, da lahko ta zdravila predpisuje samo ustrezno izobražen internist onkolog. Dodatno pa je za varno sistemsko zdravljenje bolnikov z rakom potrebno aktivno sodelovanje zdravstvenih delavcev različnih strok.

V naši bolnišnici smo v skupnem prizadevanju po izboljšanju oskrbe onkoloških bolnikov vzpostavili tesno sodelovanje zdravnikov internistov, usmerjenih v onkologijo, kliničnih farmacevtov in medicinskih sester. Z vsakim bolnikom, ki je po sklepu konzilija za tumorje prsnega koša napoten na sistemsko zdravljenje v našo enoto, se ob prvem pregledu sreča tudi farmacevt. Farmacevt se z bolnikom pogovori o njegovem dosedanjem zdravljenju z zdravili in poda mnenje o možnih interakcijah ostalih zdravil s predlaganim sistemskim zdravljenjem. Interakcije vplivajo na farmakokinetiko ter farmakodinamiko zdravila in posledično na klinično učinkovitost in varnost. Vsaka interakcija ne zahteva ukinitve zdravljenja z zdravilom, pri nekaterih bolnikih pa ukinitve zdravljenja z določenim zdravilom morda sploh ni možna. Zato je nujna razprava med odgovornim zdravnikom in farmacevtom o možnostih za ukrepanje pri posameznem bolniku. Tega sodelovanja ne moremo nadomestiti zgolj z uporabo programov za iskanje interakcij.

Sodelovanje vseh članov zdravstvenega tima je sestavni del vsake bolnikove obravnave. Vsako sistemsko terapijo raka, predpisano s strani zdravnika onkologa, pregleda farmacevt, ki zdravila tudi pripravi, pred aplikacijo kemoterapije pa istovetnost predpisanega in pripravljene zdravila preveri dodatno medicinska sestra. Vsi sodelavci tima s svojim podpisom zagotavljajo ustreznost predpisanega in apliciranega zdravljenja. To sodelovanje je razvidno tudi iz dokumentacije (slika).

List bolnika na sistemskem zdravljenju raka je bil na Kliniki Golnik pripravljen prav z namenom čim boljšega in preglednega

Nalepka bolnika		1. Soglasje bolnika k izvajanju sistemske terapije podpisano dne:								
3. Ciklus ST / Datum		1A /				1B /				
4. Klinični pregled narejen		DA		NE		DA		NE		
5. Telesna zmogljivost po WHO (vpisi)		1	2	3	4	1	2	3	4	
6. Telesna temperatura >37,5 °C		DA		NE		DA		NE		
6. Krvna slika pred terapijo	levkociti (vpisi vrednost)									
	nevtrofilci (abs. število)									
	trombociti									
	hemoglobin (g/L)									
9. Biokem. izvid	ECC									
	kreatinin (vpisi vrednost)									
	sečnina (vpisi vrednost)									
10. Preiskava za oceno uspeha zdravljenja predviden / izveden										
11. Odvzem vzorcev za biobanko										
12. Uspeh zdravljenja										
13. Sist. terapija	Zdravilo _____ (odmerek)									
	Delež predhod. odmerka (%) / zamik (dni)	/				/				
	Zdravilo _____ (odmerek)									
	Delež predhod. odmerka (%) / zamik (dni)	/				/				
14. Uporabljen rastni dejavnik (vrsta, odmerek)										
15. Uporabljen antiemetik (vrsta, odmerek)										
16. Ostala podpora terapija		neželene učinki 1. cikla								
17. neželeni učinki	Med. sestra	Alopecija (stopnja)								
		Koža								
		Izguba apetita								
		Slabost / bruhanje (stopnja)								
		Opetipacija								
	zdravnik	Driska (stopnja)								
		Vnetje ustne sluznice (stopnja)								
		Utrujenost								
		Neutropenija								
		Fabrilna neutropenija								
Podpis zdravnika										
Podpis farmacevta										

List bolnika na sistemskem zdravljenju raka (prvi del), na katerem beležimo osnovne podatke o bolniku in sistemskem zdravljenju raka, predpisane odmerke in neželene učinke zdravljenja.



sodelovanja vseh strokovnjakov, ki sodelujejo pri izvedbi sistemskega zdravljenja. Pri pregledu predpisa kemoterapije farmacevt preveri izračun odmerkov predpisanih zdravil glede na bolnikovo telesno površino, ustreznost odmerkov glede na bolnikovo krvno sliko, ledvično in jetrno funkcijo, ustreznost predpisa antiemetičnega in drugega podpornega zdravljenja ter pravilnost vseh administrativnih podatkov. Pri tem pregledu farmacevt primerja skladnost predpisa s protokoli sistemskega zdravljenja s posameznimi shemami, ki so bili izdelani v sodelovanju zdravnikov, farmacevtov in medicinskih sester. Vsako odstopanje mora farmacevt preveriti z odgovornim zdravnikom specialistom. Namen ponovnega pregleda predpisa kemoterapije s strani farmacevta je preverjanje ustreznosti predpisa glede na dogovorjene protokole zdravljenja in potrditve, da so vsa odstopanja od protokolov storjena namerno, tj. na osnovi dobro pretehtanih strokovnih razlogov.

Pomembno je, da se vsi zavedamo, da so odstopanja od veljavnih priporočil pogosto potrebna za dobro obravnavo, ki zahteva

prilagajanje zdravljenja glede na potrebe in značilnosti posameznega bolnika. Hkrati pa je pomembno tudi zavedanje, da lahko vsako nenamerno odstopanje v zdravljenju s protitumorimi zdravili ogrozi bolnikovo varnost in je zato pomembno taka odstopanja prepoznati in preprečiti. Ponovni pregled predpisa kemoterapije s strani farmacevta je dodaten varnostni mehanizem, poglobljen s farmacevtovo ekspertizo farmakokinetike ter farmakodinamike in interakcij med zdravili. Prednosti tega sodelovanja smo pokazali tudi v retrospektivni analizi farmacevtovih intervencij med pregledom predpisa kemoterapije, ki so podrobneje opisane drugje (Knez L, Jošt M, Toni J et al. Uvajanje novih farmacevtskih storitev ob prehodu na centralizirano pripravo protitumorskih zdravil. Zdrav Var 2011; 50: 12–23.).

Na podlagi naših izkušenj menimo, da lahko s skupnim sodelovanjem zdravstvenih delavcev različnih strok ponudimo onkološkim bolnikom boljšo in bolj varno obravnavo, in verjamemo, da bo v prihodnosti takšno sodelovanje prepoznano kot nujen predpogoj za izvajanje sistemskega zdravljenja raka.

## Strokovno srečanje o kolorektalnem karcinomu v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec

Zdenko Kikec

Novembra leta 2009 smo »gastroenterologi« SB Slovenj Gradec pripravili strokovno srečanje o akutnem pankreatitisu, z namenom, da ovrednotimo svoje dosedanje delo in pripravimo klinično pot obravnave tega resnega obolenja. Zaradi dobro sprejetega strokovnega srečanja smo se z velikim veseljem in obeti lotili naslednjih dveh. V prvi polovici leta 2010 smo natančno obdelali krvavitve iz zgornjih delov prebavne cevi, novembra 2010 pa smo skupaj z zdravniki primarne ravni in s pomočjo prof. Saše Markovič Predan predstavili obolenja jeter. Predstavljena je bila patologija, klinična slika, diagnostika in možnosti zdravljenja različnih jetrnih bolezni. Pečat jesenskemu srečanju sta še posebej dodali Zdenka Koželj Rekanovič, dr. med., spec. splošne medicine, ki je na slikovit in nazoren način prikazala dileme ob bolniku z okvaro jeter zaradi virusnega hepatitisa, začinjenega z alkoholizmom in uživanjem trdih drog, in prof. Saša Markovič Predan. Le-ta je v svoji predstavitvi seznanila več kot sto prisotnih o možnosti presaditve jeter, indikacijah zanjo, svetovnih in naših rezultatih ter kako v praksi začeti postopek za njeno izvedbo. Na koncu se je razvila živahna razprava, kar je razumljivo glede na pogostost jetrnih obolenj v Sloveniji zaradi takšnih ali drugačnih razlogov.

Skupinsko delo, krepitev stikov med primarno in sekundarno ravno zdravstva, ugodni odzivi okolice in vidne koristi za bolnike so nas prepričali, da smo na pravi poti in je z organizacijo strokovnih srečanj treba nadaljevati.

19. aprila 2011 smo se ponovno zbrali na Letališču Slovenj Gradec, ki nam nudi prostorske in tehnične možnosti, in pripravili četrto strokovno srečanje. Tokratna tema je bil rak debelega črevesa in danke (RDČD), ki je danes v Sloveniji velik zdravstveni problem, saj ga vsako leto odkrijemo pri približno 1.400 bolnikih. Da je problem še večji, je obolenje pogosto diagnosticirano v napredovalem stadiju, zato je zdravljenje zahtevnejše in manj učinkovito.



Od leve: Miroslav Vujasinovič, Zdenka Koželj Rekanovič, prof. Saša Markovič (foto: Aljoša Videtič).

Vladimir Natek, specialist interne medicine, je na začetku strokovnega srečanja predstavil epidemiološke podatke, klinično sliko, diagnostične možnosti in dejavnike tveganja RDČD. Največ lahko v preventivne namene storimo z zdravo prehrano, vzdrževanjem primerne telesne teže, gibanjem in sodelovanjem v programu Svit.

Avtor tega prispevka sem predstavil skoraj dveletne izkušnje s presejalnim programom zgodnjega odkrivanja in zdravljenja predrakavih spremem in samega raka debelega črevesa in danke (Svit) v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec. Analiza dosedanjih rezultatov je pokazala, da odkrijemo RDČD pri 7,5 odstotka preiskovancev v programu Svit, večina obolenj pa je bila odkrita v zgodnjem stadiju, ko so možnosti za petletno preživetje 90-odstotne ali več. Pri več kot polovici preiskovancev smo odstranili adenome različnih velikosti. Ob dovolj visokem odzivu povabljenecv lahko v nekaj letih pričakujemo boljše preživetje bolnikov in manjšo incidenco RDČD.

Prim. Saša Rainer, specialist radiolog, nas je seznanil z relativno novo in v našem prostoru ne tako pogosto izvajano CT-kolonografijo. Predpriprava nanjo je podobna kot za kolonoskopijo, izvede pa se s pomočjo CT. Kadar je črevo čisto in z insulfacijo zraka dovolj razširjeno, lahko vidimo že nekaj milimetrov velike polipozne spremembe. Prednost CT-kolonografije je nebolečnost same preiskave, velika senzitivnost za patološke spremembe in možnost detekcije patoloških spremem na ostalih organih v abdomnu. Slabša stran je izpostavljenost rentgenskemu sevanju in nezmožnost jemanja histoloških vzorcev. V naši ustanovi se odločimo zanjo v primeru, da kolonoskopija tehnično ni izvedljiva v celoti. Zaradi dobrega sodelovanja z našimi radiologi CT-kolonografijo opravimo še isti dan, ko smo poskusili s kolonoskopijo, kar je prijazno za preiskovanca, ker mu je prihranjeno ponovno in neprijetno čiščenje črevesja.

Dr. Luka Ležaič, specialist internist, nam je natančno predstavil fizikalne osnove in samo izvedbo preiskave s PET-CT. Spoznali smo možnosti, ki nam ji ta preiskava nudi v diagnostiki malignih obolenj prabavil, njeno senzitivnost in specifičnosti.

Kirurg Rajko Golobinek in specializant kirurgije Janez Puceli sta prikazala kirurško zdravljenje RDČD, ki edino omogoča popolno ozdravitev, kadar je obolenje odkrito dovolj zgodaj. Opisala sta različne kirurške tehnike in možnosti operativne odstranitve rakavih sprememb kolona in danke. V zadnjem času so se uveljavile endoskopske tehnike, ki ob pravilni indikaciji povsem enakovredno nadomeščajo klasični pristop, pri tem pa dosti manj travmatizirajo bolnikovo tkivo.

Ko je kirurg maligni tumor odstranil, pregleda resektat s pripadajočimi bezgavkami patolog, ki poda dokončno oceno razširjenosti obolenja. Takrat se običajno prične s kemoterapijo. Prof. dr. Borut Štabuc, predstojnik kliničnega oddelka za gastroenterologijo v UKC Ljubljana, nam je zelo natančno predstavil

možnosti ter indikacije različnih kemoterapevtikov in bioloških zdravil. Svoje predavanje je podkrepil z rezultati velikih multicentričnih študij, ki so pokazale ugodne rezultate tako glede preživetja kot intervala do ponovitve bolezni. Pomembno je, da se lahko nekatere vrste kemoterapije v sodelovanju z onkologi izvajajo tudi v večjih perifernih bolnišnicah, kjer je na voljo za to posebej usposobljen specialist, običajno je to internist.

Kljub vsemu trudu, tako bolnikov, kirurgov, onkologov in zdravnikov ostalih specialnosti, ki so sodelovali v diagnostičnem in terapevtskem postopku, se včasih rak razširi na oddaljene organe, najpogosteje so to jetra. Možnosti kirurškega zdravljenja jetrnih metastaz sta prikazala predstojnik oddelka za abdominalno kirurgijo UKC Maribor prim. doc. dr. Stojan Potrč in njegov sodelavec mag. Arpad Ivanec. Tudi več kot tri metastaze v jetrih niso kontraindikacija za metastazektomijo, pomembno je, da se ohrani dovolj funkcionalnega tkiva, ki mora zadostovati potrebam telesa, hkrati pa imeti dovolj velike sposobnosti regeneracije. Prisotni smo bili navdušeni nad možnostmi in rezultati kirurgov iz UKC Maribor. Seznanili smo se tudi s točkovnim sistemom Fong in možnostjo popolne ozdravitve nekaterih bolnikov, kljub napredovali bolezni. Prof. Eldar Gadžijev je pustil velik pečat na sodelavcih v času nekajletnega službovanja v UKC Maribor.

Dostikrat niti ne pomislimo ali celo zanemarimo prehranski vidik bolnikov, obolelih za RDČD, pred in po operaciji in kemoterapiji. Na to nas je opozorila in predstavila tri konkretne primere iz prakse univerzitetna inženirka živilske tehnologije mag. Marjetka Škorja. V SB Slovenj Gradec njene izkušnje in znanje izkoriščamo na tedenskih oddelčnih vizitah in na onkološko-kirurško-internističnem konziliju.

Po živahni razpravi nam je na kratko predstavila delovanje Združenja za boj proti raku debelega črevesa in danke, Evropa-kolon, njegova predsednica Ivka Glas. Na strokovnem srečanju smo se dogovorili za konkretno sodelovanje.

Po več kot štirih urah intenzivnega dela smo, kljub dokaj pozni uri, srečanje zaključili s prigrizkom.

Kaj reči na koncu? Namen, ki smo ga imeli organizatorji, smo v celoti dosegli. Slišali smo veliko novosti, ki jih bomo uporabili v svoji vsakodnevni praksi. Bolniki bodo imeli medicinsko oskrbo po najnovejših spoznanjih. Pomena spletanja novih poznanstev in vezi pa se tako vsi dobro zavedamo. Za jesen pripravljamo novo strokovno srečanje, obravnavali bomo funkcionalne bolezni prebavil.

Pri organizaciji strokovnega srečanja je pomagala Krka, d. d.

## VIII. celjski dnevi

# Zlom kolka v Sloveniji 2000–2010

*Kristjan Omahen*

18. in 19. marca letos so se odvijali že VIII. celjski dnevi, organizirani v sodelovanju Društva travmatologov Slovenije, Združenja za fizikalno in rehabilitacijsko medicino SZD, Združenja ortopedov SZD, Travmatološkega oddelka SUB Celje ter nacionalne ekspertne skupine BJD. Organizacijskemu odboru je predsedoval prof. dr. Radko Komadina. Namenjeni so bili analizi uspehov in še nerešenih problemov v zvezi s problematiko zloma kolka pri starostniku v Sloveniji. Tokrat je organizacijski odbor za srečanje izbral kongresni center hotelov LifeClass v zadnje čase vse bolj mondenem Portorožu.

Celjski dnevi so ortopedsko-travmatološko-fiziatrična bienalna strokovna srečanja z mednarodno udeležbo, ki so bila prvič organizirana leta 1997. V Desetletju gibal Svetovne zdravstvene organizacije so prerasli v temelj novega področja mišično-skeletne medicine. Letos so bili celjski dnevi organizirani na temo najnevarnejše osteoporotične frakture starostnika – zloma kolka.

Prvi dan se je začel z uvodnim govorom prof. dr. Radka Komadine, nacionalnega koordinatorja in ambasadorja Desetletja gibal SZO, ki je predstavil 10-letno kampanjo Desetletja gibal in napovedal nadaljevanje projekta v naslednjem desetletju. Sledila so predavanja o epidemiologiji, demografskih pokazateljih ter o biomehaniki zloma kolka. Poudarjena je bila vloga osteoporoze in spremljajočih bolezni pri zdravljenju zloma kolka starostnikov.

V naslednjem sklopu predavanj je bil predstavljen pomen zgodnje kontinuirane medicinske rehabilitacije po zlomu kolka ter predlogi enotnih priporočil za vso Slovenijo za medicinsko rehabilitacijo po teh poškodbah, saj je nadaljevanje rehabilitacije pri poškodbah z zlomom kolka pri nas še vedno neurejeno. V anesteziološkem sklopu je bila predstavljena anesteziološka problematika zgoraj omenjenih poškodb.

Po končanem strokovnem delu in burni razpravi o obravnavanih temah je sledil zaključek delovnega dne, ki se je končal z večerjo v čudovitem ambientu Grand hotela Portorož.

Drugi dan srečanja se je začel z okroglo mizo, kjer so predstavniki večine slovenskih bolnišnic razpravljali

o problemih, s katerimi se srečujejo pri zdravljenju zlomov kolka. Po končani okrogli mizi so sledila predavanja o pertrohanternih zlomih, zlomih v predelu vratu stegenice ter o možnostih zdravljenja omejenih zlomov. Predstavljene so bil tudi prednosti in slabosti parcialne in totalne artroplastike.

VIII. celjski dnevi so se zaključili s priporočili:

- za zdravljenje osteoporoze pri zlomu kolka v Sloveniji,
- za kirurško zdravljenje zloma kolka,
- o zveznem procesu zdravljenja starostnika po operiranem zlomu kolka z medicinsko rehabilitacijo.

Priporočila bodo obravnavali področni razširjeni strokovni kolegiji.

Celjski dnevi so združili travmatologe, ortopede, fiziatre, anesteziologe, endokrinologe, revmatologe ter ostale specialiste v javnem zdravstvu. Izbira tako domačih kot tujih predavateljev je bila odlična, izkazali pa so se tudi mladi predavatelji, ki sledijo pozitivnim zgledom svojih mentorjev. Izdan je bil tudi recenziran zbornik s preglednimi članki vabljenih avtorjev iz Slovenije in tujine, ki ga je uredil prof. dr. Komadina.



Prof. dr. Radko Komadina, dr. med.

# Na dokazih temelječa gorska urgentna medicina

*Iztok Tomazin*

Na povabilo Inštituta za gorsko urgentno medicino Evropske akademije (EURAC) sem se 25. marca 2011 udeležil kongresa, kjer smo obravnavali razvoj in uporabo z dokazi podprte urgentne medicine v gorskih področjih, ki obsegajo pomemben del površine številnih evropskih in drugih držav. Zgodnja pomlad v slikoviti južnotirolski prestolnici Bolzano, sodobni prostori EURAC in prijetna družba kolegov in kolegic iz alpskih držav in obeh Amerik, so bili okvir zelo zanimivega srečanja, ki ga je organizirala EURAC v sodelovanju z Medicinsko univerzo iz Innsbrucka. Med poslušalci in predavatelji smo bili zdravniki gorskoreševalnih služb (GRS), raziskovalci, ki se ukvarjajo tudi z gorsko medicino, in nekateri vodilni evropski strokovnjaki različnih področij urgentne medicine.

Gorska medicina ni samostojna specialnost, združuje pa številna področja medicine, od višinske fiziologije in patofiziologije do epidemiologije, športne in urgentne medicine.

V uvodu je predstojnik Inštituta za gorsko urgentno medicino EURAC prof. Brugger poudaril, da smo zdravniki GRS v desetletjih aktivnosti v najrazličnejših okoljih pridobili pomembne »osebne zaklade« spoznanj in izkušenj, ki si jih izmenjujemo in vključujemo v naše delo in doktrino. Toda znanost in stroka napredujeta, nova odkritja presegajo osebne izkušnje. Zato je bila osrednja tema kongresa prenos znanstvenih odkritij v gorsko urgentno medicino.

V uvodnem predavanju »Od empirične do z dokazi podprte medicine v gorah« je bil poudarjen ogromen napredek v medicinski oskrbi ponesrečencev in bolnikov v gorah in drugih težko

dostopnih krajih v zadnjih desetletjih, seveda predvsem v razvitih državah. Kljub zahtevnemu okolju so se tam možnosti preživetja in zmanjševanja posledic po različnih urgentnih stanjih bistveno izboljšale, tako po zaslugi splošnega razvoja urgentne medicine kot na podlagi prizadevanj Mednarodne zveze gorskoreševalnih organizacij (ICAR) in še posebej njene Medicinske komisije (MEDCOM). Člani ICAR MEDCOM svoje raziskave, priporočila in smernice redno objavljamo v uglednih medicinskih revijah, izdali smo tudi knjigo. Teksti so namenjeni reševalcem, zdravnikom, organizatorjem, nekateri tudi oblastem. V sodelovanju med ICAR MEDCOM, različnimi zdravniškimi združenji ter nekaterimi univerzami potekajo podiplomska izobraževanja iz gorske urgentne medicine, tudi na različnih kongresih urgentne medicine je to vse pogostejše zastopana tema. Nekateri aktualni ključni cilji ICAR MEDCOM so: novi raziskovalni projekti, npr. vpliv mraza na delovanje zdravil, patofiziologija zasutih v plazovih, mednarodna registra poškodb v gorah in nezgodnih podhladitev kjerkoli, nadaljevanje podpore razvoju reševanja in gorske urgentne medicine v manj razvitih državah in njeno uveljavljanje na medicinskih fakultetah.

Podrobneje je bil predstavljen mednarodni register poškodb v gorah, ki postaja vse večja baza podatkov o patologiji, oskrbi in izhodu poškodb v različnih okoljih, kar bo ob visoki stopnji randomizacije in standardizacije omogočilo številne raziskave. Predstavljen je bil tudi mednarodni register nezgodnih podhladitev. Temeljni cilji tega registra so mednarodna prepoznavnost problematike, izdelava z dokazi podprtih smernic in kontrola kakovosti oskrbe podhladitev. Kompleksna problematika hudih



Predavatelji pred stavbo EURAC v Bolzanu.

podhladitev s številnimi možnimi zapleti in posledicami je velik izziv tako na terenu kot v bolnišnici. K sodelovanju pri obeh registrih so vabljeni tudi slovenske bolnišnice.

V internističnem delu smo najprej obravnavali razlike v epidemiologiji in oskrbi srčno-žilnih nujnih stanj med urbanimi in težko dostopnimi kraji v povezavi z različnimi vidiki verige preživetja in s poudarkom na čim zgodnejši uporabi avtomatskih zunanjih defibrilatorjev (AZD). Večina raziskav o utemeljenosti uporabe AZD je opravljenih v gosto naseljenih urbanih krajih, za redko naseljene ruralne in gorske predele še ni dovolj podatkov. Smernice ICAR MEDCOM priporočajo opremljanje GRS in planinskih koč z AZD, njihova uporaba je smiselna tudi na večjih smučiščih, kjer je srčni zastoj najpomembnejši vzrok smrti. Uveljavljen »*cost benefit*«*»* kriterij za smiselnost namestitve AZD na neki lokaciji je en primer oživljanja v dveh letih. Razpravljali smo tudi o pacientih z metaboličnim sindromom na večjih nadmorskih višinah. Njihova ogroženost je velika, zato jim odsvetujemo tovrstno aktivnost. Dokazano pa je, da metformin zmanjšuje smrtnost pri sladkornih bolnikih na višini. Predstavljena so bila tudi novejša spoznanja višinske medicine, pomembna zlasti za kronične bolnike. Na višini je najpogostejša pljučna patologija, vplivi višine na pljuča so tako negativni (pomanjkanje kisika s posledično hiperventilacijo, zelo mrzel in suh zrak) kot pozitivni (manj prahu in alergenov, redkejši zrak). Pomembnejši so seveda negativni vplivi. Med preventivnimi medikamentoznimi ukrepi na višini, predvsem v smislu preprečevanja pljučnega edema, se je v zadnjem času uveljavil salmeterol.

Predstavniki klinike iz Innsbrucka, ki velja za eno od vodilnih v svetu na področju zdravljenja nezgodnih podhladitev, so predstavili svoje odlične izkušnje z zunajtelesnim obtokom pri zdravljenju globokih podhladitev in dilemo, ali to metodo uvesti tudi v bolnišnice nižjega ranga ali raje poskrbeti za hiter transport s strokovnim spremstvom, praviloma s helikopterjem, v ustrezen terciarni center. Poudarili so pogostost podhladitev v urbanih okoljih, npr. pri starostnikih in brezdomcih.

Zanimiva je bila primerjava epidemiologije in oskrbe poškodb med urbanimi in odročnimi kraji. Incidenca poškodb je večja v urbanih, smrtnost pa v odročnih krajih. Zamuda pri oskrbi negativno vpliva na preživetje in težo posledic. S stališča nujne medicinske pomoči (NMP) je odročen kraj tisti, na katerem je pacient časovno zelo oddaljen od dokončne oskrbe. Dobro organizirana in učinkovita služba helikopterske NMP lahko v časovnem oziru nesrečo v odročnem kraju spremeni v nesrečo v urbanem okolju in bistveno zveča možnosti preživetja pri hudih poškodbah. Tega bi se morali bolj zavedati tudi v Sloveniji.

Množične nesreče so velik izziv za vse službe, še posebej v gorah in drugih odročnih krajih. V alpskih državah sodijo GRS med najuporabnejše in najboljše usposobljene reševalne službe in prav je, da se zdravstvo in oblasti tega zavedajo. Težava pa je, da so GRS navajene predvsem oskrbe in reševanja enega ali največ nekaj ponesrečencev. Ključna v katastrofni medicini je organizacija, zlasti v zahtevnih pogojih pa tudi usposobljenost vseh služb. Vprašanje ni, *ali* se bo zgodilo, pač pa, *kdaj* se bo zgodilo.

Zanimivo je vprašanje, kako smo v Sloveniji pripravljeni na množične nesreče, še posebej v hribovitem ali celo gorskem svetu – ob slabi medresorski usklajenosti, težavah s helikoptersko službo in še čem.

Na okrogli mizi »Predbolnišnična oskrba v odročnih krajih«*»* smo izpostavili pomen organiziranosti in opremljenosti na nivoju organizacij ter znanje in veščine, od medicinskih do gornjskih in reševalnih, na nivoju posameznikov. Šele vse naštetu omogoča reševalec in zdravnik hiter prihod na kraj nesreče, kakovostno oskrbo in hiter prevoz pacienta v ustanovo, kjer bo dokončno oskrbljen. Poudarjen je bil pomen čim jasnejših, sistematičnih in aplikativnih smernic. V zahtevnem okolju jim pogosto ne moremo slediti v celoti, potrebne so improvizacije, a na temelju znanja in izkušenj. V razpravi smo izpostavili, da so tako raziskave kot smernice z visoko stopnjo podpore z dokazi za gorsko urgentno medicino težko izvedljive zaradi izredne kompleksnosti in zahtevnosti NMP v gorah. Številne vplive je nemogoče standardizirati (vreme, mraz, noč, konfiguracija terena, časovni pritiski, omejene možnosti ...). V nadaljevanju je bila predstavljena NMP na severu Švedske, ki temelji na paramedikih in dobro usposobljenem srednjem kadru, zdravniki so redki. Sledijo mednarodnim smernicam, zaradi slabih cestnih povezav, velikih razdalj in pogoste zasneženosti so jim v veliko pomoč helikopterji.

Predstavljeni so bili tudi etični vidiki predbolnišničnih raziskav s poudarkom na čim manjši uporabi poskusnih živali v kombinaciji z ustrežno komunikacijo s strokovno in laično javnostjo. Svež je še spomin na zloglasno »*pig study*«, ko so na anestetiziranih prašičih po sicer skrbno pripravljenih protokolih in z odobritvijo etične komisije začeli raziskovati patofiziologijo zasutja v plazmu, a so jo morali prekiniti zaradi hudih protestov javnosti, predvsem borcev za zaščito živali. Veliko koristnih informacij lahko dobimo od ponesrečencev, tudi umrlih, seveda pa je uporaba osebnih podatkov dovoljena le s soglasjem sorodnikov. Aktualna je ideja o laboratorijskem simulatorju ekstremnih, za gorsko okolje značilnih vplivov, ki bi zelo koristil raziskovanjem na področju gorske medicine. Zaenkrat ga še ni, saj gre v gorah za izjemen razpon zelo različnih dejavnikov (mraz, veter, UV-žarčenje, vlaga, dež, tema, znižan delni tlak kisika, sneg itd.), ki lahko vplivajo tako na pacienta kot na izvajanje NMP.

V duhovitem, a tudi s primesjo grenkobe obarvanem predavanju smo se seznanili z izzivi in težavami pri raziskovalnem delu na primeru raziskovanja in objavljanja člankov o uporabi vazopresina v NMP. Motivacija, vztrajnost in majhni koraki so potrebni za zmago v bitki z birokratskimi in akademskimi mlini na veter ob sočasnem hudem pomanjkanju sredstev.

Član Evropskega sveta za reanimacijo nam je pregledno razložil nastanek aktualnih smernic za oživljanje in težave pri njihovi implementaciji v prakso. Enačba uspeha je enostavna: znanost X edukacija X lokalna implementacija = uspeh. Šibkost vsakega od treh členov bistveno vpliva na končni rezultat. Na univerzi v Ulmu so na podlagi smernic izdelali »standardne operacijske postopke«*»* za vse nujne intervencije. Vsako odstopanje v praksi skrbno analizirajo, treba ga je utemeljiti.

V zaključni razpravi na temo »Kako na dokazih temelječo medicino čim bolj implementirati v gorsko okolje« smo obravnavali oteževalne okoliščine v gorah (čas in težavnost dostopa, medicinsko manj usposobljeni zdravnikovi sodelavci, specifična patologija, vremenske in druge ovire itd.). Še bolj kot v urbanih okoljih pridejo do izraza razlike v vsestranski usposobljenosti zdravnikov in ostalih članov reševalnega moštva. Kdor ni tudi dober gornik, ne more dobro opravljati poslanstva reševalca ali zdravnika v gorah. Poudarili smo pomen primerjave obravnave pacientov v različnih okoljih, zlasti s pomočjo mednarodnih registrov, prilagajanje mednarodnih smernic specifičnim okoliščinam in raziskovalno delo, ki bo upoštevalo specifiko gorske medicine.

Naslednji dan pa smo od teorije prešli k praksi, a brez medicine. Najbolj zagnani smo se lotili slikovitega turnega smuka na severnem robu Dolomitov. Najprej smo na smučeh prečili zamrznjeno jezero Pragser Wildsee nad vasico St. Veit, nato pa smo se po

debelo zasneženi, od plazov razorani dolini in nad njo po planjavah ter grebenu povzpeli na slikoviti vrh Grosser Jaufen (2.480 m). Jasen dan nam je postregel s čudovitim razgledom na zasnežene divje vrhove Dolomitov, od Treh Cin do Tofane. Najlepši del ture pa je bilo smučanje z vrha sprva po strmem ozebniku in nato skozi zasneženi gozd, na koncu pa ob že visoki opoldanski temperaturi z največjo možno hitrostjo na krilih zaskrbljenosti še v obratni smeri čez dober kilometer zamrznjenega jezera. Ledena skorja je zdržala, v »tolažbo« pa smo poslušali pripoved južnotirolskih kolegov, kako so pred leti reševali prijatelja, ki je s smučmi zapeljal na odtajano ledeno skorjo in se skoraj utopil, preden so ga, že precej podhlajenega, potegnili na varno.

Kot vedno ob podobnih priložnostih, z radovednostjo, spoštovanjem in dobronamernostjo prežeta strokovna mednarodna srečanja v kombinaciji z gorniški doživetji še poglobijo naše odlično sodelovanje in prijateljstvo.

# Otroška kirurgija v Sloveniji res velik korak nazaj?!

## 4. tečaj otroške kirurgije za Srednjo in Vzhodno Evropo – minimalno invazivna kirurgija

Uspelo nam je! V Sloveniji, natančneje v Mariboru, smo prvič v zgodovini slovenske medicine organizirali Evropski tečaj na področju otroške kirurgije. Tečaj je potekal od 31. marca do 2. aprila 2011 pod okriljem Evropskega združenja otroških kirurgov (EUPSA), katerega izobraževalni odbor je v Maribor povabil ugledne predavatelje, največje evropske strokovnjake otroške endoskopske kirurgije. Tečaj so podprle strokovne in akademske ustanove Maribora, vključno z Univerzitetnim kliničnim centrom Maribor, Splošna učna bolnišnica Celje, Mestna občina Maribor in sponzorji, ki so že utečen del programa tečajev EUPSA (Karl Storz, Olympus,

Wolf), ter domači sponzorji, ki smo jih kljub recesiji prepričali k sodelovanju.

Zanimanje za tečaj je bilo presenetljivo. Vsa tečajniška mesta (50) so bila zasedena že mesec dni pred tečajem in organizatorji so morali zavrniti več kot 30 interesentov. Tečajniki so prišli z vseh koncev sveta, ne samo iz Evrope (od Luksemburga do Estonije in od Švedske do Grčije), ampak tudi iz Savdske Arabije in Pakistana.

Že na otvoritveni slovesnosti je bilo precej živahno. Pozdravil nas je predsednik izobraževalnega odbora (Education Office)



Udeleženci tečaja.

EUPSA, **prof. dr. Hans Skari** iz Norveške, ki je napovedal pestro zastavljen in zanimiv tečaj. V imenu Univerzitetnega kliničnega centra Maribor nas je pozdravil **doc. dr. Vojko Flis, dr. med.**, vodja kirurških klinik. Predstavniki naše druge (pravzaprav prve) univerze in drugega (prvega) kliničnega centra pa se na povabilo organizatorja žal niso odzvali. Pravzaprav so kljub povabilu, da sodelujejo pri organizaciji tečaja ali kot njegovi podporniki, to ponudbo odklonili in se distancirali od tečaja, ki naj bi bil strokovno nepreverjene kakovosti. V sproščenem vzdušju je ponovno stekel pogovor o specializaciji otroške kirurgije v Sloveniji. Tečajniki iz tujine in predavatelji tega preprosto niso mogli razumeti. Ni specializacije?!! Niti priznane otroške kirurgije v Sloveniji?!!

**Prof. dr. Amulya Saxena**, ki je koordinator tečajev EUPSA, sicer pa deluje v Gradcu, Avstrija (Head of Experimental Fetal Surgery and Tissue Engineering Unit. Department of Pediatric and Adolescent Surgery. Medical University of Graz), strokovnjak laparoskopske in minimalno invazivne otroške kirurgije, nas je v uvodu strokovnega dela programa popeljal skozi zanimivo zgodovino razvoja endoskopije in endoskopske kirurgije ter endoskopske kirurgije pri otrocih. **Prof. dr. Zacharias Zachariou** iz Berna, Švica (Chairman of Department of Pediatric Surgery. Children's University Hospital. Inselspital), ki letos kandidira za predsednika EUPSA, z obsežno bibliografijo in kilometrino v laparoskopski kirurgiji otrok, je poudaril pomen ergonomije pri operacijah na otrocih z minimalnim pristopom. Ponovno nas je spomnil, kako pomembna je ustrezna priprava bolnika, operativnega polja, namestitvev in preverjanje delovanja inštrumentov ter ne nazadnje položaj operaterjevih rok, namestitev monitorjev ipd. **Prof. dr. Munther Haddad** iz Londona, Velika Britanija (Consultant Paediatric Surgeon at Chelsea & Westminster Hospital) nas je spomnil na pomen, na prednosti in slabosti laparoskopije in poudaril, kako pomembna je timska obravnava malega bolnika. **Prof. dr. Pascal de Lagausie** iz Marseille, Francija (Chief of Department of Pediatric Surgery. La Timone Children's Hospital), nam je po svojih izkušnjah predal nekaj trikov in pasti pri torakoskopiji. Sledila so predavanja o osnovnih tehnikah vožljanja in šivanja, vse do najmodernejših pristopov k operaciji z enim portom ali celo brez reza, z uporabo naravnih odprtín, nekaj o robotiki in prihodnosti le-te. Presenetljivo pri vseh predavanjih je bilo dejstvo, da nas nihče ni hotel učiti aksiomov ali doktrine – »tako je in nič drugače« – enostavno so nam želeli prenesti svoje izkušnje, ker vsi dosledno spoštujejo drugačna mnenja in spodbujajo k razmišljanju, k poskušanju in ustvarjanju.

Vrhunec prvega dneva tečaja pa je bil naš neumorni napad »pelvitruinerjev« (simulatorjev), kjer smo se najprej učili osnove prijemanja in preprijemanja, nadaljevali pa z vožljanjem, šivanjem in poskusi preparacije, ki se je ponekod končala precej mokro. Med tečajniki se je širil val navdušenja, ki se je le še nadaljeval med obiskom vinske kleti Vinag v centru Maribora, kjer se je večer končal z mednarodno izmenjavo vicev. Deževalo so pohvale organizatorju.



Predavanja v hotelu Habakuk.



Delo pri simulatorjih.

Sobotno jutro smo začeli na vrhu Pohorja, kamor smo se na veliko presenečenje tečajnikov in predavateljev povzpeli z gondolo, v prijetnem okolju hotela Bellevue, kjer so nas od razgledovanja po okolici Maribora odvrnile le zanimive video predstavitve najpogostejših endoskopskih posegov pri otrocih: apendektomija, hernioplastika/herniektomija, antirefluksni posegi, holecistektomija, posegi na vranici, jetrih, trebušni slinavki, tankem in debelem črevesu, na ledvicah in še posegi v prsnem košu, na preponi in na požiralniku. Bili smo priča prikazom pravih virtuozov na področju minimalno invazivne kirurgije v otroški kirurgiji, ki tudi najbolj zagretega privrženca odprte kirurgije ne morejo pustiti ravnodušnega. Razvile so se zanimive razprave in komaj smo si še utrgali čas za ponovne vaje na pripravljenih simulatorjih v Kaminski dvorani hotela Bellevue.

Po uradnem zaključku tečaja se kar nismo mogli posloviti. Izkoristili smo sončno pomladansko popoldne in izmenjali še kontaktne podatke, da bomo lahko ohranili stike. Pohvalam ni bilo konca.

Tečaj je bil na vsak način uspešen. Uradna ocena tečaja (strokovno in organizacijsko) po mnenju predavateljev in udeležencev je 4,54 in 4,58 točke. Ponovno se zahvaljujemo EUPSA za zaupanje in možnost, da tečaj izvedemo v Sloveniji, kjer otroška kirurgija ni priznana kot samostojna specializacija. Upamo, da bo naš trud, ki smo ga vložili pri organizaciji tečaja, poplačan in da bomo imeli možnost, da naučeno prenesemo tudi v prakso.

(Vse slike tečaja so objavljene na spletni strani Sekcije kirurgov otroške kirurgije SKOK – SZD: [www.saops.si](http://www.saops.si))

Lokalni organizacijski odbor

# I. Laknerjevi dnevi

## Podiplomski tečaj otroške kirurgije za pediatre in družinske zdravnike celjske regije

Jože Robida

V Splošni učni bolnišnici Celje smo zdravniki Otroškega oddelka kirurških strok od 11. do 15. aprila 2011 organizirali in izvedli tečaj iz otroške kirurške dejavnosti za pediatre in zdravnike družinske in šolske medicine celjske regije. Strokovno srečanje smo poimenovali 1. Laknerjevi dnevi po prvem predstojniku otroškega kirurškega oddelka v SB Celje in prvega takega oddelka v Sloveniji, sicer tudi prvem specialistu otroške kirurgije pri nas.

Namen strokovnega srečanja je bil tako strokovne narave kot tudi vzpodbuda tesnejšega in neposrednejšega sodelovanja in komunikacije med zdravniki, ki se na primarni in sekundarni ravni ukvarjamo z otroško in odrasčajočo populacijo. Prepričani smo, da so taka srečanja nujna zaradi zagotavljanja kar se da kakovostne in celovite oskrbe, v tem primeru kirurško bolnih in poškodovanih otrok.

V strokovnem delu seminarja smo kolege pediatre in družinske zdravnike seznanili s pomenom in mestom otroške kirurške dejavnosti pri nas in v svetu in jim na kratko predstavili tudi dejavnost Sekcije kirurgov otroške kirurgije (SKOK-SZD) pri Slovenskem zdravniškem društvu. Predavanja, ki smo jih pripravili zdravniki Otroškega oddelka kirurških strok SB Celje, smo po dnevih razdelili na splošnokirurške teme in teme s področja otroške travmatologije. Lotili smo se kirurških stanj, ki so še posebej pogosta tako v pediatričnih ambulantah na primarnem nivoju kot v otroški kirurški in urgentni kirurški ambulanti. Poskušali smo postaviti smernice glede obsega diagnostičnih in terapevtskih postopkov na primarni ravni in indikacije za napotitev na nadaljnje zdravljenje na sekundarno raven. Ob tem smo v razpravah skušali skupaj rešiti posamezna strokovna in organizacijska vprašanja glede obravnavanja otrok in opozorili na pomanjkanje strokovnih in organizacijskih normativov s strani različnih razširjenih strokovnih kolegijev in drugih institucij na ravni države.

V drugem delu našega srečanja smo izpostavili problem pomanjkljive komunikacije med različnimi ravnmi zdravstvene dejavnosti in poudarili predvsem pomen neposredne komunikacije med zdravniki in ostalim medicinskim osebjem. Vsi se zavedamo, da je populacija, s katero se ukvarjamo, v mnogih segmentih specifična in občutljivejša, kot nam velikokrat priznava stroka, in delo z njo zato zahtevnejše in bolj

odgovorno, kot se zaveda vsaj del strokovne javnosti in tudi t.i. civilna družba.

1. Laknerjevih dnevov v SB Celje se je udeležilo 22 kolegov pediatrov in specialistov družinske medicine celjske regije. V prihodnosti bi želeli udeležbo še drugih zdravnikov, ki se na primarni ravni ukvarjajo z obravnavo kirurško bolnih otrok. Ob koncu seminarja smo izvedli tudi »anketo zadovoljstva« med udeleženci in smo, glede na to, da smo tako srečanje organizirali prvič, z rezultati nadvse zadovoljni. Udeleženci so nam posredovali ob oceni tudi številne predloge za naše delo vnaprej in trudili se bomo, da jih bomo v največji možni meri tudi upoštevali.

Na koncu sem v imenu sodelavcev dolžan zahvalo vsem, ki so se udeležili podiplomskega tečaja, in obljubo, da se bomo na tovrstnih strokovnih sestankih še srečevali izključno zaradi zagotavljanja čim kakovostnejše oskrbe kirurško bolnih otrok. Glede na interes kolegov pediatrov tudi iz drugih regij smo pripravljeni taka srečanja razširiti tudi izven celjske regije.



Koordinator, sekretar in eden od predavateljev tečaja.



# Strokovni posvet o cepljenju v celjski regiji

*Alenka Trop Skaza*

Zavod za zdravstveno varstvo Celje in Center za nalezljive bolezni in okoljska tveganja Inštituta za varovanje zdravja sta 19. aprila 2011 organizirala tradicionalno posvetovanje zdravnikov in medicinskih sester, ki izvajajo cepljenja v celjski regiji. Srečanje je vsako leto dobro obiskano, letošnja udeležba pa je bila največja doslej, saj smo zabeležili 140 udeležencev. Program srečanja je vseboval aktualne teme v zvezi s postopkom obravnave necepljenih oseb in zdravstvenimi napakami pri cepljenju, shemo in presledke med posameznimi odmerki cepiv in cepljenji, rezultate precepljenosti predšolskih otrok in rezultate cepljenja šestošolk proti okužbi s humanimi papiloma virusi (HPV) v celjski regiji ter temo o (ne)varnostih cepljenja.

Po uvodnem pozdravu nacionalne koordinatorice cepljenja, prim. doc. dr. Alenke Kraigher, je Maja Sevljak Jurjevec predstavila postopek v zvezi z obravnavo necepljenih oseb, ki niso cepljene v skladu s Programom imunoprofilakse zaradi različnih vzrokov. Razlogi za opustitev cepljenja so alergija na sestavine cepiva, resen neželeni učinek po predhodnem odmerku istega cepiva in bolezen ali zdravstveno stanje, ki je nezdržljivo s cepljenjem. Predlog za opustitev cepljenja na Ministrstvo za zdravje lahko poda cepitelj ali oseba sama oziroma v njenem imenu starši ali zakoniti zastopniki. V primeru, da oseba ali njeni straši/skrbniki odklanjajo obvezno cepljenje, po odločbi ministra za zdravje pa se cepljenje ne opusti, cepitelj vloži prijavo na območno enoto zdravstvenega inšpektorata. Izpostavljena so bila priporočila za ravnanja ob neželenem, nenamernem dogodku pri cepljenju, za katerega je zdravstveni delavec etično, strokovno, kazensko in materialno odgovoren.

Presledke med posameznimi cepljenji in odmerki cepiv je predstavila mag. Marta Grgič Vitek. Za optimalen odgovor po cepljenju se je treba čim bolj natančno držati priporočene sheme. Krajši presledki med posameznimi odmerki (t.i. pospešene sheme) se uporabljajo, ko je potrebna hitra zaščita, npr. pred potovanjem na endemska območja. Sočasno dajanje različnih cepiv (simultano cepljenje) je cepljenje z več cepivi isti dan na različna anatomska mesta. Študije kažejo, da je za večino živih in inaktiviranih cepiv tako cepljenje podobno učinkovito in varno, kot če bi cepili z vsakim cepivom posebej. Pri cepljenju z različnimi inaktiviranimi cepivi (nesimultano cepljenje) ali cepljenju z inaktiviranimi in živim cepivom presledki med cepljenji niso potrebni. Inaktivirana cepiva lahko damo sočasno ali pa pred oziroma po cepljenju z drugim inaktiviranim ali živim cepivom. V primeru pa, ko uporabljamo živa cepiva (injicirana ali intranazalna), ki niso bila dana na isti dan, je treba upoštevati najmanj štiritedenski presledek, medtem ko oralna živa cepiva (npr. cepivo proti rotavirusni okužbi) lahko damo sočasno ali s poljubnim presledkom do drugih živih cepiv.

O rezultatih precepljenosti predšolskih otrok v celjski regiji s pomočjo spletne aplikacije [www.cepljenje.net](http://www.cepljenje.net) je govorila Amadeja Lemež Jeseničnik. Spletna aplikacija je uspešno nadomestila oceno precepljenosti na vzorcu obveznikov, ki smo jo za preverjanje precepljenosti uporabljali od 2003 do 2009, ko ni bilo več možno uporabljati republiškega programa CEPI. S spletno aplikacijo smo za poročanje zajeli vsa opravljena cepljenja, pomankljivost aplikacije pa so agregirani podatki brez registra cepljenih oseb. Imenovalc za izračun precepljenosti so »opredeljene« osebe in ne vsi živorojeni otroci, vendar je razlika med skupinama minimalna. V Sloveniji smo v letu 2010 s tremi odmerki proti davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, hemofilusnem meningitisu in otroški paralizi cepili 96,8 odstotka dojenčkov, ki imajo opredeljenega pediatra, v celjski regiji pa 98,2 odstotka. Za 20 živorojenih otrok podatkov o cepljenju ni bilo. Proti ošpicam, mumpsu in rdečkam smo v Sloveniji cepili 94,8 odstotka obveznikov, v celjski regiji pa 97,5 odstotka.

Cepljenje proti HPV je bilo v Program imunoprofilakse in kemo-profilakse implementirano v letu 2009 za vse deklice, ki obiskujejo 6. razred osnovne šole. Regijske rezultate cepljenja s posameznimi odmerki štirivalentnega cepiva je na srečanju predstavila Lucija Beškovnik. V šolskem letu 2009/10 je bilo izmed 1.288 šestošolk v regiji z vsemi tremi odmerki cepljenih 46,3 odstotka deklic, v Sloveniji pa 48,7 odstotka. Precepljenost se po posameznih upravnih enotah v regiji precej razlikuje. V upravni enoti Sevnica so z vsemi tremi odmerki štirivalentnega cepiva proti HPV cepili 76 odstotkov šestošolk, medtem ko so v upravni enoti Brežice cepili le 5



Avtorice prispevkov od leve proti desni: Maja Sevljak Jurjevec, prim. doc. dr. Alenka Kraigher, dr. Alenka Trop Skaza, mag. Marta Grgič Vitek, Veronika Učakar, Lucija Beškovnik, Amadeja Lemež Jeseničnik.

odstotkov šestošolk. Razlogov za tako velik razpon je več, vsekakor pa je tam, kjer so bili starši in strokovni delavci dobro obveščeni o prednostih cepljenja, delež cepljenih deklc višji.

O (ne)varnosti cepljenja, temi, ki je zadnje mesece precej aktualna, pa je govorila dr. Alenka Trop Skaza. Odločba Ustavnega sodišča iz leta 2004 je odločila, da obvezno cepljenje ni prekomeren ukrep, ker koristi obveznega cepljenja za zdravje posameznika in članov širše skupnosti presegajo težo posledic posega v ustavne pravice posameznika. Pri uporabi cepiv je treba ugotavljati, odkrivati, zbirati in vrednotiti neželene učinke, oceniti potencialna tveganja in zagotoviti pravočasno ukrepanje za zmanjševanje in obvladovanje tveganja. Cepljenje je »krivo«

za multiplo sklerozo in druge avtoimunske bolezni, avtizem, epilepsijo, vročinske krče, neplodnost, alergije, narkolepsijo, Guillain-Barréjev sindrom ... Dejstva govorijo drugače. Do sedaj je dokazana vzročna povezava med cepljenjem proti pandemski gripi in Guillain-Barréjevim sindromom (pripisljivo tveganje 9,5 na milijon odmerkov). Dokazana je tudi vzročna povezava med cepivom proti steklini, ki je pridobljeno na kulturah živčnih celic, in Guillain-Barréjevim sindromom; tega cepiva v Sloveniji ne uporabljamo.

Strokovni del srečanja smo zaključili z živahno razpravo, ki se je ob poznem kosilu nadaljevala v prijetnem ambientu Thermane Laško.

## Prvo usposabljanje diplomiranih medicinskih sester za delo z bolniki z astmo in KOPB v referenčnih ambulantah

*Stanislav Šuškovič, Tonka Poplas Susič, Saša Kadivec, Katja Sušnik, Igor Švab, Mitja Košnik*

Družinska medicina je temeljni nosilec zdravstvenega varstva. Vemo, da vsebina dela, organizacija dela in način plačevanja timov družinske medicine niso prilagojeni javnozdravstvenim potrebam in za izboljšanje opisanega stanja so nujne spremembe. Trenutno vodstvo Zdravniške zbornice Slovenije si je v svojem mandatu zastavilo za cilj izboljšati sodelovanje med primarno in sekundarno ravno zdravstvenega varstva, formalizirati učinkovitejše metode obravnave, na primer timsko obravnavo bolnikov, sodelovanje z drugimi poklici v zdravstvu (medicinske sestre, farmacevti, fizioterapevti ...), spodbujanje in izvajanje preventivne dejavnosti.

Ena od sprememb je uvajanje referenčnih ambulant (RA). RA so obstoječe ambulante, v katerih že dela zdravnik družinske medicine in bo pripravljen svoje delo vsebinsko nadgraditi v skladu s priporočili za vodenje kroničnih bolnikov, preventive in doseganja kazalnikov kakovosti. Določene aktivnosti v RA izvaja diplomirana medicinska sestra (DMS). Delo DMS v RA bo strokovno izjemno zahtevno, saj bo del svojih nalog opravljala samostojno. Največji izzivi bodo:

- aktivno iskanje pogostih kroničnih bolezni na sistematskih pregledih oziroma ob obiskih bolnikov zaradi drugih razlogov,
- ocenjevanje stabilnosti kronične bolezni in zdravstvena vzgoja bolnikov, ko pridejo na reden obisk v RA po recepte za svojo kronično bolezen.

Nedvomno bodo s tem končno tudi na primarni ravni zares uporabljena vsa znanja in veščine DMS, ki so si jih pridobile med izobraževanjem. Seveda pa bodo DMS za uspešno delo v RA potrebovale obnovitev dosedanjega znanja in dodatna znanja o razkrivanju in o vodenju bolnikov s kroničnimi boleznimi. Tega smo se zavedali v zdravniški zbornici in na Kliniki Golnik, ko smo skupaj oblikovali priporočila za standardizirano vodenje bolnika z astmo in bolnika s KOPB na primarnem nivoju. Priporočili, ki sta pravzaprav nacionalni klinični poti, sta bili objavljeni v lanskih številkah revije Isis.



Interes za modul je bil velik, udeležilo se ga je 32 slušateljev. Glede na število prijav bo treba modul vsaj še trikrat ponoviti.

V sodelovanju s Katedro za družinsko medicino pri Medicinski fakulteti v Ljubljani smo od 5. do 11. maja 2011 na Golniku poučevali 32 DMS, ki bodo zaposlene v RA. Tečaj se je nadaljeval 12. maja z dodatnimi informacijami ter aktivnostmi na Katedri za družinsko medicino v Ljubljani. Formalno se bo izobraževanje zaključilo z opravljenim izpitom en mesec po zaključku tečaja. Zaradi velikega števila kandidatov pa se bo v kratkem še nekajkrat ponovil.

DMS smo najprej poučili o osnovah etiologije ter zdravljenja KOPB, astme in kroničnega rinitisa, ki spremlja bolnike z astmo v vsaj 80 odstotkih, pou-darek delavnic pa je bil na praktičnem usposabljanju. DMS smo skušali čim boljše usposobiti za samostojno delo z bolniki. Predvsem za brezhibno izvedbo spirometrije, saj naj bi bil spirometer – tako kot merilec krvnega tlaka – samoumeven pripomoček vsake RA. DMS smo opremili in usposobili za delo z vprašalniki za zgodnje odkrivanje rinitisa, astme in KOPB. Na koncu tečaja so povsem obvladovale izpolnjevanje vprašalnikov za oceno urejenosti astme (vprašalnik ACT) in KOPB (vprašalnik CAT) ter načrta za samozdravljenje poslabšanja astme. Znale so razkriti stopnjo dispneje po skalah MRC ali Borg. Naučili smo jih, kako se z opazovanjem vitalnih znakov razkrije stopnjo akutnega poslabšanja kronične bolezni.

Poučili smo jih o metodah za zgodnjo detekcijo KOPB z vprašalniki in spirometrom in o razkrivanju bolnikov z alergijskim rinitisom. Opozorili smo jih na pomen ali nujnost oblikovanja registrov kroničnih bolnikov. Dobile so navodila, kako naj te registre oblikujejo. Svetovali smo jim, naj naročijo bolnike z istimi težavami naenkrat in takrat preverijo, kako dobro je vodena njihova bolezen, ter izvedejo zdravstveno vzgojo. Pogovorili smo se o tem, kdaj in kako je primerno konzultirati specialista. Usmerili smo jih, s kom bodo lahko komunicirali na Kliniki Golnik, kadar se ne bodo znali odločiti, kaj storiti v primeru strokovnega problema.

DMS smo temeljito poučili, kako naj bolnikom predstavijo uporabo različnih vdihovalnikov, saj je neznanje uporabe teh pripomočkov vzrok za mnoge slabo vodene astme ali KOPB. Prav tako smo jih motivirali za razkrivanje kajenja ter za dejavnosti za opuščanje te tako neugodne razvade. Poučili smo jih o osnovah prehrane, zdravstvene vzgoje ter rehabilitacije bolnikov s KOPB ali astmo. Kogar zanima, kaj so se DMS naučile, si lahko prosto dostopno gradivo z delavnice ogleda na spletni strani Klinike Golnik ([www.klinika-golnik.si](http://www.klinika-golnik.si)).

DMS so prebile velik del časa na oddelkih z našimi bolniki, z njimi so se pogovarjale, jim merile

dispnejo, jim izpolnjevale vprašalnike ACT ali CAT, jih učile pravilne tehnike inhaliranja zdravil, jim opravile spirometrije ter jih odvajale od kajenja.

Tečaj je potekal kar se da živahno. DMS so pokazale veliko mero zavzetosti, vprašanja so kar deževala in v pogovoru z njimi smo dodatno razkrili marsikaj, kar bo treba v prihodnje nadgraditi za delo v RA. Predvsem je potrebna vzpostavitev sistema dokumentiranja dela DMS. Oblikovanje dokumentacije, najprej v papirni obliki, taki, ki ne bo preveč obremenjevala kartona pacienta, in nato čim prej v elektronski obliki. Drugi pogoj je postavitve pristojnosti v timu. Določiti je treba aktivnosti, ki jih lahko diplomirana medicinska sestra opravi sama. Za to mora imeti jasna navodila in dobra orodja za odločanje. Predvsem pa je potrebno vzpostaviti dobro komunikacijo z družinskim zdravnikom in koordinacijo celotnega tima.

Delavnica je ena izmed treh elementov dodatnega izobraževanja teh medicinskih sester. Pred tem tečajem so imele delavnico o organizaciji in komunikaciji, v pripravi pa je še modul za sladkorno bolezen. Prepričani smo, da je bil tečaj uspešen ter da bodo DMS, ob občasnih ponovitvenih tečajih, nedvomno bistveno prispevale k uresničevanju zadanih ciljev dela RA. Torej k povečanju števila bolnikov s postavljeno diagnozo, opolnomočenju bolnikov s kroničnimi boleznimi ter racionalnemu sodelovanju s specialisti sekundarne ravni.

Seveda je bil ta tečaj za DMS del izobraževanja timov ambulant družinske medicine. Zdravniki se namreč o teh področjih izobražujejo v kranjskogorski »Alergošoli«, ki jo že deset let organizira Klinika Golnik.

Izjavi udeleženk na delavnici za referenčne ambulante:

»V referenčni ambulanti delam že od prvega aprila. Delavnice se mi za sedaj zdijo zelo uporabne, vendar se bo dejanska uporabnost pokazala šele v praksi. Pri delavnicah mi je všeč, da je veliko praktičnega dela.«

»Organizacija delavnic je zares odlična in dobro zastavljena. Referenčne ambulante predstavljajo nove vsebine za večino medicinskih sester, zaradi česar so izobraževanja dobrodošla in nujna. Deslej v zdravstvenih domovih ni bilo diplomiranih medicinskih sester, novo uvajanje pa seveda prinaša tudi novo znanje.«

# Delavnica »Obravnava družin s kronično bolnimi otroki« z vidika družinske terapije

*Tina Bregant*

V sodelovanju s Kliničnim oddelkom za otroško, mladostniško in razvojno nevrologijo Pediatrične klinike v Ljubljani je mednarodna neprofitna organizacija Familylab 8. maja organizirala celodnevno delavnico za zdravnike, medicinske sestre in tehnike ter drugo strokovno osebje v pediatriji. Pri organizaciji delavnice je sponzorstvo prevzela zavarovalnica Vzajemna.

Z vidika družinske terapije smo poskusili osvetliti obravnavo družin s kronično bolnimi otroki. Predavanje in delavnico je vodil mednarodno priznani družinski terapevt in pisec številnih knjig Jesper Juul. Zdravstveno osebje, še zlasti zdravniki, se izrazito intenzivno posvečamo posamičnemu bolezenskemu stanju in vso energijo usmerimo v zdravljenje bolezni. Manj pozorni smo na bolnika kot celoto in njegovo družino, ki je, zlasti pri otrocih, vedno vpletena v zdravljenje. Že samo zavedanje pomembnosti odnosa, ki ga kot zdravniki vzpostavimo z bolniki, in skrb za proces, ki se dogaja med bolnikom in zdravnikom, pomembno vpliva na izid zdravljenja. Posredno tudi vplivamo na celotno družino in tako na dobrobit vseh, ki so vpleteni.

Kakovost odnosa, ki ga vzpostavijo zdravniki in ostalo zdravstveno osebje z bolnikom, vpliva tudi nanje. Delavnica je zato hkrati pomenila tudi uvid v lastne potrebe in zavedanje po samospoštovanju, samozavesti, osebni integriteti in odgovornosti. Pri pridobivanju tovrstnih izkušenj nam naše šolsko, pa tudi širše družbeno okolje ni bilo v pomoč in zato se pogosto znajdemo sami, prepuščeni bolj ali manj lastni iznajdljivosti. Psihoterapija ponuja možnost supervizije, kar pa je zaenkrat v našem prostoru, vsaj kar zadeva zdravstveno osebje, še nedorečeno. Vsakomesečne supervizije, ki bi jih vodil izkušen supervizor, bi bile glede na mednarodne izkušnje v veliko pomoč vsem, še zlasti pa mlajšim zdravnikom, ki si tega tudi želijo.

Vprašanja iz občinstva so pokazala, da je obravnava družin s kronično bolnimi otroki zahtevna, da se srečujemo z včasih nerešljivimi situacijami in da je interdisciplinarna obravnava nujna. Ne gre le za formalno interdisciplinarnost, ki nam je na voljo, pač pa tudi za osebno integriteto in odgovornost, ki jo morajo prevzeti med procesom zdravljenja prav vsi, tako bolnik in njegova družina kot zdravnik in zdravstveno osebje.



## INŠTITUT ZA ZGODOVINO MEDICINE

Medicinske fakultete  
Univerze v Ljubljani

naproša lastnike Biltena Kliničnega centra, da ga poklonijo ustanovi, v kolikor ga sami ne potrebujejo.

### Kontakt:

Zaloška 7a, 1000 Ljubljana  
tel: 041-327-935, [zvonka.slavec@gmail.com](mailto:zvonka.slavec@gmail.com)  
spletni naslov: [www.mf.uni-lj.si/izm](http://www.mf.uni-lj.si/izm)

# Mednarodno srečanju Egiptovskega ortodontskega društva ob njegovi 25-letnici

*Maja Ovsenik*

Egiptovsko ortodontsko društvo je ob svoji 25-letnici delovanja priredilo mednarodno srečanja ortodontskih strokovnjakov z vseh koncev sveta. Srečanje je potekalo od 21. do 23. januarja 2011 v Aleksandriji. Egiptovsko ortodontsko društvo je leta 1986 skupaj z dvajsetimi ortodontskimi specialisti iz Aleksandrije in Kaira ustanovil prof. Samir Aboul Azm. Namen društva je bil spodbujati in podpirati ortodontsko zdravljenje najvišje kakovosti v državi. Uradno glasilo društva je Egiptovska ortodontska revija.

Častna člana društva sta tudi ugledna in priznana učitelja čeljustne in zobne ortopedije prof. dr. Samir Bishara in prof. dr. Birte Melssen z Danskega. Društvo je pridružen član Svetovnega združenja ortodontov (WFO, World Federation of Orthodontists), katerega podpredsednik je bil v obdobju od leta 2005 do 2010 dr. Abas Zaher, predstojnik Katedre za čeljustno in zobno ortopedijo Univerze v Aleksandriji. Dr. Zaher je bil ob 25. obletnici Egiptovskega ortodontskega društva predsednik organizacijskega odbora.

Srečanje v Aleksandriji pa je bilo posvečeno tudi spominu na prof. Samirja Bisharo, ki se je za vedno poslovil v oktobru 2010, kmalu za tem, ko je postal častni član Grškega združenja ortodontov. V počastitev njegovega spomina je imel prof. Athanasios Athanasiou na srečanju predavanje o asimetrijah, kar je bila njuna skupna klinična in znanstvenoraziskovalna tema, predstavljena na številnih kongresih v Evropi in Združenih državah Amerike ter v ortodontskih učbenikih.

Na prijazno povabilo predstojnika Katedre za čeljustno in zobno ortopedijo Univerze v Aleksandriji in znanstvenega odbora za sodelovanje sem se odzvala s predavanjem o sodobni diagnostiki pri enostranskem funkcionalnem križnem grizu. Odzivi udeležencev srečanja so potrdili, da je pomen sodobne diagnostike pri načrtovanju zdravljenja čeljustnih in zobnih nepravilnosti izjemnega pomena za kakovost obravnave.



Prof. dr. Maja Ovsenik, predstojnica Katedre za čeljustno in zobno ortopedijo MF Ljubljana, in dr. Abbas Zaher, predstojnik Katedre za čeljustno in zobno ortopedijo Univerze v Aleksandriji, Egipt.

## Zdravilna družabnost

V preventivi nenalezljivih motenj, bolezni in poškodb igra poleg prizadevanj za telesno in duševno zdravje pomembno vlogo tudi socialna komponenta. Po mnenju strokovnjakov s klinike Mayo je družabnost za zdravje, mladostnost, vitalnost in dolgovečnost tako pomembna, da bi jo zdravniki morali začeti predpisovati na recept. Zlasti v primeru hudih, resnih obolenj se mnogi bolniki zaprejo vase in stike z okolico omejijo na minimum (neredko v začetku celo popolnoma prekinajo), zato bi jih osebni in družinski zdravniki morali poučiti, da izolacija in samota negativno vplivata na njihovo prognozo in zdravstveno stanje.

Ameriški znanstveniki z DePaul University so s pomočjo poglobljenih, več let trajajočih raziskav ugotovili, da so ljudje, ki po vrnitvi iz službe najraje za seboj zaklenejo vhodna vrata, se zleknejo pred televizor ali sedejo pred računalnik in pred fluorescenčnim ekranom prebijejo več kot 19 ur na teden (povprečno 2,7 ure na dan), bolj izpostavljeni različnim

oblikam psihofizičnega in psihosocialnega tveganja. Tako naj bi posamezniki, ki se izogibajo socialnim stikom in svoji prosti čas preživljajo med domačimi štirimi stenami pred televizijskim oz. računalniškim zaslonom, zaužili kar do 71 odstotkov več (zlasti redilne, visokokalorične, energijsko goste) hrane in pijače kot njihovi vrstniki, ki se zavzeto gibljejo na prostem in skrbijo za redne socialne stike. S tem pa se po ugotovitvah belgijskih znanstvenikov njihovo tveganje za debelost in prekomerno telesno težo poveča za neverjetnih 97 odstotkov. Skupina raziskovalcev s priznane znanstvenoraziskovalne inštitucije na novi celini, Case Western Reserve University, pa je nedavno ugotovila, da vsaka ura pred televizijskim oz. računalniškim zaslonom, ki preseže »dovoljenih« 80 minut dnevno, poveča tveganje za pojav Alzheimerjeve bolezni skoraj za tretjino – za zaskrbljujočih 30 odstotkov.

Vir: MedicineToday

*Nina Mazi*

# 20-letnica mariborskih srečanj Medicina in pravo

*Jelka Reberšek Gorišek*

Vsako leto spomladi od leta 1992 dalje potekajo pod okriljem Zdravniškega društva Maribor in Pravniškega društva Maribor ter v sodelovanju z Univerzo v Mariboru srečanja Medicina in pravo. Imenujemo jih mariborska, ker so tradicionalno v Mariboru, vendar že od prvega srečanja dalje združujejo zdravnike in pravnike iz najrazličnejših krajev Slovenije. Srečanja so edinstvena v Sloveniji in verjetno tudi v Evropi po tem, ker združujejo dva najbolj tradicionalna poklica, kot sta zdravniški in pravniški, pri obravnavi tem, kjer se srečujeta ali pa sta tesno povezani medicinska in pravna stroka. V slovenski prostor so vnesla nov povezovalni pristop pri spoznavanju in razreševanju problemov, ki jih niti medicina niti pravo sama ne moreta rešiti. Obe vedi skupaj osredotočeni na probleme pa lahko najdeta najustreznejše odgovore nanje. Občasno se v obravnavo tem vključujejo s svojimi razmišljanji tudi strokovnjaki drugih področij in s tem bogatijo vsebino srečanj. Temeljni cilj srečanj, posvetov ali simpozijev, kakor smo jih tekom let poimenovali, je delati dobro v korist obeh strok s končnim ciljem varovati človeka.

Letos beležimo 20. srečanje Medicina in pravo. Okrogle obletnice so praviloma priložnost, da se ozremo na prehojeno pot, ocenimo njeno uspešnost in se zazremo v prihodnost. Ideja o nastanku srečanj se je porodila v ozkem krogu prijateljev zdravnikov in pravnikov, ki so pogosto kritično razpravljali o številnih aktualnih dilemah, ki so združevale obe stroki, zlasti na področju etičnih vrednot in varovanja človekovih pravic, ki jih je prinašal predvsem izjemen razvoj medicinske znanosti. Leta 1992 je bilo organizirano prvo srečanje Medicina in pravo s temo: Zdravnikov ugovor vesti in splav ter transplantacija. Odziv zdravnikov in pravnikov ter vodilnih predstavnikov zdravstvenih in sodnih institucij in predstavnikov oblasti je bil izjemen, kar nam je bilo v potrditev, da so takšna srečanja

koristna za obe stroki. Prvemu srečanju so sledila: leta 1993 Varstvo osebnih podatkov in sodno izvedeništvo, 1994 Odgovornost zdravnika, medicinska napaka, 1995 Zdravnikova pojasnilna dolžnost, 1996 Zdravnikova odgovornost za farmacevtski produkt, 1997 Alternativna medicina in mazaštvo, 1998 Zdravstvena dokumentacija in zakonodaja, 1999 Psihiatrični bolnik in neprostoVOLjna hospitalizacija, 2000 Zarodek v medicini in pravo, 2001 Človeška genetika in darovanje delov telesa, 2002 Odnos bolnik - zdravnik, 2003 Organiziranost zdravstva, 2004 Ureditev na področju zdravil, odnos bolnik, zdravnik, lekarniški farmacevt, 2005 Duševno zdravje in medicina v izrednih razmerah, 2006 Zapleti v medicini, 2007 Nova zakonodaja (razmejitve med javnim in zasebnim v zdravstvu, varovanje zaupnih podatkov v medicini, zdravilstvo). 2008 Izvirne celice in človeški genom, 2009 Pacientova avtonomija v novi zakonodaji in praksi, 2010 Odgovornost v zdravstvu in 2011 Osebni pristop – personalizacija medicine.

V začetku enodnevna srečanja so leta 1998 prešla v dvodnevna, saj je časa za predstavitev problemov in razpravo vedno zmanjkovalo. Predavatelji na posvetih so vedno zelo ugledni strokovnjaki medicine in prava iz Slovenije, pa tudi z različnih univerz iz tujine. Številni med njimi so postali aktivni sopotniki naših posvetov in zelo radi prihajajo v Maribor. Tako se tkejo poleg strokovnih tudi prijateljske vezi. Izbrane teme so pogosto tudi predavateljem pomenile nov izziv in marsikdaj smo na nekaterih področjih medicinskega prava prav na teh srečanjih orali ledino v Sloveniji. Prav zato so ti posveti vzbujali toliko več zanimanja in njihova odmevnost se je kazala v delovni praksi obeh strok in tudi v civilni družbi. Vse izbrane teme so bile zelo aktualne, nekatere med njimi tudi zelo odmevne. Srečanja Zarodek v medicini in pravo ter Človeška genetika in darovanje delov telesa sta v razpravah razdelili medicinsko in pravniško



Z leve: akad. prof. dr. Milena Žic Fuchs, predsednica etične komisije humanističnih ved v Strasbourgu, prof. dr. Krešimir Pavelić, član Evropske etične komisije, prim. Jelka Reberšek Gorišek, organizatorica srečanja, in akad. prof. dr. Jože Trontelj, predsednik SAZU.



Organizatorji srečanja (z leve): doc. dr. Vojko Flis, prof. dr. Vesna Rijavec, prim. Jelka R. Gorišek, mag. Viktor Planinšec in prim. Jože Ferik.

stroko na »liberalno« in »konzervativno« misleče ter imeli odziv tudi v civilni družbi. Odmevna je bila tudi tema Odgovornost zdravnika, medicinska napaka, saj smo zdravniki o tej temi sami spregovorili zelo kritično. V zadnjih letih je veliko tem posvečenih odgovornosti zdravnika in komunikacijskemu odnosu med zdravnikom in bolnikom, kar je bistveno vplivalo na ozaveščenost zdravnikov o pomembnosti teh odnosov v procesu zdravljenja.

Odmevnost srečanj je bilo zaznati tudi pri medijih, ki so vsa leta zvesti spremljevalci vseh naših srečanj in zelo strokovno pripravljajo napovednike srečanj ter prenašajo sporočila in zaključke srečanj javnosti. Njihova ozaveščenost je bila opazna tudi pri poročanju o zadnjem srečanju: Osebni odnos – personalizacija medicine. Številne obravnave, razprave in zaključki različnih srečanj so imeli vpliv tudi na pravno urejanje na posameznih področjih zdravstva. Omenila bi posredni in neposredni vpliv, predvsem obsežnih razprav o pojasnilni dolžnosti, pacientovo avtonomijo v novi zakonodaji in praksi, vpliv na pripravo zakona o pacientovih pravicah, obsežnost razprav v biomedicini (posegi v človekov genom), raziskave na zarodkih in še številne druge. Tudi odlična predavanja in razprave na temo javno in zasebno v zdravstvu in odgovornost v zdravstvu so lahko v pomoč pri pripravi Zakona o zdravstveni dejavnosti.

Obravnavane teme, razprave in zaključke smo objavili v številnih zbornikih in v dveh monografijah Sodobne dileme I in II.

Z izborom teme ob 20. obletnici srečanj **Osebni pristop – personalizacija medicine** smo želeli odpreti novo vsebino razmišljanj in nakazati teme za prihodnost naših srečanj. Izbrali smo zelo aktualno temo in v vabilu in najavi srečanja zapisali, da tokrat odpiramo etična, medicinska, pravna, sociološka in finančna vprašanja, ki se pojavljajo zaradi izjemnega razvoja medicine in s tem povezanim poglobljenim osebnim pristopom pri diagnostičnih postopkih, zdravljenju in svetovanju posamezniku na podlagi njegovih posebnih značilnosti. Z vsebino najavljene teme smo želeli predstaviti še drugačen pogled na osebni pristop, in to vpogled v najgloblje osebnostno področje, v naš genetski »jaz«. Tema, ki smo jo izbrali, je novo področje moderne medicine na področju raziskav človeškega genoma in proteoma in je širom po svetu zelo aktualna in pogosto obravnavana. Tudi pri nas je personalizacija medicine na nekaterih področjih že uveljavljena, na številnih pa si še utira pot. Najavljena tema pri vseh udeležencih na začetku srečanja ni bila povsem razumljena, prav gotovo pa je bila na koncu, k čemur so bistveno prispevali odlični prispevki predavateljev in razprave.

Predavali so slovenski in tuji strokovnjaki, ki se s tem področjem že ukvarjajo, in tudi predavatelji, ki so podali svoja razmišljanja še iz drugih zornih kotov, vendar v povezavi z obravnavano temo. Zelo na kratko bom predstavila predavateljice in naslove predavanj, ki smo jih poslušali na 20. srečanju Medicina in pravo. Strokovni del je odprl akademik prof. dr. J. Trontelj z njemu lastnimi čvrstimi etičnimi pogledi, ki niso zajeli samo osebnega pristopa, ampak mnogo širša aktualna področja v medicini. S predavanjem o pomenu in vlogi

inter(multi)disciplinarnega pristopa v raziskavah na področju personalizirane medicine je nadaljevala uvodni del srečanj akademikinja prof. dr. M. Žic Fuchs, tudi predsednica Evropske etične komisije humanističnih ved v Strasbourgju. Osebni pristop in pogled varuha človekovih pravic na stanje v Sloveniji je bil prispevek varuhinje dr. Z. Čebašek Travnik in njenega namestnika T. Dolčiča, univ. dipl. prav. Pogled sodnika na sodišču Evropske skupnosti iz Luksemburga na razmerje pacient – zdravnik je bil prispevek prof. dr. M. Ilešiča k obravnavani temi. Zdravnik prof. dr. D. Keber je zelo kritično spregovoril o problemih osebnega pristopa v javnem zdravstvenem sistemu. Prav tako kritičen je bil pravnik prof. dr. R. Pirnat v predstavitvi osebnega pristopa in organiziranosti zdravstva s pravnega vidika. Ponovno je opozoril na Direktivo Evropskega parlamenta in Sveta z uveljavitvijo pravic pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva in s tem povezane neslutene razsežnosti, ki se nanašajo tudi na personalizacijo medicine. Prof. dr. E. Bernat je predaval o pravicah pacientov v Avstriji, kar smo lahko primerjali z Zakonom o pacientovih pravicah pri nas.

Izbrana poglavja personalizacije medicine so predstavili prof. dr. K. Pavelić na področju uporabe znanj in raziskav genomike in proteomike v preventivi in zdravljenju, tudi član Evropske etične komisije, prim. M. Možina na področju farmakoterapije, prof. dr. P. Rožman na področju specifičnih proizvodov v okviru transfuzijske dejavnosti in prim. D. Flisar na področju moderne biotehnologije možganske stimulacije. V zadnjem sklopu predavanj v soboto so predstavili osebni pristop – personalizacijo medicine prof. dr. J. Balazic pri diagnostičnih postopkih v sodni medicini, vrhovna sodnica A. Puklavec Jelenc osebni pristop v medicini in pravno varstvo zasebnosti, prim. J. Ferk probleme osebnega pristopa v klinični praksi, doc. dr. V. Flis osebni pristop in pojasnilno dolžnost ter prof. dr. Š. Ivanjko pravne vidike personalizacije v medicini. Srečanje je zelo zanimivo zaključila prof. dr. M. Ramšak s predavanjem K zdravniku na internet: personalizirana medicina in informacijska tehnologija.

Predavanja in obsežne razprave so odstirale področje personalizirane medicine, ki jo čaka marsikje še dolga pot do realizacije v klinični praksi. Na tej poti bo treba razrešiti še veliko etičnih in drugih dilem. Potrebna bo veliko multidisciplinarnega povezovanja številnih dejavnikov, zlasti zdravstvenih ustanov in posebno zdravnikov, raziskovalnih in diagnostičnih inštitutov, raziskav in analiz na področju genoma in proteoma, povezovanja s farmacijo in proizvajalci diagnostičnih testov, predvsem pa tudi povezovanja z Ministrstvom za zdravje in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). V zdravstveno organizacijo bo treba vključiti nove koncepte, ki bodo zajeli tudi področje personalizirane medicine, in doseči tudi pripravljenost ZZZS za financiranje. Poleg vseh teh dejavnikov bo potreben tudi učinkovit nadzor, da personalizirana medicina ne skrene na stranpoti. »Uf, še veliko dela za pravnike,« mi je v odmoru šepnil mlad pravnik. »In še veliko dela za medicince,« sem mu takoj odgovorila. Medicina in pravo imata še nadaljnjih 20 let obilo dela na tem področju.

Vsa jubilejna srečanja so potekala pod pokroviteljstvom aktualnih predsednikov RS. Ob 10. obletnici je bil pokrovitelj Milan Kučan, ob 15. obletnici dr. Janez Drnovšek in ob 20. obletnici dr. Danilo Türk, ki je tudi odprl 20. jubilejno srečanje ter s svojim govorom dal obletnici še posebej svečan pečat. Z izbranimi besedami se je dotaknil številnih problemov v zdravstvu, na koncu govora pa se tudi zahvalil zdravnikom in pravnikom za prispevek, ki ga dajejo srečanja medicinski in pravni stroki, pa tudi civilni družbi.

Tudi organizatorji srečanj se zahvaljujemo vsem predavateljem, ki jih zaradi omejenega prostora nismo omenili, za njihov bogat prispevek skozi 20 let. Ob tej zahvali pa moram omeniti ime

prof. dr. A. Dolenca, ki je med prvimi z navdušenjem podprl leta 1992 predstavljeno idejo o ustanovitvi srečanj Medicina in pravo ter aktivno sodeloval že na prvem srečanju in bil dolga leta aktivni predavatelj na srečanjih vse do napredovanja njegove bolezni.

Poleg predavateljev gre zahvala za pomoč pri organizaciji tudi številnim sodelavcem in predvsem UKC Maribor ter seveda številnim zdravnikom in pravnikom, ki zvesto obiskujejo naša srečanja in z razpravami bogatijo zaključke srečanj. Ob 20. obletnici so izšli povzetki srečanj, v pripravi pa je tretja monografija Sodobne dileme III.

## Razvoj ljubljanske bolnišnice od ustanovitve do konca prve svetovne vojne (1786–1918)

Ob 225-letnici ustanove (1786–2011)

*Zvonka Zupanič Slavec*

19. junija 2011 mineva 225 let od ustanovitve prve civilne bolnišnice pri Slovencih. Vselila se je v nekdanji samostan bosonogih avguštincev na današnji Dunajski cesti v Ljubljani nasproti kavarne Evropa. Sprva je imela le 12 bolniških postelj in tri oddelke, nato pa je postopoma rasla, se širila in kot učna ustanova povezovala z mediko-kirurškim licejem. Med leti 1786 in 1811 jo je vodil cerkveni red usmiljenih bratov iz Trsta, nato je bila med leti 1812 in 1849 v občinski oskrbi, nakar je prešla pod deželno oblast in kot taka leta 1895 po velikem ljubljanskem potresu dočakala selitev na Zaloško cesto. Po petdesetih letih obstoja je bolnišnica štela okoli 90 bolniških postelj in imela šest bolniških oddelkov. Leta 1881 so odprli novo t.i. blaznico na Studencu pri Ljubljani, ki je imela 77 mest za duševne bolnike. Sto let po nastanku, leta 1886, je bolnišnica štela okoli 350 postelj in so v njej obravnavali okoli 4.500 bolnikov letno. Rast Ljubljane je terjala vse večjo bolnišnico, ki so jo načrtovali od leta 1889, sprva za Bežigradom, 1893 pa so jo začeli graditi ob Zaloški cesti. Slavnostno so jo vselili po potresu jeseni 1895. Ustanova je imela sedem bolnišničnih paviljonov in številne pomožne stavbe, grajena je bila za 568 bolniških postelj, do konca prve svetovne vojne 1918 pa se je razširila na 650 postelj in je v istem letu sprejela nad 10.000 bolnikov. Nadaljnji razvoj bolnišnice je tekel mukoma in je dobil večji zagon šele z gradnjo nove posteljne stavbe s 1.100 bolniškimi posteljami. Vseljena je bila med leti 1970 in 1975. Ta doba je bila popisana v novembrski številki revije Isis 2010 ob 35-letnici vselitve v novo bolnišnično stavbo.

### Cesar Jožef II. 19. junija 1786 ustanovi prvo civilno bolnišnico pri Slovencih

»Denes popolodne ob  $\frac{3}{4}$  na jedno imeli smo srečo videti ljubeznipolnega vladarja svojega v mestu svojem. Njega Veličanstvo se je ustavilo v gostilni 'zum wilden Manne' in po kratki pomudi peš odšlo ogledavat v spremstvu gosp. Frana grofa Kinskega, generala pl. Wenkheima in gosp. barona Taufreerja, okrajnega glavarja, meščansko bolnico, vojaško bolnico, uršulinski samostan in vojaško sirotišče.« Takole je zapisal časopis *Laibacher Zeitung* 20. marca 1784 po obisku cesarja Jožefa II. v Ljubljani. Istega dne pa je cesar Jožef II. za svojega namestnika za notranjeavstrijske dežele (Štajersko, Koroško in Kranjsko) grofu Khevenhüllerju ob svojem opazovanju na poti od Trsta do Ljubljane sestavil spomenico in mu 28. marca poslal pismo, kjer guvernerja opominja na nekatere stvari, ki jih je videl na svojem potovanju, ter mu veleva njihovo rešitev. V tem pismu najdemo prvo sled o ustanovitvi ljubljanske civilne bolnišnice. V tem pismu tudi beremo: »Kaže se, da med ljubljanskimi tremi samostani, ako nista dva, je vsaj jeden njih nepotreben, osobito, ker sem bivšo jezuitsko cerkev (šentjakopsko) odločil v župno cerkev. Frančiškane bi zatorej bilo prestaviti v samostan obutih avguštinov (Marijinega oznanjenja – kjer so frančiškani še dandanes; op. avtorice) in te odpraviti, tako izpraznjeni frančiškanski samostan izpremeni se v bolnico in izroči ali posebni ceneni administraciji, ali usmiljenim bratom, katere bi, v sporazumljenji z guvernerjem v Trstu, ki mu ob jednom pišem in kjer jih brez teže pogreši mesto, najlože prestaviti v Ljubljano,



toda morala bi se urediti najprej primerna in prostorna soba za bolnike, in ta bodi takisto dovolj visoka.«

Oktobra 1784 so bili usmiljeni bratje že nameščeni po nekaterih samostanskih sobah in cesar je zahteval, da se najhitreje ustanovi bolnišnica. Kako pomembna je bila civilna bolnišnica za mesto in za deželo, se je videlo iz tega, da so se kmalu po **prihodu usmiljenih bratov v Ljubljano** oglašali ljudje, naj jih sprejmejo vanjo; želeli so celo, **da bolnišnica sprejema »blaznike«**.

Ljubljanski okrajni urad je 13. decembra 1785 poslal v Gradec in na Dunaj načrte in predračune za **prireditve franciškankega samostana v bolnišnico**. Kmalu pa je v Ljubljano prišel odlok, ki je ukazal, da se morajo usmiljeni bratje z nameravano bolnišnico preseliti v **odpravljen samostan bosonogih avguštincev na Dunajski cesti** v Ljubljani in tako je bila izrečena ustanovitev civilne bolnišnice. Cesar je sklenil, da se opusti misel o zidavi bolnišnice v franciškanem samostanu zaradi nevarnosti poplav Ljubljanice, ki teče blizu imenovane stavbe. Dne **19. junija 1786 so bili usmiljeni bratje že v diskalceatskem samostanu in to je tudi dan, ki šteje za ustanovitveni datum prve civilne bolnišnice pri Slovencih**.

## Usmiljeni bratje vodijo bolnišnico (1786–1811)

Dne 16. oktobra 1786 je okrajni ljubljanski urad poslal graškemu guberniju prošnjo za odobritev sredstev za ureditev bolnišnične stavbe, najnujnejša popravila in za potrebno opremo. Želeli so tudi navodila, kako naj priredijo samostanske sobe, da bodo primerne za bolnišnične potrebe. Ze **oktobra 1786** so sprejeli prve bolnike.

Dne **13. januarja 1787** je cesar Jožef II. odredil: »Usmiljenim bratom se za najpotrebnejše priprave daje onih tisoč goldinarjev iz bratovščinskega zaklada kranjskega, dalje 672 gld. iz bolnišničnega zaklada proti temu, da precej v jedno ali v več sob diskalceatskega samostana, kamor so se preselili, postavijo **dvanajst postelj** in vze-mo v oskrbovanje tudi toliko bolnikov.« Nadaljuje se: »Ta najvišji ukaz zvršiti se ima v prid ubogim bolnikom nemudno, in kadar se dejanski prične oskrbovanje betežnikov, pošlji se o tem naznanilo.«

Za prenovo je pripravil načrte **inženir Schemerl**, dvorno gradbeno vodstvo pa je določilo, da se v bolnišnico predela tudi samostanska cerkev. Dne 27. marca 1787 je vikar predlagal, naj se biljardnica preuredi v kopalnico za bolnike in naj se vanjo postavi peč. Poleg tega je prosil, naj se pri gradnji sob za duševno bolne oddeli prostor za mirne in za besneče. Prvi bi imeli prostor v pritličnih obokanih sobah, drugi pa v bolj oddaljenem gospodarskem poslopju s tremi ali štirimi sobami. Vendar pa je gubernij sklenil, da so za začasno oskrbovanje bolnikov primerne sobe po Schemerlovih načrtih v re-fektoriju (samostanski jedilnici) in v biljardnici. Lekarna usmiljenih bratov se je preimenovala v javno lekarno.

Dne 17. julija 1787 so usmiljeni bratje oskrbovali osem bolnikov, lahko pa bi sprejeli še štiri. 23. avgusta 1787 je okrajni urad guberniju potrdil, da usmiljeni bratje dejansko brezplačno oskrbujejo 12 bolnikov. Gubernij se je odločil, da če se ne branijo sprejeti kakšnega bolnika, ko je katera postelja prazna, naj se jim za dvanajst

postelj izplačuje odmerjena vsota ne glede na to, ali so postelje zasedene ali ne.

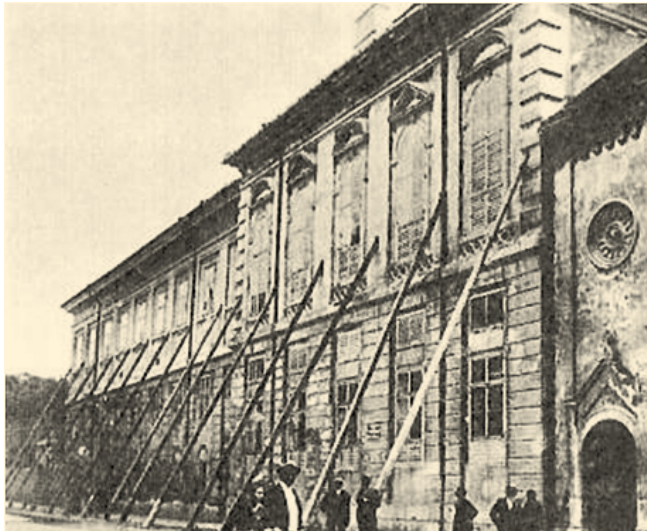
30. avgusta 1787 je graški gubernij ljubljanskemu okrajnemu uradu naročil, naj po načrtih, ki jih je odobrilo dvorno gradbeno vodstvo, nemudoma začne graditi bolnišnico usmiljenih bratov in naj čim prej pošlje predračune za stroške. 12. decembra 1787 je izšlo novo privolilo oblasti za javno prodajo zdravil iz javne lekarne in glavni zdravnik **dr. Jožef Hajmon** je napisal poročilo, da je lekarna popolnoma urejena in vodena po predpisih. Preureditev samostana v bolnišnico in cerkve ter zakristije v bolniške sobe je bila **končana leta 1789**. Ko je bilo poslopje dozidano, **prior** ni bil več brat Sebastjan, temveč 2. februarja 1789 enoglasno izvoljen **pater Pacifik Lieb**. Bolnišnica usmiljenih bratov je bila leta 1790 lepo urejena in 30. avgusta jo je prišla pogledat nadvojvodinja Elizabeta iz Innsbrucka.

Obseg dela usmiljenih bratov v ljubljanski civilni bolnišnici se je iz leta v leto širil in prostori so se vedno bolj polnili. Ni natančnih podatkov, koliko je bilo kdaj v bolnišnici bolnikov, iz sanitetnega poročila ljubljanskega zdravstvenega magistrata Jožefa Melzerja, objavljenega leta 1799 v *Laibacher Zeitung* za leto 1798, kjer naštevajo umrle v bolnišnici usmiljenih bratov, lahko sklepamo o številu bolnikov. To zdravstveno poročilo je najbrž eno najstarejših ljubljanskih zdravstvenih poročil. Leta 1799 je med 496 osebami (skupno število umrlih v Ljubljani) v javni bolnišnici usmiljenih bratov umrlo 49 oseb, od tega 29 moških in 20 žensk. V navedenem skupnem številu za to leto ni všteta garnizijska bolnišnica, niti v civilni bolnišnici umrli vojni ujetniki.

Med leti 1809 in 1814, pod francosko okupacijo, je bolnišnica usmiljenih bratov morala sprejemati tudi bolne vojake. 6. oktobra leta 1806 se je nekdanji podprior usmiljenih bratov in **mediciner Matevž Gradišek (brat Faust)** vrnil na Kranjsko in ko je prišel v ljubljansko bolnišnico, se je zanjo začela nova doba razvoja, ki pa ni trajala dolgo, kajti začela se je vojna in z njo okupacija dežele.



Samostan bosonogih avguštincev na Ajdovščini v Ljubljani nasproti današnje kavarne Evropa, kjer je bil sedež prve civilne bolnišnice med Slovenci od ustanovitve 1786 do potresa 1895, ko se je bolnišnica preselila na Zaloško cesto.



Deželna bolnica po ljubljanskem potresu leta 1895.

Leto 1807 je bolnišnici prineslo veliko domačih in tujih bolnikov, ki jih je Faustus zdravil, zato so ga imenovali za priorja. Trudil se je preurediti bolnišnične prostore in izboljševati vse, kar se je dalo. Na ogled je prišla tudi komisija za osnovanje klinike in 25. junija 1808 se je v Ljubljani **odprla klinična šola**. V začetku leta 1809 je zbolel drugi ordinarij bolnišnice, dr. Bernik, in medicinec Faust je moral sam opravljati zdravniška dela. Naporom in vsem opravkom se je ob prihodu Francozov v deželo pridružila še skrb, kako ohraniti redovniški red in bolnišnico. V noči z 22. na 23. maj 1809 so Francozi zavzeli mesto in v naslednjih dneh so **bolnišnico usmiljenih bratov napolnili francoski vojaki**, ki so jih bolne in ranjene prinašali od vseh strani, kar je trajalo nekaj mesecev. Odkar so prišli v Ljubljano Francozi, se denar usmiljenim bratom ni več izplačeval, zato se je avgusta 1809 prior Faust obrnil na generala grofa Baragueya d'Hilliersa, poveljnika provinc Kranjske, Koroške, Trsta in Reke. Ta prošnja je bila neuspešna in prior Faust je po privoljenju svojih predstojnikov marca 1810 na Dunaju v svojem in v imenu svojih bratov francoski vladi v Iliriji dal odpoved v ljubljanskem samostanu. To je pomagalo, da je glavna intendantca sestavila komisijo za ohranitev samostana usmiljenih bratov in intendant sam je Faustu nakazal denarno pomoč za nadaljnje vzdrževanje bolnišnice.

15. oktobra 1811 je **francosko vojno oskrbnništvo prevzelo poslo-pje civilne bolnišnice, zaprlo lekarno** in Faust je novemu oskrbniku Pollacku izročil inventar samostana in bolnišnice. Sam se je zatekel v hišo bogate ljubljanske družine Kastagna in začel zasebno prakso, kjer se je postopoma razvil v pomembnega homeopata, ki je prinesel v zdravstvo veliko razdora. Nato je vodstvo bolnišnice prevzela posebna komisija, katere načelnik je bil predsednik ljubljanskega občinskega oskrbnništva, **baron Codelli**. **Bolnišnica je nato od leta 1812 do 1849 ostala v oskrbi ljubljanske mestne občine.**

Po odhodu usmiljenih bratov je vodenje bolnišnice prevzel **dr. Anton Jeuniker**. Baron Codelli in dr. Jeuniker imata vse zasluge za nadaljnji obstoj bolnišnice. Februarja 1812 je bolnišnična uprava prejela francoska zakonska bolnišnična navodila. Francoski



Odprite spominske plošče na pročelju stavbe prve civilne bolnice v Ljubljani l. 1995 ob 100-letnici ljubljanskega potresa. Organiziral Inštitut za zgodovino medicine Medicinske fakultete v Ljubljani.

generalni guverner **maršal Marmont**, dubrovniški vojvoda, pa je že leta **1810** ustanovil **srednjo šolo – t.i. ecole centrale**, na kateri se je **poleg kirurgije predavala tudi medicina**. Ker je le-ta potrebovala **klinično šolo, so jo Francozi marca 1812 ponovno ustanovili** in zanjo določili prostor v samostanski jedilnici, vodenje pa je prevzel zdravnik dr. Anton Melzer.

Dne 13. oktobra 1813 je Avstrija končala reokupacijo Kranjske. **Po odhodu Francozov** je vojaška bolnišnica ponovno postala civilna. Leta 1815 je bilo magistratu naročeno, naj v bolnišnici priredi **dvorano za medicinsko-kirurška predavanja**, priskrbi **sobo za sekcije in anatomsko-patološki kabinet**. Leta 1816 se je sprejemanje nosečih žensk v porodnišnico uredilo tako, da so bile brezplačno sprejete le tiste, ki so s potrdilom dokazale, da so brez imetja. Vse bolj je primanjkovalo prostora za duševne bolnike. Zato je bilo leta **1820 sklenjeno**, da se civilna bolnišnica razširi z **bolnišnico za duševne bolnike**. Leta 1821, ko je vodil **bolnišnico dr. Pober**, si je cesar Franc ogledal načrte za razširitev civilne bolnišnice in potrdil zidavo bolnišnice za duševne bolezni, ki so jo gradili med **leti 1821 in 1827**. **Premajhna** pa je postajala tudi **civilna bolnišnica**, zato je leta 1826 okrajni urad sestavil predračun za **njeno širitev**. Leta **1829** se je **pričela gradnja**. Leta 1830 so zgradili glavne zidove, nato pa se je gradnja ustavila in leta 1834 je okrajni urad magistratu sporočil, da mora biti stavba do pomladi 1835 dokončana. Takrat je civilna bolnišnica obsegala državne zavode: bolnišnico za duševne bolezni, porodnišnico, najdeniški zavod in kliniko; lokalne zavode: bolnišnico in ubožnico; ter zasebne zavode: ustanovo grofa Lamberga, ustanovo dvorne bolnišnice, ustanovo meščanske bolnišnice.

Leta **1834** je bilo **vodstvo bolnišnice v rokah okrajnega glavarja**, ki je nadzoroval tudi nočno strežbo bolnikov. Osebe za oskrbovanje so sestavljali: oskrbnik, kontrolor, pisar, neplačan uradniški praktikant in veliki sirotinski oče za tržaške in ljubljanske najdenčike. Leta 1835 je vodstvo bolnišnice prevzela gubernijska komisija, v kateri so bili med drugimi zdravnik dr. Schneditz in ljubljanski župan Hradetzky, ki je z ljubljanskimi lekarnami sklenil pogodbo,

da so za 36 odstotkov znižale cene zdravil. Omenjena komisija je tudi **uredila pogoje**, pod katerimi so se bolniki sprejemali v civilno bolnišnico. Paragraf 3 je določal, da za ljubljanske mestne ubožce skrbita dva mestna zdravnik in dva ranocelnika, v bolnišnico pa smejo sprejemati samo tiste siromake, ki nimajo nikogar, da bi jih stregel, oziroma imajo nalezljive bolezni.

Ko je gubernijska komisija ustanovila red pri dobredelnih ustanovah, so septembra 1836 vodstvo državnih in lokalnih dobredelnih zavodov predali dr. Janezu Nep. Biatzowskemu, bolnišnični primarij pa je postal dr. Ivan Zhuber. Februarja 1836 je gubernijska okrožnica uredila sprejemanje nosečih žensk v porodnišnice. Gubernijski ukaz je marca 1835 tudi določil, kdaj in kateri bolniki naj se sprejemajo v ljubljansko in celovško bolnišnico. Že leta 1841 se je pokazalo, da je potrebna posebna bolnišnica za Kranjsko. 9. novembra je izšla dvorna odločba, ki je določala, da se zgradi (z dobredelnimi zavodi) združena bolnišnica za duševne bolne, za kar je potrebno odkupiti zemljo.

Leta 1842 je bilo v bolnišnici 89 postelj, zaposlenih pa le 10 strežnikov. Ker je primanjkovalo bolniških postelj, je oblast avgusta 1847 določila, da pridobijo prostor še za 56 bolnikov (v medicinskem oddelku 13, v kirurškem oddelku tri, v babiškem stanovanju šest, v shrambi za perilo s prizidkom 10, v oskrbnikovem in kontrolorjevem stanovanju 24 postelj). Leta 1843 je prof. dr. Pachner pl. Egersdorf predlagal mediko-kirurškemu učnemu zavodu, da se na mestu porodnišnice ustanovi zavod za bolne otroke. Po dogodkih leta 1848 se je zidava otroške bolnišnice premaknila na stranski tir. Leta **1864** je **dr. Viljem Kovac** s pomočjo zasebnih dobrotnikov ustanovil **otroško bolnišnico** cesarice Elizabete in postal njen vodja.

Po letu 1874 se je bolnišnica na Ajdovščini hitreje širila. Dvignili so drugo nadstropje na vzhodni in severni strani. 4. marca **1849** je državna ustava določila, da so **vsii dobredelni zavodi last deželne-ga aparata** in tako je prišla civilna bolnišnica v last kranjske dežele.

## Kranjski deželni stanovi leta 1849 prevzamejo bolnišnico

Vodstvo bolnišnice je bilo v rokah **dr. Melzerja**, primariji pa so bili: **dr. Zhuber** za medicinski oddelek in bolnišnico za duševne bolne, **dr. Nathan** za kirurški oddelek in **dr. Pachner** za porodnišnico in najdeniški dom.

Decembra 1861 je ministrski ukaz določil, da bolnišničnega vodjo na priporočilo deželnega odbora imenuje cesar, samoimenovanje primarijev in sekundarijev pa izvajajo stanovi oziroma deželni odbor. Januarja **1863** je kranjski deželni zbor predlagal, da se poveča bolnišnico z dograditvijo na severni strani. Predlog je bil sprejet. Deželni zbor je leta 1864 na priporočilo poslanca **dr. Janeza Bleiweisa** namenil denar iz bolnišničnega sklada za opremo operacijske dvorane in za kirurške instrumente. Isti organ je tudi potrdil izgradnjo dveh posebnih sob I. razreda in dveh posebnih sob II. razreda. Poleg tega so uvedli sodobnejši način ogrevanja bolnišnice.

**Reorganizacija deželnih dobredelnih zavodov** je prišla po nasvetu deželnega odbora pred slovenski deželni zbor leta **1871**, kjer so bili potrjeni vsi predlogi. V tem ukrepu je bila tudi odločba, ki se



Nova deželna bolnica v Šentpeterskem predmestju Ljubljane, slavnostno odprta 16. oktobra 1895 (razglednica).

je nanašala na deželne dobredelne zavode in ki pravi, da se mora vodenje zdravniškega dela ločevati od administrativnega oskrbnništva. Vendar pa tega ukrepa cesar ni potrdil.

13. maja **1871** je vodstvo bolnišnice prevzel **primarij porodnišnice in prof. babiške šole dr. Alojz Valenta**. **Primariji** so bili: za **kirurški oddelek Fran Fux**, za **medicinski** in **oddelek duševnih bolezni dr. Karl Bleiweis** in za **sifilitični oddelek dr. J. Pestotnik**. Za **oskrbnika deželskih dobredelnih zavodov** je bil imenovan začasni voditelj bolnišničnega oskrbnništva računski nižji uradnik **A. Kremžar**. Ko so leta **1871** **odpravili deželni najdeniški zavod**, sta bili dve veliki dvorani porodniškega oddelka na voljo medicinskemu oddelku, s tem pa se je porodnišnica omejila na eno sobo za otročnice in eno sobo za porodnice. Da bi dobili še eno sobo za matere z novorojenci, so leta 1873 naredili pregradno steno, število postelj pa se je povečalo s petnajst na enaindvajset.

Ker je deželni zbor že leta 1871 poskrbel, da so ločevali bolnike s kozami od ostalih bolnikov, se je **1874** začelo razmišljati, da bi na velikem bolnišničnem vrtu postavili barake, v katerih bi bilo prostora za 36 bolnikov s kozami ali drugimi **nalezljivimi boleznimi**. Leta **1875** je **dr. Karl Bleiweis** slovenskemu deželnemu zboru predložil sestavek, v katerem je priporočal ustanovitev relativno »združene zdravilnice in oskrbovališča«, hkrati pa naj bi se bolniki obeh vrst (zdravljeni in oskrbovani) kar najbolj ločevali. Vodstvo je 17. oktobra **1875** kupilo t.i. **zverinjak Valentina Krisperja na Studencu**, ki naj bi ga uredili za najmanj **160 duševnih bolnikov**.

Leta **1879** je bilo v bolnišnične oddelke sprejetih 3.536 bolnikov, v oddelke za duševne bolezni 263 bolnikov, v porodnišnico 169 mater z novorojenci, **skupno torej 3.968 bolnikov** (1.399 več kot leta 1870 in 3.084 več kot leta 1830, ko je bilo v civilni bolnišnici vsega skupaj v oskrbi le 874 bolnikov).

Pozimi leta **1879/1880** je bila v bolnišnici huda gneča, saj je v medicinskem oddelku za moške, kjer je bilo prostora za 54 oseb, ležalo 95 bolnikov in vsi ti bolniki so bili nujno potrebni medicinske pomoči. Zato je vodstvo deželskih dobredelnih zavodov pri



Ptičji pogled na ljubljansko bolnišnico v šestdesetih letih 20. stoletja. V ospredju desno je Stomatološka klinika (fotoarhiv Inštituta za zgodovino medicine).

slovenskem deželnem zboru vložilo **prošnjo za razširitev bolničnih prostorov**. Po nasvetu poslanca **dr. Josipa Vošnjaka** so se odločili, da se plačilno nesposobne neozdravljive bolnike premesti iz bolnišnice v hiralnico.

Velik dogodek za deželne dobrodelne zavode je bil **3. januarja 1881 odprtje deželne bolnišnice za duševne bolezni na Studencu**. 22 moških in 26 žensk, ki so se zdravili zaradi duševnih bolezni, so prepeljali na Studenec že 27. in 28. decembra 1880. Ko se je zavod odprl, je bilo tam 77 duševnih bolnikov. Skupni stroški za zidavo bolnišnice na Studencu (vključno z nakupom zemljišča in zidavo za ohranitev in popravilo bolnišnice za duševne bolezni) so znašali skoraj 250.000 glđ.

Leta 1883 je bilo v deželnih dobrodelnih zavodih oskrbovanih skupno 4.528 oseb, med njimi 2.699 moških in 1.829 žensk. Konec leta 1883 je ostalo v oskrbi skupno 461 oseb, med temi 252 moških in 209 žensk. Leta 1884 je bilo oskrbovanih skupno 4.488 oseb in leta 1885 4.313 oseb. Leto 1886 je bilo za civilno bolnišnico veliko leto, saj je minilo celo stoletje od njenega nastanka.

**Okulist dr. Emil Bock** je pri zdravljenju dosegal odlične uspehe in ker je imel veliko pacientov, je uprava civilne bolnišnice na Ajdovščini predlagala deželnemu odboru ustanovitev posebnega oddelka za očesne bolezni. 18. novembra 1889 je po daljši razpravi deželni zbor na javni seji sklenil, naj se ustanovi očesni oddelek pod vodstvom dr. Bocka. Oddelek, ki je imel tri sobe s 34 posteljami, pa je pričel samostojno delati šele 17. novembra 1890 in dr. Bock ga je brezplačno vodil do 1. januarja 1893, ko je postal plačani primarij.

## Priprave na gradnjo nove bolnišnice ob Zaloški cesti

Leta 1888 je deželni zbor sklenil, da bi bilo treba tedanjo bolnišnico na Ajdovščini, v kateri je primanjkovalo prostora, podreti in sezidati novo na primernejšem kraju. Deželni zbor je **za Bežigradom kupil parcelo**, last Ferdinanda viteza Gariboldija, in hkrati odobril potrebni kredit za zidavo infekcijske bolnišnice, ki naj bi imela 29 postelj. Potrdil je tudi prodajo hiše na Poljanski cesti 42 Družbi sv. Vincencija.

Po prejemu načrtov je ravnateljstvo deželnemu zboru leta 1889 predložilo svojo izjavo z mnenjem štirih primarijev, ki so zahtevali **paviljonski sistem zidanja za najmanj 400 postelj** s po 40–50 m<sup>3</sup> zračnega prostora na bolnika, da bi se lahko po potrebi v teh prostorih namestile dodatne postelje. Poleg tega je predlog ravnateljstva predvideval tudi gradnjo upravnega poslopja z lekarno, kuhinjsko in gospodarsko poslopje, bolnišnico za kužne bolezni, mrtvašnico in stanovanje za ravnatelja.

Ko so bili načrti po tem predlogu izdelani, so ugotovili, da bi stroški preseglj vsoto, ki je bila na razpolago za zidanje. Med pripravljanjem novih načrtov ter preučevanjem predlogov sta pretekli dve leti. Deželni zbor je zato znižal posteljni fond na 316 postelj in predlagal sledečo razvrstitev: 100 na medicinski oddelek, 110 na kirurški oddelek, 56 na sifilitični oddelek, 24 na oftalmološki oddelek in 26 na porodniški oddelek.

Sklenili so, da mora biti bolnišnica do **jeseni 1893 pod streho**, dokončana pa do konca **avgusta 1894**. 8. aprila 1892 pa je predsednik finančnega odbora na seji deželnega zbora nepričakovano dokazal, da izbrano **stavbišče za Bežigradom ni primerno** za bolnišnico, ker je izpostavljeno hrupu vlakov, poleg tega bi bila kanalizacija do Ljubljane predraga in zaradi majhnega padca ne bi dobro delovala. Zato je deželni zbor sklenil, da se mora poiskati primernejše zemljišče za gradnjo nove bolnišnice, obdržati pa se morajo vsi dotedanji načrti. Stavbišče za Bežigradom naj bi se uporabilo za zidanje t.i. gluhonemnice in zavoda za slepe.

Predlagali so **nakup prostora** za šentpetersko vojašnico, **med Ljubljano in sedanjo Zaloško cesto**. Ko si je 10. maja 1892 komisija, sestavljena iz članov deželnega zdravstvenega sveta, vseh zdravnikov bolnišnice ter zastopnikov deželnega zbora, ogledala zemljišče, je ugotovila, da je primerno. Stavbni prostor so kupili in dežela Kranjska je **1. januarja 1893** postala njegov lastnik.

Ravnateljstvo bolnišnice je 15. januarja 1893 v poročilu, naslovljenem na deželni zbor, zahtevalo zvišanje posteljnega fonda in to utemeljilo s tem, da v stari bolnišnici že pri sedanjem številu 341 postelj občutno primanjkuje prostora in mora mnogo bolnikov ležati kar na slami in po tleh. Zato bi bilo nesmiselno graditi novo bolnišnico z manjšo kapaciteto, kot jo ima obstoječa. Deželni zbor je po proučitvi tega poročila naročil deželnemu stavbnemu uradu, naj popravi načrte, vendar naj pri tem pazi, da se stroški ne zvišajo preveč. Stavbni urad je z malimi popravki načrtov in ob minimalnem zvišanju stroškov pridobil še 51 postelj. Tako bi nova bolnišnica, vključno z oddelkom za infekcijske bolezni, imela skupno 401 posteljo. Deželni zbor je sklenil, da se mora v sklopu bolnišnice za neozdravljive bolnike zgraditi **hiralnica**, ki bi imela **100 postelj**. S tem bi oddelki, na

katerih so bolniki včasih zelo dolgo zasedali prostor, pridobili znatno število postelj.

## Gradnja (1893–1895)

Novo bolnišnico so začeli zidati konec junija 1893. Dne 1. novembra 1893 je bila stavba že pod streho. Ometani so bili medicinski in kirurški oddelek, poslopje za kuhinjo in pralnico, upravno poslopje in oddelek za očne bolezni. Po pogodbi je bilo določeno, da morajo biti vsa začeta in nedokončana dela zaključena v letu 1895. Januarja 1895 je deželni odbor odobril še kredit za **zidanje pomožnih stavb** in kredit za **notranjo opremo** paviljonov ter določil, da se mora zgraditi posebna zgradba za dve **uradniški stanovanji** in posebna **zgradba za t.i. služitelje** in kurjače, da se vsked **telefonska centrala** v vratarjevi loži in po ena govorilnica v vsakem paviljonu. Odobril je tudi določeno vsoto za železno ograjo.

V noči s 14. na 15. april 1895 je Ljubljano presenetil **katastrofa-len potres**. Ta je zelo močno poškodoval poslopje stare deželne bolnišnice, kjer se je takrat oskrbovalo 338 bolnikov. Bolnike so takoj prenesli na vrt, kjer so prebili noč kar na prostem, naslednji dan pa so jih nastanili pod šotori, ki jih je dala na razpolago vojska. Na vrtu bolnišnice so postavili 13 šotorov za 166 bolnikov, preko 100 so jih odpustili v domačo oskrbo. Deželni odbor je prosil mestno občino, naj začasno odstopi poslopje za južnim kolodvorom, ki bi ga uporabili za zasilno bolnišnico. V to poslopje so premestili bolnike že 18. aprila, tako da so v stari deželni bolnišnici ostale le porodnice, ki so jim uredili leseno lopo na vrtu, in pa duševno bolni, ki so ostali v svojem nepoškodovanem objektu. V tem času je priskočilo na pomoč **Društvo Rdečega križa z Dunaja**; v Ljubljano je poslalo 25 barak, ki jih je vojska postavila na vrtu bolnišnice. Že 20. maja so se lahko preselili v barake vsi bolniki, razen infekcijskih, za katere so uredili posebno barako na dvorišču hiše št. 42 na Poljanah, ki jo je potres popolnoma porušil. Deželni odbor je naročil stavbnemu uradu, da se mora delo pri gradnji nove bolnišnice pospešiti, tako da bi bilo že oktobra mogoče premestiti vse bolnike iz barak v prostore nove deželne bolnišnice.

## Odprtje nove bolnišnice leta 1895

Slovesno odprtje bolnišnice je bilo **16. oktobra 1895**. Po končani slovesnosti so pričeli v novo stavbo premeščati bolnike iz stare bolnišnice in sprejemati nove. **Ravnatelj** nove bolnišnice je bil **dr. Alojz Valenta**, upravo je vodil Andrej Kremžar, vodstvo **medicinskega oddelka** je prevzel **dr. Karel Bleiweis - Trsteniški**, **kirurškega oddelka** **dr. Edo Šlajmer**, **očesnega** **dr. Emil Bock**, **dermatovenerološkega** pa **dr. Vinko Gregorič**.

**Bolnišnica je bila grajena za 568 postelj**. V začetku je imela le 450 postelj, leta 1900 pa je število naraslo na 480 in tako se je posteljni fond večal iz leta v leto vse do leta **1918**, ko je imela bolnišnica **650 postelj** in je v tistem letu sprejela **10.260 bolnikov**. Prostor v bolnišnici je bil razdeljen tako, da je vsaki postelji pripadalo od 7 do 9 m<sup>2</sup> prostora, kar je bilo v skladu s predpisi za gradnjo bolnišnic. **Prvo leto** po otvoritvi je bolnišnica **sprejela**



Spominska plošča ob postavitvi nove bolnišnice na Zaloški cesti leta 1895, vgrajena ob glavnem vhodu v upravno stavbo UKC Ljubljana.

**5.420 bolnikov**. To število je leta **1911** naraslo na **10.479** in je ostalo približno enako vse do leta 1918.

Nadaljnja zgodovina bolnišnice je bolj poznana in je bila tudi objavljena v novembrski številki Izide ob 35-letnici vselitve v novo posteljno stavbo Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana.

## Sklep

225 let je dolga doba, ki je ne dočaka vsaka ustanova. Kaže na potrebo ljudi po bolnišničnem zdravljenju, na pomen medicine kot stroke v ozaveščeni družbi, hkrati pa popisani historiat kaže na izjemno zahtevnost bolnišničnega delovanja, nenehno spreminjanje, razvoj, prilagajanje, trud, da se v danih razmerah vse bolj in bolj pomaga bolniku. Zdravstvo predstavlja pomembno področje javnega življenja, vpeto je v strategijo razvoja države in družbe, ki zaradi vse naprednejših oblik dela terja veliko gmotno podporo. Ta financira posodabljanje vrhunske opreme, izobraževanje kadrov, prilagajanje posteljnih in personalnih pogojev itd. Zdravje je bilo in ostaja temeljna človeška vrednota, ki najverjetneje zlepa ne bo zgubilo na svojem pomenu. Zato tudi v bodoče pričakujemo angažirano spremljanje bolnišničnega življenja in dela ter prožno sodelovanje med vsemi vpletenimi v dobro bolnikov.

Prav bi tudi bilo, da bi velika ljubljanska bolnišnica, vodilna v slovenskem in nekdanjem jugoslovanskem prostoru, imela kakovostno popisan historiat, saj je zdravje slovenskega naroda v veliki meri plod izjemne predanosti zdravstvenega osebja svojim varovancem skozi vso 225-letno zgodovino.

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

## Prim. Jože Marolt, dr. med. (1928–2010)

24. junija 2011 bo minilo eno leto, odkar je Združenje zdravnikov družinske medicine izgubilo častnega člana prim. Jožeta Marolta, dr. med.

Jože Marolt je bil rojen 22. septembra 1928 v Sodražici. Po klasični gimnaziji se je vpisal na Medicinsko fakulteto in študij končal kot eden najboljših študentov. Najprej je služboval v Kočevski Reki, leta 1960 pa je dobil službo kot upravnik Zdravstvenega doma Bežigrad. V letu 1967, ko so se pričeli zdravstveni domovi združevati, je zaradi svoje organizacijske sposobnosti in pridnosti postal najprej direktor ZD Bežigrad, nato pa še združenega ZD Ljubljana. Po uspešni združitvi zdravstvenih domov pod eno streho se je umaknil nazaj v svojo ambulanto, med svoje bolnike. Znan je bil po smislu za sočloveka, sočutju in pridnosti ter vsestranski razgledanosti. Večina zdravnikov se ga spominja po kolegialnosti, veliko kolegom je bil dober mentor. Upokojil se je leta 1991.

V času, ko so specialisti v splošnem zdravniku videli nespecialista, nekoga, ki piše samo recepte in napatnice, ko so razmišljali, da je splošna medicina popolnoma odveč, je bil Jože Marolt pobudnik in ustanovitelj Sekcije za splošno medicino pri Slovenskem zdravniškem društvu. Leta 1966 je bila omenjena sekcija ustanovljena. Ker je takoj po vojni preživel nekaj časa na Teharjah, kljub strokovnim referencam, pridnosti in zavzetosti politično ni bil pravi kandidat za predsednika, zato se je moral zadovoljiti s podpredsedniškim mestom. Poleg tega je bil od ustanovitve in vse do leta 1986 tudi v upravnem odboru sekcije. Bil je zelo aktiven, hkrati oče in duša sekcije, saj se je večina pobud in načinov delovanja porodilo v njegovi glavi. Njegove zasluge so bile dolgo prezrte. Bil je ustanovitelj in eden od prvih predstavnikov zdravnikov splošne medicine v kolegiju za splošno medicino na Medicinski fakulteti od leta 1980, bil pa je tudi eden prvih izpraševalcev iz predmeta splošna medicina na strokovnih izpitih.

Pečat Teharij ga je spremljal skozi vso kariero.

Združenje družinskih zdravnikov (nadgradnja sekcije) ga je za zasluge pri delu v sekciji splošnih zdravnikov leta 2006 proglasilo za častnega člana.

*Branko Košir, tajnik ZZDM*



# Nedelja. Cerkevni list Krške škofije (ustanovljen 1926), št. 10, 6. marec 2011

Na ta tednik sem se pravzaprav po naključju naročil spomladi 2008. Bralci se morda spominjajo, da sem kmalu potem napisal recenzijo (*Isis* 2008; 17: 147–148). In tako kot takrat se mi zdi tudi tokrat vredno ponoviti takratni uvodni stavek: Predstaviti katoliški verski časopis se mi zdi – milo rečeno – nenavadno. Še posebej če to počnem jaz, v vsakem sistemu krivoverec in razkolnik.

Zdaj, tri leta pozneje, je razlika le, da sem se pred tremi leti še imel za ateista. Zdaj se pa imam pa pogana animistične usmeritve in častim naravo (drevesa, travnike, gore, divje živali itn.), inendar imam do človeka, kot dela narave, bolj t. i. *diferenciran* odnos. Kar zadeva pogansko malikovanje, pa res opažam, da skoraj malikujem svoji kolesi. Posebno hidravlične zavore, ki so v sedanjih prometnih razmerah silno pomembna ustanova.

Se pravi, pomembno se mi zdi, da sem sicer apostat, nisem pa konvertit.

Potem ko je bila objavljena moja (prva) recenzija *Nedelje*, sem se večkrat vprašal, ali nisem morda pri (pozitivni) oceni pretiraval. In bil sem vesel, da sem to vsakokrat lahko zanikal. Še več, že nekajkrat me je zamikalo, da bi o tem tedniku spet nekaj napisal. Npr. ob uvodniku (ne spomnim se, ali ga je napisal moški ali ženska) z vprašanjem, zakaj v Rimskokatoliški cerkvi ni duhovnic. Ali ob hudomušnem zapisu, da se je neki protestantski duhovnik spreobrnil in postal katolik, pa je temu duhovniku papež dovolil, da je (p)ostal poročen – z žensko, seveda. Ali ob proslavi obletnice gimnazije na Plešivcu, ko so se nekdanji dijaki spominjali zadrte katoliške vzgoje, z mašami večkrat na dan ter s preganjanjem vsega ženskega ... A sem se tem skušnjavam vsakokrat junaško uprl.

V zadnjih mesecih pa, ko sem kar precej bral in pisal, sem začel doživljati nekaj nenavadnega. Npr. ko sem prebiral časopise avstrijskih zdravniških zbornic (po t. i. službeni dolžnosti največkrat *Österreichische Ärztezeitung*, *ÖÄZ*), sem si včasih nenadoma rekel, »to sem pa že nekje prebral«. Ker je šlo za večinoma medicinsko tematiko, se za to nisem preveč menil. A potem se je ugotovitev »to sem pa že nekje prebral« začela ponavljati tudi ob drugih branjih, ki z medicino nimajo prav nobene zveze. Posebno živa je bila ta ugotovitev pri branju knjig, katerih moje recenzije so bile objavljene v zadnjih nekaj mesecih v naši reviji. Pri branju prejšnjih števil *Nedelje* se je ta občutek pojavil npr. ob branju komentarja k sliki, ki kaže mlade katoličane, ki protestirajo proti zadržtemu stališču Cerkve do spolnosti. Ali ob člankih o preganjanju pedofilije pri katoliških duhovnikih v Avstriji. Ali ob članku, kako je krški (celovski) škof nekega (poročnega) Slovenca posvetil za diakona.

Skratka, ugotovitev »to sem pa že nekje prebral« mi je začela postajati nekakšen fenomen *déjà vu*. Nerazumljivo in po svoje zabavno. Vse do začetka marca 2011, ko sem dobil »pustno(!)« številko *Nedelje*. Zijal sem v naslovnico, s sliko starejšega moškega, našemljenega v klovna, ter z naslovom »**Pustna nedelja: Se znamo kristjani pristno nasmeljati?**« Moja prva asociacija je bila, da je klovna na sliki (katoliški) duhovnik.

Resnice sicer ne vem, *verujem* pa, da **je** duhovnik.

Ki meni, da zna pokazati, da se kristjani znajo smejati. Tako kot zdravnik, ki se kljub morda infavstnemu stanju svojega pacienta zna smejati. Kot je Rajc Kenda (prof. dr. Rajko Kenda, dr. med., zdaj strokovni direktor Pediatrične klinike) znal svoje male paciente razveseliti tako, da je med vizito dal nogo za vrat!

Po teh mislih ob naslovnici sem pustno številko *Nedelje* ter njeno *Kulturno prilogo* prelistal ter jo takoj odložil. Ugotovitev »to sem pa že nekje prebral« oz. moj fenomen *déjà vu* je postal tako močan, da sem se odločil raziskati ga.

V ta namen kratka vsebina te številke *Nedelje*: vodilni članek je komentar z naslovom *Islam in krščanstvo* Reginalda Vospernika. Nato kratek zapis *Družinski postni dan: Deliti pomeni krepiti*, ki govori o postu; nato *Memorandum teologov: pogrevanje starega*, ki opisuje zahteve po reformi Cerkve v Nemčiji. Ki med drugim zahteva mašniško posvečenje poročenih, več spoštovanja pri individualnih odločitvah ter neodklanjanje tistih, ki so ločeni in ponovno poročeni ter ki z ljubeznijo(!) živijo v istospolnih(!) zvezah. V kulturni prilogi izstopajo trije zapisi o *skupnem slovenskem kulturnem prostoru* (Jože Kopeinig, Martin Kuchling, Janko Malle). Potem dva *Pogovora* (Miroslav Košuta in Ženja Leiler) in končno rubrika *Poglejmo čez plot* z naslovom: *Kdo si, Boštjan Dvorak?* Poveden je tudi zapis Vincenca Gottharda *Sem brez korenin in jih ne želim imeti* o Marjeti Angerer, ki lahko živi v različnih kulturah z različnimi jeziki ...

Kakšno zvezo ima, za božjo voljo, moj fenomen *déjà vu* z branjem ene zadnjih števil *ÖÄZ* (št. 4, 25. februar 2011), ki ima uvodni naslov *Ethik und Pränataldiagnostik* (Etika in prenatalna diagnostika)? Ali zvezo z branjem *Nedelje* (npr. eseja *Islam in krščanstvo*)? Ali zvezo z branjem knjige o Tomažu Olipu (recenzija: *Isis* 2011; 20: 76–77)? Ali zvezo z branjem knjige Petra Pirkerja o protinacističnem odporu v Sloveniji in Avstriji (recenzija: *Isis* 2011; 20, 54–56)? Ali zvezo z branjem knjige o nenavadni ljubezni moškega in ženske, ki se nista nikoli srečala (recenzija: *Isis* 2010; 19: 74–76)?

Ker precej berem, sem se že večkrat vprašal, kakšne knjige bi prodajal, če bi bil založnik. Vse knjige? Morda tudi bedarije z naslovom *Samoupravljanje s temelji marksizma?*

Če bi bil (jaz) npr. glavni in odgovorni urednik naše revije, ali bi dopustil objavo medicinskih bedarij, npr. o alternativni medicini? Četudi trdim, da je med nebom in zemljo poleg medicine še marsikaj? Ali bi si dopustil, da bi mi kdorkoli(!) v zbornici solil pamet, kako naj jaz (jaz!) vodim svojo uredniško politiko?

Na srečo nisem ne založnik in na srečo ne urednik. Nekaj časa sem bil »ta glavni« pri občasniku *Sledi*, glasilu našega planinskega društva. Zavrnil nisem nobenega prispevka, enkrat pa me je po telefonu nadrla neka ženska, ker sem objavil dvojezični članek *Die Karavanken haben wieder zwei Seiten/Karavanke imajo spet dve strani*. Vreščala je: »Ali se bomo zdaj morali učiti nemško?«

Ob raziskovanju svojega fenomena *dějà vu* sem ugotovil, da ima vse (vse!) moje branje zadnjih mesecev nekakšno *skupno ozadje*. Skupno ozadje, v katerem se dobro počutim. Predvsem zato, ker lahko (takrat) svobodno razmišljam. Npr. tako, kot v članku, ki ga pravkar pišem v angleščini. Pravzaprav gre za poglavje v knjigi o aortni stenozi, »moje« poglavje pa zadeva simulacijo kardiovaskularnih spremenljivk med naporom ter občasne omedlevice, ki se pojavijo pri teh pacientih. Ali povedano drugače: kot naravoslovec se poskušam približati resnici. Medtem ko apologija ne vodi nikamor, sta krivoverstvo in razkolništvo nadvse dobrodošla.

In tako je pred nekaj dnevi vame kar treščilo: vso literaturo, predvsem leposlovje, lahko razdelim na dve skupini: na *apologetsko* ter na tisto, ki *ni apologetska*!!

**Apologetska literatura** temelji na cenzuri. Ne dopušča dialoga. Joseph Goebbels, *Reichspropagandaminister*, je izumil t. i. *Presseanweisung* (Navodila za tisk). Pred sabo imam odlomek z dne 14. maja 1941, ki se začne takole:

»Der Fall Hess liegt in seinen Motiven völlig klar. Von der am Ende dieses Krieges stehender Vernichtung Englands völlig überzeugt, gab Hess sich der naiven Wahnidee hin ... Sie hat den bedauerlichen Fall Hess als erledigt zu betrachten und sich den grossen Aufgaben des Kampfes um den endgültigen Sieg mit verstärkten Kräften zuzuwenden«.<sup>1</sup>

V času Jugoslavije ni bilo uradne cenzure, uredniki pa so bili praviloma člani ZK in so okrepali takole: »Pri nas je demokracija, ampak ...« Rimskokatoliška cerkev je svoj *Index librorum prohibitorum* (glej Vospersnikov zapis spodaj) ukinila pozno, a vendar!

**Neapologetska literatura** pa temelji na iskanju resnice. Pot do nje je svobodna presoja ter zavest, da je človek zmotljiv. Se pravi, človek te vrste lahko globoko veruje (kot pravi Vercors v *Sprijenih živilih*: v Boga, Jahveja, Alaha, znanost, umetnost, filozofijo ali v fetišizem, toteme, tabuje ...), a ga sočlovek, ki ne veruje, ne (z)moti ...

1 »Zadeva Hess je po svojih motivih popolnoma jasna. Popolnoma prepričan, da bo Anglija ob koncu te vojne popolnoma uničena, je Hess predal naivni nori ideji ... Tisk mora obžalovanja vreden primer Hess obravnavati kot zaključenega ter se mora z ojačanimi silami usmeriti k velikim nalogam boja za dokončno zmago.«

Se pravi, pri tedniku *Nedelja* občudujem, da gre za verski časopis, ki pa ni apologetski. Ko sem prebral Vospersnikov komentar *Islam in krščanstvo*, sem samo zijal. Prvič, kako je mogoče s tako malo besedami povedati tako mnogo, in drugič, kako je mogoče, da cerkveni(!) časopis svojim vernikom predstavi zrcalno sliko krščanstva, s težnjami, ki so se v sekulariziranem zahodnem svetu sicer že močno obrusila ali šle v pozabo, ki pa so še vedno – kot pravimo – prezentne. Isto velja za ostale prispevke, ki sem jih naštel zgoraj in ki jih tu ne morem, žal, obdelati bolj nadrobno. In ker nikjer ni nobene apologije, ker je misel vseskozi svobodna, se v zapisih o skupnem slovenskem kulturnem prostoru odrazi tole spoznanje: Glavna ovira znotraj enotnega slovenskega kulturnega prostora je, da zamejski Slovenci drugače razmišljajo kot slovenski Slovenci. Za zamejske Slovence namreč velja načelo *Dva jezika ena kultura*, kar jim omogoča, da *pogledajo čez plot*. Ker v Sloveniji ni dvojezičnosti, pač slovenski Slovenci ne gledajo čez plot!

V *Nedelji* je včasih poleg rubrike *Poglejmo čez plot* tudi *Pokaži jezik*. V slovenskem prostoru ne poznam časopisa, ki bi bralca pozival, naj pogleda čez plot ali da bi pokazal jezik. Kako ta dva poziva razumem jaz, dvomljivec, krivoverec in razkolnik, pa se mi ne zdi vredno razlagati.

Kar zadeva mene, sem načelo *poglej čez plot* sprejel v celoti. Pravzaprav je že od nekaj del moje identitete. Tudi zato, ker sem že kot otrok zelo rad zlezal pod mizo in ženskam gledal pod krilo. In vesel sem, da je (bilo) tako, da mi še v sanjah ni nikoli padlo na misel, da bi moškimi gledal v hlačnico. Tako sem že šest let star dognal, da se moški in ženska ne razlikujeta le po oblekah. In prav *pogled čez plot* te vrste mi je omogočil spoznanje, kaj je *moj bližnji*. Da je moj odnos do njega spoznanje, ki je temeljna zapoved krščanstva.

Za medicinca je jasno, da človek ni le fizično, temveč tudi duhovno bitje. A če bi me nekdo še včeraj povprašal, kaj človekova duhovnost je, bi bil v zadregi. Izmaknil bi se z odgovorom, kaj duhovnost ni. Vendar bi mu pa že danes odgovoril, da je človekova duhovnost vse tisto, kar zajema ta, recenzirana številka *Nedelje*. Med drugim, da je človek lahko tudi klovn, da se ob tem smeje, da lahko primerja islam in krščanstvo, da je kritičen, da se zaveda svojega jezika in kulture ter da morda lahko živi celo brez korenin ...

*Nedelja* je po mojem časopis, ki spodbuja dialog. Ne spominjam se, da bi bilo kjer koli ali kakor koli govora o krivoverstvu. Ali morda kak poziv h konvertitstvu. Nekako tako, kot je tudi ÖÄZ dialoški časopis. Avstrija, kakršna koli že je ali ni, ima vsekakor precej daljšo demokratično tradicijo kot Slovenija. In vesel bom, če mi bo kdo dokazal, da se motim, če trdim, da je v Sloveniji apologetike mnogo več kot v Avstriji.

Če zdaj svojo triletno izkušnjo z *Nedeljo* izrazim po svoje, se sliši takole: Demokracija je – enako kot vera ali celo religija – ne *stanje*, temveč *pot*. Čaka nas torej še mnogo dela ...

*Marjan Kordaš*



# 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 \_\_\_\_\_

## 2.–4. ob 15.00 • 13. SLOVENSKI UROLOŠKI SIMPOZIJ

**kraj:** VELENJE, Hotel Paka, Rudarska 1**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** zdravniki 150 EUR, specializanti 100 EUR**k. točke:** \*\*\***vsebina:** simpozij je namenjen urologom, onkologom, patologom, ostalim zdravnikom**organizator:** Oddelek za urologijo, SB Slovenj Gradec, prim. mag. Marko Zupančič, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: SB Slovenj Gradec, Oddelek za urologijo, Gosposvetska 1, 2380 Slovenj Gradec, informacije: ga. Cvetka Smrtnik, Franc Kramer, dr. med., Oddelek za urologijo, T: 02 882 34 63, E: [cvetka.smrtnik@sb-sg.si](mailto:cvetka.smrtnik@sb-sg.si)

## 3.–4. ob 15.00 • VERIFIKACIJA POKLICNIH BOLEZNI

**kraj:** ROGAŠKA SLATINA, Hotel Sava**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** 150 EUR**k. točke:** \*\*\***vsebina:** seminar je namenjen specialistom medicine dela, družinske medicine, pulmologom, dermatologom**organizator:** Združenje medicine dela, prometa in športa, Andrea Margan, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: E: [info@hotel-sava-rogaska.si](mailto:info@hotel-sava-rogaska.si), informacije: Andrea Margan, Tihomir Ratkajec, T: 040 698 220, E: [tihomir.ratkajec@mf.uni-lj.si](mailto:tihomir.ratkajec@mf.uni-lj.si), rezervacija prenočišč: recepcija Hotela Sava, T: 03 811 40 00

## 7. ob 15.30 • VODENJE KRONIČNEGA BOLNIKA: »NEVROPATSKA BOLEČINA« podroben program na spletni strani zbornice

**kraj:** LJUBLJANA, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58**št. udeležencev:** 60**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** \*\*\***vsebina:** učna delavnica za zdravnike družinske medicine in specializante družinske medicine**organizator:** Združenje zdravnikov družinske medicine, doc. dr. Marija Petek Šter, dr. med.**prijave, informacije:** Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1104 Ljubljana, E: [kdrmed@mf.uni-lj.si](mailto:kdrmed@mf.uni-lj.si), T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10

## 9. ob 18.30 • FREUDOV VEČER

**kraj:** LJUBLJANA, Psihiatrična klinika Ljubljana, Predavalnica CMZ, Zaloška 29**št. udeležencev:** 70**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** \*\*\***vsebina:** stres, kontratransfer in psihiatrija, dogodek je namenjen vsem, ki pri delu uporabljajo psihoterapevtske metode (zdravniki itd.)**organizator:** Psihiatrična klinika Ljubljana, prim. Matjaž Lunaček, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: E: [silva.potrato@psih-klinika.si](mailto:silva.potrato@psih-klinika.si), informacije: Silva Potrato, T: 01 587 24 11

## 9.–11. ob 16.00 • VII. KONFERENCA SLOVENSKIH ZDRAVNIKOV IZ SVETA IN SLOVENIJE podroben program na spletni strani zbornice

**kraj:** LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska 162**št. udeležencev:** 150**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** \*\*\***vsebina:** namen strokovnih konferenc, ki jih organizira Svetovni slovenski kongres, še naprej ostaja krepitev medsebojnega povezovanja in sodelovanja slovenskih medicinskih strokovnjakov doma in po svetu. Prepričani smo, da ima srečanje ne le nacionalni zdravstveni, marveč tudi širši družbeni pomen. Na konferenci bodo predstavljene naslednje teme: uvodna predavanja uglednih slovenskih zdravnikov iz tujine in domovine, obvladovanje infekcijskih bolezni v Sloveniji in po svetu, podiplomski in mednarodni izobraževalni procesi in zdravstvena reforma v 20 letih samostojnosti Slovenije. Posebno pozornost bomo posvetili predstavitvi raziskovalnega dela slovenskih medicinskih strokovnjakov iz sveta in Slovenije**organizator:** Svetovni slovenski kongres, izr. prof. dr. Bojana Beović, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: W: [www.slokongres.com](http://www.slokongres.com), E: [prijave@slokongres.com](mailto:prijave@slokongres.com), informacije: Sonja Avguštin, glavna tajnica SSK, T: 01 242 85 50, F: 01 242 85 58

## 10. ob 14.30 • KJE SO MEJE PSIHOTERAPEVTSKEGA DELOVANJA MED ISKANJEM RESNICE IN VAROVANJEM PACIENTOVEGA DOSTOJANSTVA

**kraj:** LJUBLJANA, Center za izvenbolnišnično psihiatrijo, Njegoševa 4, sejna soba**št. udeležencev:** 25**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** \*\*\***vsebina:** predavanje je namenjeno psihiatrom, psihologom in vsem, ki jih zanima skupinska psihoterapija**organizator:** Slovensko društvo za skupinsko analizo, Vladislava Stamos, dr. med.**prijave, informacije:** PB Begunje, Begunje na Gorenjskem 55, 4275 Begunje na Gorenjskem, Vladislava Stamos, dr. med., T: 040 893 673, E: [vladka.stamos@pb-begunje.si](mailto:vladka.stamos@pb-begunje.si)

## 10.–11. • XXIX. DERČEVI DNEVI podroben program na spletni strani zbornice

**kraj:** LJUBLJANA, Medicinska fakulteta, Korytkova ulica 2, velika predavalnica**št. udeležencev:** ni podatka**kotizacija:** ni podatka**k. točke:** 13**vsebina:** podiplomsko izobraževanje iz pediatrije**organizator:** Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo**prijave, informacije:** Mihaela Jurčec, T: 01 522 38 01, E: [mihaela.jurcec@kclj.si](mailto:mihaela.jurcec@kclj.si)

## 11. • FLEBOLOŠKA ŠOLA – 2. STOPNJA podroben program na spletni strani zbornice

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Dermatovenerološka klinika, Klinični center Ljubljana, Zaloška c. 2, predavalnica na Dermatovenerološki kliniki	<b>št. udeležencev:</b> 35	<b>kotizacija:</b> 150 EUR (številka TRR 01100-6030277894 (za specializante, sekundarije in medicinske sestre UKC 75 EUR), sklic na številko: 299 30 34/72045 99, najmanj 3 delovne dni pred začetkom šole, 299 3034, SM 7204599)	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> flebološka šola je namenjena zdravnikom družinske medicine	<b>organizator:</b> Dermatovenerološka klinika Ljubljana, asist. Tanja Planinšek Ručigaj, dr. med.	<b>informacije, prijave:</b> Verica Petrovič, tajnica Dermatovenerološke klinike KC, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, T: +386 1 522 42 80, F: +386 1 522 43 33, E: <a href="mailto:verica.petrovic@kclj.si">verica.petrovic@kclj.si</a>	

## 15.–18. ob 15.30 • 18. MEDNARODNI SIMPOZIJ O URGENTNI MEDICINI

<b>kraj:</b> PORTOROŽ, Kongresni center St. Bernardin	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> 330 EUR za zdravnike, 275 EUR za MS in ZT do 1. 6. 2011, kasneje 380 EUR za zdravnike, 325 EUR za MS in ZT	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> mednarodni simpozij je namenjen zdravnikom vseh strok, doktorjem dentalne medicine, medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom	<b>organizator:</b> Slovensko združenje za urgentno medicino – SZUM, Marko Gričar, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: SZUM, UKC Ljubljana, Interna klinika, tajništvo, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, informacije: Irena Petrič, dipl. upr. org., T: 01 522 53 37, F: 01 522 24 16, E: <a href="mailto:info@szum.si">info@szum.si</a>	

## 17. ob 9.00 in 15.00 • TEK - HOJA ZA ŽIVLJENJE ZA PREŽIVELE Z RAKOM IN ZDRAVE

<b>kraj:</b> ŽALEC, Stadion	<b>št. udeležencev:</b> vseh nastopajočih, bolnikov, podpornikov, gledalcev od 400 do 500	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> slovenska javna, kulturno-zabavna, športna prireditev je namenjena bolnikom z rakom, zdravim	<b>organizator:</b> Društvo za promocijo in vzgojo za zdravje Slovenije Žalec, Viktorija Rehar	<b>prijave, informacije:</b> prijave: DPVZS, Hmeljarska 3, 3310 Žalec, E: <a href="mailto:drustvo.pvzs@guest.arnes.si">drustvo.pvzs@guest.arnes.si</a> , informacije: Viktorija Rehar, T: 040 760 849	

## 17.–18. ob 8.30 • OBNOVITVENI KOLPOSKOPSKI TEČAJ podroben program na spletni strani zbornice

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Ginekološka klinika	<b>št. udeležencev:</b> 40	<b>kotizacija:</b> 200 EUR specialisti, 150 EUR specializanti (DDV vključen v ceno), na račun Združenja za ginekološko onkologijo, kolposkopijo in cervikalno patologijo Slovenskega zdravniškega društva, SI 056 2222-0019518588, sklic 20126 (kolposkopski tečaj)	<b>k. točke:</b> v postopku
<b>vsebina:</b> obnovitveni kolposkopski tečaj	<b>organizator:</b> Združenje za ginekološko onkologijo, kolposkopijo in cervikalno patologijo – SZD, Klinični oddelek za ginekologijo, Ginekološka klinika, UKC Ljubljana, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, UKC Maribor, Onkološki inštitut Ljubljana – DP Zora	<b>prijave, informacije:</b> prijave: E <a href="mailto:martina.peclin@obgyn.mf.uni-lj.si">martina.peclin@obgyn.mf.uni-lj.si</a> , T/F: 01 439 75 90	

## 22. ob 9.00 • 2. LIKARJEV SIMPOZIJ: CEPIVA IN CEPLJENJE podroben program na spletni strani zbornice

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Velika predavalnica Medicinske fakultete, Korytkova 2	<b>št. udeležencev:</b> 200	<b>kotizacija:</b> 50 EUR, kotizacije ni za upokojene zdravnike, zdravnike specializante, pripravnike, študente	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> izobraževalno strokovno srečanje s področja preprečevanja nalezljivih bolezni s cepljenjem je namenjeno zdravnikom, mikrobiologom	<b>organizator:</b> Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe ter Sekcija za preventivno medicino Slovenskega zdravniškega društva, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, prof. dr. Alojz Ihan, dr. med., prim. doc. dr. Alenka Kraigher, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, Zaloška 4, 1000 Ljubljana, prijavnica na spletni strani: W: <a href="http://www.mf.uni-lj.si/imi">www.mf.uni-lj.si/imi</a> , zavihek Prireditve, informacije: Alojz Ihan, E: <a href="mailto:alozj.ihan@mf.uni-lj.si">alozj.ihan@mf.uni-lj.si</a> , T: 01 543 74 93, F: 01 543 74 85	

## 30. 6.–3. 7. • 12. LETNO SREČANJE EVROPSKEGA VENSKEGA FORUMA podroben program na spletni strani zbornice

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Grand hotel Union	<b>št. udeležencev:</b> še ni določeno	<b>kotizacija:</b> 200 EUR	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> strokovno srečanje klinikov in znanstvenikov, ki se ukvarjajo z boleznimi ven, je namenjeno specialistom in specializantom s področja angiologije, kardiovaskularne medicine, dermatologije, žilne kirurgije, interne medicine	<b>organizator:</b> European venous forum, Združenje za žilne bolezni pri SZD, UKC Ljubljana – KO za žilne bolezni, prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: W: <a href="http://www.evf2011.si">www.evf2011.si</a> , informacije: prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med., E: <a href="mailto:pavel.poredos@kclj.si">pavel.poredos@kclj.si</a>	

## 8.–10. ob 9.00 • ADRIATIC VASCULAR SUMMIT 2011

<b>kraj:</b> PORTOROŽ, Grand hotel Bernardin	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> 320 EUR za zdravnike, 220 EUR za člane Društva žilnih kirurgov Slovenije, DRIMS-a, EVC-a, ISES-a, za študente, pripravnike in specializante ni kotizacije	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> kongres je namenjen vsem zdravnikom	<b>organizator:</b> Društvo žilnih kirurgov Slovenije, asist. Mladen Gasparini, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: preko spletne strani <a href="http://www.adriatic-vascular-summit.org">www.adriatic-vascular-summit.org</a> , informacije: Splošna bolnišnica Izola, Polje 35, 6310 Izola, asist. Mladen Gasparini, dr. med., T: 05 660 64 11, F: 05 660 63 21, E: <a href="mailto:mladen.gasparini@sb-izola.si">mladen.gasparini@sb-izola.si</a>	

## 14.–17. • 17. KONGRES OTROŠKIH NEVROLOGOV SREDOZEMLJA

<b>kraj:</b> PIRAN	<b>št. udeležencev:</b> 200	<b>kotizacija:</b> objavljena na W: <a href="http://www.agp-pro.si/duatlon_brdo/">http://www.agp-pro.si/duatlon_brdo/</a>	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> kongres otroških nevrologov	<b>organizator:</b> prof. dr. Milivoj Veličković Perat	<b>prijave, informacije:</b> prof. dr. Milivoj Veličković Perat, E: <a href="mailto:mvelic4@guest.ames.si">mvelic4@guest.ames.si</a>	

## 16. ob 16.00 • 24. SIMPOZIJ ALPE-ADRIA

<b>kraj:</b> BLEJ, Hotel Golf	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> 100 EUR, za upokojene in študente 50 EUR	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> simpozij je namenjen anesteziologom (program bo objavljen na spletni strani <a href="http://www.szaim.org">www.szaim.org</a> )	<b>organizator:</b> SZAIM, prof. dr. Vesna Novak Jankovič, dr. med., asist. mag. Iztok Potočnik, dr. med., prim. asist. mag. Adela Stecher, dr. med., Eleonora Ivanova, dr. med., asist. mag. Jasmina Markovič Božič, dr. med., in Božena Gerjevič, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: E: <a href="mailto:sabina.perko@gmail.com">sabina.perko@gmail.com</a> , informacije: Sabina Perko, T: 01 522 35 57, E: <a href="mailto:sabina.perko@gmail.com">sabina.perko@gmail.com</a>	

## 23. ob 8.30 • 7. CVAHTETOV DNEVI JAVNEGA ZDRAVJA: NA DOKAZIH TEMELJEČI RAZVOJ JAVNEGA ZDRAVJA V SLOVENIJI podroben program na spletni strani zbornice

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Zavod za varstvo pri delu, Chengdujska 25	<b>št. udeležencev:</b> 100	<b>kotizacija:</b> 144 EUR, za podiplomske študente in specializante velja znižana kotizacija 72 EUR, za dodiplomske študente in upokojene kotizacije ni	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> strokovno srečanje je namenjeno strokovnjakom s področja javnega zdravja, zdravnikom, zobozdravnikom, farmacevtom, raziskovalcem, vodstvenim delavcem v zdravstvenih ustanovah	<b>organizator:</b> Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, prof. dr. Lijana Zaletel Kragelj, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: Katedra za javno zdravje, Vrazov trg 2, Ljubljana, E: <a href="mailto:nina.dolenc@mf.uni-lj.si">nina.dolenc@mf.uni-lj.si</a> , informacije: asist. dr. Jerneja Farkaš Lainščak, dr. med., Nina Dolenc, T: 01 543 75 40, F: 01 543 75 41	

## 23.–24. ob 9.00 • INOVACIJE IN NOVI NAČINI ZDRAVLJENJA SRČNEGA POPUŠČANJA podroben program na spletni strani zbornice

<b>kraj:</b> PORTOROŽ, Grand hotel Bernardin	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> kotizacije ni	<b>k. točke:</b> v postopku
<b>vsebina:</b> mednarodni simpozij je namenjen vsem zdravnikom, študentom medicine, medicinskim sestram	<b>organizator:</b> Program za napredovalo srčno popuščanje in transplantacije srca, KO za kardiologijo, UKC Ljubljana in Texas Heart Institute, Houston, Teksas, ZDA, prof. dr. Bojan Vrtovec, dr. med., in prof. Igor D. Gregorič, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: E: <a href="mailto:brms.slo@gmail.com">brms.slo@gmail.com</a> , informacije: prof. dr. Bojan Vrtovec, dr. med., T: 01 522 28 44, F: 01 522 28 28	

## 23.–24. • 23. STROKOVNI SESTANEK ZDRUŽENJA INTERNISTOV podroben program na spletni strani zbornice

<b>kraj:</b> LJUBLJANA, Velika dvorana Smelt, Dunajska c. 160	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> do 1. 8. 2011 160 EUR, po tem datumu 180 EUR, za študente, upokojene zdravnike in sekundarije kotizacije ni	<b>k. točke:</b> v postopku
<b>vsebina:</b> strokovni sestaneke je namenjen zdravnikom internistom in zdravnikom v osnovnem zdravstvu, predstavljene bodo teme z vseh področij interne medicine	<b>organizator:</b> Združenje internistov SZD, prim. mag. Primož Vidali, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: Združenje internistov SZD, Računovodstvo, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, informacije: prim. mag. Primož Vidali, dr. med., Šubljeva 33, 1234 Mengeš, T: 01 723 72 30, GSM: 031 369 711, F: 01 72 300 18, E: <a href="mailto:pvidali@siol.net">pvidali@siol.net</a> , W: <a href="http://www.zis-szd.si">www.zis-szd.si</a>	

## 23.–24. ob 9.00 • 4. GORIŠKI TRAVMATOLOŠKI DNEVI

<b>kraj:</b> NOVA GORICA, Kongresni center HIT, Hotel Perla	<b>št. udeležencev:</b> 100–150	<b>kotizacija:</b> 100 EUR udeleženci delavnic, 80 EUR sod. izv. (samo 24. 9. 2011)	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> simpozij in praktične delavnice imobilizacij, posvet sodnih izvedencev medicinske stroke je namenjen specializantom kirurških strok, ortopedije, fizioterapije, sodnim izvedencem	<b>organizator:</b> Društvo travmatologov Slovenije, Travmatološki oddelek Splošne bolnišnice dr. F. Derganca Nova Gorica, Franci Koglot, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: E: <a href="mailto:melitamakuc@gmail.com">melitamakuc@gmail.com</a> , informacije: Melita Makuc, T: 05 330 10 00, F: 05 330 10 57	

SEPTEMBER

## 23.–24. ob 13.00 • MEJE – PSIHOFARMAKOLOŠKO IN PSIHOTERAPEVTSKO ZDRAVLJENJE PSIHOZ podroben program na spletni strani zbornice

**kraj:** BLEED, Hotel Kompas**št. udeležencev:** 50–100**kotizacija:** 120 EUR, za člane društva ISPS 50 EUR**k. točke:** \*\*\*

**vsebina:** 9. srečanje Slovenskega društva za psihoterapijo psihoz je namenjeno psihiatrom, psihoterapevtom, zdravstvenim delavcem, psihologom ter drugim, ki se zanimajo oziroma delajo na področju psihoterapije psihoz

**organizator:** ISPS Slovenija – Slovensko društvo za psihoterapijo psihoz, asist. mag. Marjeta Blinc Pesek, dr. med.

**prijave, informacije:** prijave: Slovensko društvo za psihoterapijo psihoz, Rudnik II/4, 1000 Ljubljana, ali E: [psih.ord.r@siol.net](mailto:psih.ord.r@siol.net), informacije: Janja Mihoci, univ. dipl. psihologinja, T: 01 428 84 06 ali 031 753 675

## 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](mailto: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](http://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](mailto:irena.dolhar@klinika-golnik.si), W: [www.klinika-golnik.si](http://www.klinika-golnik.si)

7.–8. • 10. GOLNIŠKI SIMPOZIJ: KONGRES podroben program in prijavnica sta na spletni strani [www.klinika-golnik.si](http://www.klinika-golnik.si)**kraj:** BLEED, 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](mailto:irena.dolhar@klinika-golnik.si), W: [www.klinika-golnik.si](http://www.klinika-golnik.si)

## 7.–8. ob 10.00 • ZAKLJUČNA FAZA PSIHOTERAPEVTSKEGA PROCESA podroben program na spletni strani zbornice

**kraj:** RADENCI, Hotel Radin**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** 80 EUR za člane ZPS, 100 EUR za ostale, po 15. 9. 2011 bo kotizacija višja: 100 EUR za člane ZPS in 120 EUR za ostale udeležence srečanja**k. točke:** 13

**vsebina:** tradicionalno strokovno srečanje Združenja psihoterapevtov Slovenije je namenjeno zdravnikom, psihiatrom, klin. psihologom, specializantom in študentom – vsem, ki izvajajo oz. se učijo psihoterapevtske metode zdravljenja

**organizator:** Združenje psihoterapevtov Slovenije, za Organizacijski odbor Barbara Vajd Ledinek, za Programski odbor Branko Franzl

**prijave, informacije:** ZPS – za Radence 2011, Zaloška 29, 1000 Ljubljana, Tatjana Samec, Barbara Vajd Ledinek, T: 01 587 49 30, F: 01 542 21 46, E: [zps@ordinacija.net](mailto:zps@ordinacija.net)

## 7.–8. ob 8.30 • ARITMIJE/PACING 2011

**kraj:** BRDO PRI KRANJU, Kongresni center Brdo, dvorana Grandis**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** \*\*\*

**vsebina:** 3. simpozij o aritmijah in elektrostimulaciji srca z mednarodno udeležbo je namenjen vsem zdravnikom, medicinskim sestram

**organizator:** Klinični oddelek za kardiologijo, Društvo za napredek kardiologije, Združenje kardiologov Slovenije, prof. dr. Igor Zupan, dr. med.

**prijave, informacije:** prijave: Irena Orel, KO za kardiologijo, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, informacije: prof. dr. Igor Zupan, KO za kardiologijo, E: [igor.zupan@kclj.si](mailto:igor.zupan@kclj.si), T: 01 522 28 44, F: 01 522 28 28, E: [irena.orel@kclj.si](mailto:irena.orel@kclj.si)

## 7.–8. ob 16.00 • BOLNIKI S KVČB V NAŠIH AMBULANTAH podroben program na spletni strani zbornice

**kraj:** LJUBLJANA, Medicinska fakulteta – velika predavalnica, Korytkova 2 **št. udeležencev:** 200 **kotizacija:** kotizacije ni **k. točke:** \*\*\*

**vsebina:** prvi slovenski simpozij o kronični vnetni črevesni bolezni je namenjen zdravnikom primarnega nivoja – zdravnikom splošne in družinske medicine, šolskim zdravnikom in pediatrom, zainteresiranim specialistom, zainteresirani javnosti

**organizator:** Katedra za družinsko medicino MF Ljubljana in Društvo za KVČB Slovenije, Tatjana Cvetko, Darja Urlep

**prijave, informacije:** prijave: E: [info@kvcb.si](mailto:info@kvcb.si), informacije: Dušan Baraga, E: [dusan.baraga@zd-cerknica.si](mailto:dusan.baraga@zd-cerknica.si), T: 051 301 147

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

**kraj:** NOVO MESTO **št. udeležencev:** 28 **kotizacija:** 490 EUR **k. točke:** 12

**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](http://www.szum.si), E: [info@szum.si](mailto: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: št. 01100-6030277894, sklic na številko: - Osnove otroške dermatologije- 299 30 34/7204502 **k. točke:** 4,5

**vsebina:** izobraževanje za pediatre 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@klj.si](mailto:verica.petrovic@klj.si)

14.–15. • 10. GOLNIŠKI SIMPOZIJ: DELAVNICE IZ BRONHOSKOPIJE Z MEDNARODNO UDELEŽBO podroben program in prijavnica sta na spletni strani [www.klinika-golnik.si](http://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: 04 256 91 11, F: 04 256 91 17, E: [irena.dolhar@klinika-golnik.si](mailto:irena.dolhar@klinika-golnik.si), W: [www.klinika-golnik.si](http://www.klinika-golnik.si)

## 14.–15. ob 8.45 • UČNA DELAVNICA: OSKRBA DIHALNE POTI podroben program na spletni strani zbornice

**kraj:** MARIBOR, UKC Maribor, Ljubljanska ulica 5, 16. nadstropje kirurške stolpnice – mala predavalnica **št. udeležencev:** 20 **kotizacija:** 200 EUR + DDV **k. točke:** 6

**vsebina:** učna delavnica je namenjena specializantom anesteziologije, urgentne medicine, interne intenzivne medicine in ostalim

**organizator:** UKC Maribor, Oddelek za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečin, Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta v Mariboru, prim. Zoran Zabavnik, dr. med.

**prijave, informacije:** prijave: Izpolnjeno prijavnico iz revije Isis pošljite na E: [slavica.kersic@ukc-mb.si](mailto:slavica.kersic@ukc-mb.si) ali UKC Maribor, Enota za organizacijo strokovnih srečanj, Slavica Keršič, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor, informacije: Enota za organizacijo strokovnih srečanj v UKC Mb., Slavica Keršič, posl. sek., T: +386 2 321 29 40, F: +386 2 321 28 26

## 15. • FLEBOLOŠKA ŠOLA – 3. STOPNJA podroben program na spletni strani zbornice

**kraj:** LJUBLJANA, Dermatovenerološka klinika, Klinični center Ljubljana, Zaloška c. 2, predavalnica na Dermatovenerološki kliniki **št. udeležencev:** 35 **kotizacija:** 150 EUR (specialisti), 75 EUR (specializanti, sekundariji in medicinske sestre), številka 01100-6030277894, sklic na številko: 299 30 34/7204599 **k. točke:** \*\*\*

**vsebina:** flebološka šola za zdravnike družinske medicine

**organizator:** Dermatovenerološka klinika Ljubljana, asist. Tanja Planinšek Ručigaj, dr. med.

**informacije, prijave:** Verica Petrovič, tajnica Dermatovenerološke klinike KC, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, T: +386 1 522 42 80, F: +386 1 522 43 33, E: [verica.petrovic@klj.si](mailto:verica.petrovic@klj.si)

## 21.–22. ob 13.00 • 3. BANIČEVI DNEVI: OKUŽBE VSADKOV, KOSTI IN MEHKIH TKIV

<b>kraj:</b> ANKARAN, Ortopedska bolnišnica Valdoltra, Jadranska cesta 31	<b>št. udeležencev:</b> 100	<b>kotizacija:</b> 120 EUR/40 EUR z DDV, kotizacij ni za študente, pripravnike, upokojene zdravnike, upokojene medicinske sestre, zdravstvene in laboratorijske tehnike	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> strokovno srečanje – podiplomsko izpopolnjevanje s področja diagnostike, zdravljenja in preprečevanja okužb vsadkov, kosti in mehkih tkiv je namenjeno zdravnikom, mikrobiologom, medicinskim sestram, laboratorijskim in zdravstvenim tehnikom	<b>organizator:</b> Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe SZD, Ortopedska bolnišnica Valdoltra in Zavod za zdravstveno varstvo Koper, prof. dr. Srečko Koren, dr. med., Martina Kavčič, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: Zavod za zdravstveno varstvo Koper, Laboratorij za medicinsko mikrobiologijo, Verdijeva 11, 6000 Koper, prijavnice dostopne na spletni strani: <a href="http://www.mf.uni-lj.si/imi">www.mf.uni-lj.si/imi</a> , zavihek Prireditve, informacije: Martina Kavčič, E: <a href="mailto:martina.kavcic@zzv-kp.si">martina.kavcic@zzv-kp.si</a> , T: 05 663 08 60, F: 05 663 08 88	

## 21.–22. • XIII. FAJDIGOVI DNEVI

<b>kraj:</b> KRANJSKA GORA, Hotel Kompas, Borovška 100	<b>št. udeležencev:</b> 250	<b>kotizacija:</b> 180 EUR, TRR pri Novi Ljubljanski banki, d. d., številka: 02045-0253583120, s pripisom 13. Fajdigovi dnevi, ali pa jo boste plačali po izstavitvi računa po končanem srečanju. Enodnevna kotizacija znaša 120 EUR za petek in 80 EUR za soboto. Omejeno število študentov pri predmetu družinska medicina, sekundarijem, specializantov družinske medicine in upokojenih zdravnikov bo oproščenih kotizacije	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> srečanje je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom v osnovnem zdravstvu ter študentom pri predmetu družinska medicina, sekundarijem, specializantom družinske medicine in upokojenim zdravnikom. Namen srečanja je seznaniti se z novostmi na področju diagnostike in zdravljenja najpogostejših bolezni, s katerimi se srečujemo na primarnem nivoju. Obravnavane bodo naslednje teme: srčno popuščanje, alkoholizem, nespečnost, glavobol, zdravljenje bolečine, bolezni v nosečnosti in delazmožnost nosečnic ter optimizacija zdravljenja bolezni	<b>organizator:</b> Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, Osnovno zdravstvo Gorenjske, Katedra za družinsko medicino MF Ljubljana, Katedra za družinsko medicino MF Maribor, Zavod za razvoj družinske medicine, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske	<b>prijave, informacije:</b> najkasneje do 16. 10. 2011 na naslov: Jožica Krevh, Uprava Osnovnega zdravstva Gorenjske, Gosposvetska 9, 4000 Kranj, F: 04 20 26 718, T: 04 208 25 23, E: <a href="mailto:jozica.krevh@ozg-kranj.si">jozica.krevh@ozg-kranj.si</a> , informacije: Aleksander Stepanović, Gosposvetska cesta 10, 4000 Kranj, T: 04 208 22 60, E: <a href="mailto:aleksander.stepanovic1@guest.arnes.si">aleksander.stepanovic1@guest.arnes.si</a> in Janko Kersnik, Koroška 2, 4280 Kranjska Gora, T: 04 588 46 01, F: 04 588 46 10, E: <a href="mailto:janko.kersnik@ozg-kranj.si">janko.kersnik@ozg-kranj.si</a> , W: <a href="http://www.drmed.org">http://www.drmed.org</a>	

## 4.–5. ob 7.30 • SODOBNI POGLEDI NA MOŽGANSKO KAP

<b>kraj:</b> MARIBOR, Hotel Habakuk	<b>št. udeležencev:</b> 250	<b>kotizacija:</b> do 30. 9. 2011 50 EUR, po tem datumu 75 EUR	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> kongres z mednarodno udeležbo je namenjen nevrologom, zdravnikom družinske medicine, specializantom, sekundarijem in drugim, ki se ukvarjajo z bolniki z možgansko kapjo	<b>organizator:</b> Oddelek za nevrološke bolezni UKC Maribor, prim. prof. Erih Tetičkovič, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> Oddelek za nevrološke bolezni, UKC Maribor, Ljubljanska 5, pripis »kongres«, asist. Jožef Magdič, dr. med., asist. mag. Martin Rakuša, dr. med., T: 02 321 23 64, F: 02 33 12 393, E: <a href="mailto:kongres.maribor@gmail.com">kongres.maribor@gmail.com</a>	

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

<b>kraj:</b> KRANJSKA GORA, Hotel Lek	<b>št. udeležencev:</b> 25	<b>kotizacija:</b> 50 EUR, vključuje prehrano v hotelu, zbornik, potrdilo o udeležbi, opravljanje zaključnega izpita	<b>k. točke:</b> 20
<b>vsebina:</b> delavnica je namenjena predvsem zdravnikom splošne prakse, vabljeni tudi specialisti drugih strok, specializanti, sekundariji	<b>organizator:</b> Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo Golnik	<b>informacije, prijave:</b> Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, E: <a href="mailto:irena.dolhar@klinika-golnik.si">irena.dolhar@klinika-golnik.si</a>	

## 11.–12. ob 9.00 • SEEPEG 2

<b>kraj:</b> BLEED, Festivalna dvorana	<b>št. udeležencev:</b> ni omejeno	<b>kotizacija:</b> 350 EUR	<b>k. točke:</b> ***
<b>vsebina:</b> strokovno srečanje je namenjeno pediatrom, gastroenterologom, zdravnikom družinske medicine	<b>organizator:</b> Klinični oddelek za gastroenterologijo, hepatologijo in nutricionistiko, Pediatrična klinika, UKC, doc. dr. Rok Orel, dr. med.	<b>prijave, informacije:</b> prijave: Mojca Lah, Pot k sejmišču 30, 1000 Ljubljana, informacije: Mojca Lah, univ. dipl. ekon., T: 01 561 13 41, F: 01 561 13 42, E: <a href="mailto:info@seepeg.org">info@seepeg.org</a>	

NOVEMBER

## 16., 17., 22., 23., 24. • 12. TEČAJ IZ HOSPITALNE DIABETOLOGIJE podroben program na spletni strani zbornice

**kraj:** LJUBLJANA, »stara travmatologija«, Zaloška 2

**št. udeležencev:** 25

**kotizacija:** kotizacije ni

**k. točke:** \*\*\*

**vsebina:** podiplomski tečaj, sestavljen iz učnih delavnic, je namenjen specialistom interne medicine, specialistom

**organizator:** Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, UKC Ljubljana, Jelka Zaletel

**prijave, informacije:** prijave: od 1. 11. 2011 do zapolnitve mesta na E: [jelka.zaletel@kclj.si](mailto:jelka.zaletel@kclj.si), informacije: Jelka Zaletel, T: 01 522 39 90, E: [jelka.zaletel@kclj.si](mailto:jelka.zaletel@kclj.si)

## 25.–27. ob 13.00 • TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA

**kraj:** LJUBLJANA

**št. udeležencev:** 28

**kotizacija:** 490 EUR

**k. točke:** 12

**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](http://www.szum.si), E: [info@szum.si](mailto:info@szum.si), informacije: Monika Grünfeld, T: 041 607 402

DECEMBER

## 1.–3. 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](mailto:roman.kosir@siol.com), informacije: Roman Košir, T: 031 541 202

\*\*\* Zbornica nima podatka o številu kreditnih točk, ker organizator še ni podal ali sploh ne bo podal vloge za njihovo dodelitev.

### DELOVNA MESTA

#### Zobna ordinacija v Ljubljani

išče honorarno pomoč zobozdravnika. Možna kasnejša redna zaposlitev.

Dodatne informacije dobite po T: 041 751 781

#### Zdravstveni dom dr. Franca Ambrožiča Postojna

zaposli

#### zdravnika specialista pediatrije za delo v pediatrični ambulanti (m/ž)

Možna zaposlitev takoj po specialističnem izpitu.

Nudimo vam zelo ugodne pogoje za delo in možnost dodatnih ugodnosti po dogovoru.

Delovno razmerje se sklepa za nedoločen čas.

Pogoji dela:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca za delo,
- specialistični izpit.

Za informacije se lahko obrnete na direktorico zavoda, T: 05 700 04 00 ali E: [irena.vatovec@zd-po.si](mailto:irena.vatovec@zd-po.si).

Prijave z dokazili o izpolnjevanju objavljenih pogojev naj kandidati pošljejo v treh tednih po objavi na naslov: Zdravstveni dom dr. Franca Ambrožiča, Prečna ulica 2, 6230 Postojna.

#### BARSOS-MC

objavlja prosto delovno mesto **specialista medicine dela, prometa in športa (m/ž)**

za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Rok prijave: do zasedbe razpisane delovnega mesta.

Prijave na:

**Barsos-MC d.o.o.,  
Gregorčičeva 11,  
1000 Ljubljana.**

### MALI OGLASI

#### Maksimed d. o. o., Portorož

Nudimo vam NOVE ultrazvočne aparate visoke kakovosti, prenosne/stacionarne: že od 16.900 EUR + DDV največ do 30.900 EUR + DDV

Nadomestni aparati in servis zagotovljen.

Zastopnik CHISON za Slovenijo: Maksimed d. o. o., Portorož

W: [www.chison.com.cn](http://www.chison.com.cn)  
[www.maksimed.si](http://www.maksimed.si)

T: 05 640 02 33, GSM: 031 837 218





Uredništvu revije Isis  
Dunajska c. 162  
p.p. 439  
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 \_\_\_\_\_

### Mrtvaški ples (Hrastovlje)

*Andrej Rant*

Ob uri duhov  
iz temnih lesov  
skrivnostno skovikanje sov  
se oglašaja,  
enajst je odbila iz vaških zvonov,  
zbudijo se sence grobov,  
pričenja peklena maša ...  
Smrt svoje mrličice na plano pripelje,  
med grobnimi križi v krog jih zapelje;  
ko žive ni duše nikjer v bližini,  
mrtvaki zaplešejo rej v mesečini ...  
S koščeno jih roko za sabo povleče:  
otroke, očete, nevesto s poroke,  
berača in kmeta,  
trgovca, gostača,  
grofa in škofa,  
kralja, kraljico,  
meščana, devico,  
zdravnika, zvodnika,  
šaljivca in brivca,  
vse, vse za sabo jih vleče,  
z roko koščeno, zavita v kopreno!  
Berač v galopu malho izgubi,  
trgovec mošnjo izpusti,  
kraljici krona z glave se zvali  
in kralju žezlo iz rok zleti!  
Smrt, Smrt vsega jih sleče,  
v večno pozabo za sabo jih vleče,  
v silni vrtinec, hitreje, hitreje,  
v krogu brezčasnem vrti jih brez meje,  
reži se zlohotno  
in smeje in smeje ...

### Peščeno zrno

*Andrej Rant*

Prostrana puščavska je ravan,  
in luna sije iz višine,  
zbor zvezd po nebu posejan,  
mir božji lega na sipine ...

Ob sončnem vzhodu moli beduin.  
Vsak dan ponižno Bogu se zahvali  
za borno hrano in za vodo,  
za kamelo in za mir sredi sipin ...

A pride dan, ki ga pohlep vzbudi,  
dan, ko krivicam izstavi se račun,  
ko plane vse na plan,  
tedaj pripravlja se orkan!

Z verige so spuščeni bojni psi,  
Ares v norosti slepi podivja,  
otroke, žene, starce, vse počez mori  
in sproži plaz gorja ...

Krivica in prelita kri,  
to žge me in boli!  
Če bil bi Bog, bi vstal  
in krivce v srdu kaznoval!

A jaz sem le peščeno zrno,  
ki veter ga poljubno premetava;  
premajhno, nenevarno,  
če kdo se z zrni obmetava ...

Vendar v puščavi so sipine,  
milijoni zrn, ki jih srd porine  
in dvigne v boju za pravično stvar  
v vrtinec, veter in vihar!

### Moji otroci

*Andrej Rant*

Moji otroci so noski ploščati,  
nerodno me gledajo,  
malo mežikajo,  
z glavico postrani,  
vedno veseli in nasmejani ...

Nič se ne bojte zdravnika z očali,  
usta odprite in potpitate,  
da zobke pregleda vam z ogedalci,  
kje skriva črviček se  
v luknjici mali!

Še malo, še malo usta odprite  
in pripustite čebelo brečavo,  
da črva prežene kot za zabavo ...  
Še malo, še malo usta odprite!  
Moji otroci, noski ploščati,  
resnično, resnično, otroci ste zlati!

### Tujec v ambulanti

*Andrej Rant*

Potrkam. Neznana sestra mi odpre:  
»Počakajte,« in vrata spet zapre.  
Pogledam stole, mizo, okno,  
– čakalnica je kot nekoč;  
in čakam in razmišljam, predse zroč.  
Pacienti so odšli ...  
Pa moje sestre, tudi teh več ni,  
kolegov novih ne poznam –  
ostal sem čisto sam ...  
»Želite?« odpro se vrata ambulante.  
Pogledam hitro, vse je še tako, kot je bilo:  
stol, stroj, na mizi vidim instrumente  
in znani vonj posodice za medikamente.  
Kar takoj bi spet prijel za delo,  
v hipu me veselje je prevzelo!  
»Nič, nič, zašel sem semkaj po pomoti,«  
požrl slino sem in obračajoč zaključil:  
»Tu delal trideset sem let nekoč.«  
Minilo je kot mine dan in mine noč.

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

# Tadž Mahal

Franci Bečan

Ulice Agre so bile polne obtočenih riks, polne v barvite sarije odetih Indijk, polne stojnic z guavo, samoso, rotijem, masalo, polne umazanije, polne kričočih dečkov in mladih deklet z dojenčki na bokih, ki so prosjačile za denar in čokolado.

Skozi enega od peščenjakovih vhodov, kjer mi je debelušni brkati paznik zaplenil kamero, smo vstopili v prednje stebriščno dvorišče. Potem sem ga zagledal. Tadž Mahal. Osupljivo lep. Na pravokotnike razdeljeni vrt z osrednjo grobnico iz belega marmorja, s čebulasto kupolo, štirimi minareti in ploščadjo iz belega marmorja. Zgradbi spremljevalki, na zahodu mošeja, na vzhodu zbornica, obe iz rdečega peščenjaka, čaroben vodomet z dolgo ozko vodno kotanjo.

Bilo je pozno jutro in megla nad Agro se je razblinjala. Sončni žarki so sprva obotavljivo nato pa krepko osvetlili do tedaj v megleno tihoto ovito mogočno brezčasno stavbo na bregu Jamune. V dolgi vrsti smo tiho vstopali v osrednji paviljon, kjer smo za marmornim mrežnim kitičastim okrasjem videli oba kenotafa.

Tadž Mahal je v letih od 1631 do 1648 zgradil mogulski vladar šah Džahan svoji najljubši, ob porodu štirinajstega otroka umrli ženi. Imenoval jo je *mumtaz i mahal*, Izbranka palače.

Sedel sem na rdeči peščenjakovi ograji, Irena in Žiga sta se poi-gravala s fotografijo, in gledal. Sozvočje barv, zelena cipres in trat, modra vodnih kotanj, rdeča mošej iz peščenjaka, bela marmornega mavzoleja, minaretov in ploščadi, je bilo osupljivo in sanjavo in zdelo se mi je, da grobnica lebdi brez teže.

Profesorica slovenščine, starejša gospa strogega mežikavega pogleda, je vstopila v razred, ki je mahoma utihnil.

»Danes bomo pisali esej. Izberite si dan vaših zadnjih počitnic in se v njem predstavite. Moj dan je naslov eseja.«

Francek se je skozi okno zastrmel v bližnji zvonik. Pred nekaj dnevi je postal prvošolec te gimnazije, v mestu, kamor doslej skoraj ni zahajal. Sošolci so bili iz mesta, oblečeni v zadnji italijanski jeans, v pogovoru polni večernega dogajanja v mestu. V odmorih so se radi gnetli ob dekletu z dolgimi črnimi kitami. Preko poletja je igrala v mladinskem filmu, bila je lepa in prepoznavna. Francek se je prve dni raje družil z redkimi, ki so kot on prihajali iz okoliških vasi. Bili so skromneje oblečeni in podeželske govornice. Vozil se je z avtobusom, ki je prihajal z Gorenjske, od doma je imel dvajset minut hitre hoje, po bližnjici skozi gozd in preko potoka, do najbližje postaje.

Vzel je svoje staro nalivno pero in pisal. Pisal je, kako se prebujajo poletno jutro v njegovi vasi na obronkih polhograjskih gričev. Pisal je, kako ga prvo sonce najde na travniku ob gozdnem potoku, kjer z očetom kosi in grabi travo iz sence. Pisal je, kako vroče postane julijsko sonce na neskončnem travniku, kjer sušečo se travo obračajo in spravljajo v kopice. Pisal je, kako lep je večer, ko se dolge sence plazijo po poljih, ko se oglasijo črički in ljudje posedejo pod česnjno. Pisal je hitro in misli so prehitevale črke. Ura je minevala, razmišljal je o stavku za zaključek.

»Gospa profesor, ali naj pišem Tadž Mahal v indijskem ali angleškem jeziku,« je slišal vprašati sošolko z dolgimi črnimi kitami.



Tadž Mahal, jutro.

## ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

Francka je grenko stisnilo v prsih, zašumelo mu je v glavi, imel je občutek, da mu je duša gola in prazna. Dolgo je pisal zadnji stavek, nato je hitro oddal, profesorica mu je prijazno pokimala, in se umaknil.

Rdečo trdnjavo, mogočno utrdbo iz rdečega peščenjaka ob reki Jamuni je zgradil mogulski vladar Akbar, dograjevala sta jo šah Džahan in Aurangzeb. Vsiljivi črnolasi skuštrani dečki so nas pričakali že pred masivnim dvojnimi obzidjem s stolpi. Po vzpenjajoči se poti iz rdečih tlakovcev smo prišli do palač v osrčju trdnjave. Stebri v dvorani za javne sprejeme so bili postavljeni tako, da se je vladarjev prestol videl že ob vhodu. Dvorana za zasebne sprejeme je bila marmorni paviljon z veliko teraso in s prestolom iz črnega marmorja. Vladarjeva palača s stropom iz izklesanega belega marmorja je gledala na teraso z bazenom in na vrt. Iz osmerokotnega stolpa z odprtim paviljonom je bil preko reke Jamune čudovit razgled na Tadž Mahal, ki se je sončil v poznopopoldanskih žarkih.

»Mami, oči, tole bo svetovna fotka,« naju je Žiga postavil pred rožni marmorni mozaik z Jamuno in mavzolejem v ozadju.

»Šah Džahan se je leta 1627 z umorom povzpел na prestol,« sem poslušal lepo indijsko vodičko v bližini.« Da si je zagotovil oblast, je umoril vse bližnje moške sorodnike. Njega je že bolnega leta 1658 strmoglavil njegov sin Aurangzeb in ga zaprl v ta stolp. Izpolnil mu je le eno željo, do smrti leta 1666 je smel iz rdeče trdnjave gledati Tadž Mahal, belo bleščče se dokaz njegove velike ljubezni.«

Tistega jutra je Francek s tesnobo vstopil v razred, že prvo uro je pričakoval vrnjene eseje. Le zakaj ni pisal o nedeljskem izletu z vlakom v Opatijo, si je očitil. Ali pa o julijskem vzponu na Jalovec, ko jih je

v steni nad Koritnico ujelo neurje. Sošolci so pisali o potovanjih, o Indiji, o svetu. Brala bo le profesorica, se je v mislih tolažil, vsaj ne bo posmeha sošolcev.

Profesorica je vstopila in razred je utihnil. Razložila je najpogostejše slovnične napake, predstavila je svoje vtise o prebranem. Nato je pogledala po razredu.

»En esej bom prebrala.«

Že po prvem stavku je Francek vedel, da je esej njegov. Dlani so se mu oznojile in srce mu je divje razbijalo. »Ljubi bog, kaj sem ti hudega storil,« se je v tiski spraševal. Brala je gladko in pojoče, kot bi brala nedeljsko berilo. V razredu je nastala tišina. Znani stavki, znane misli, njemu ljuba podredja in primere.

»In moje sanje. Morda me življenje nekoč pripelje v Indijo in vidim Tadž Mahal, simbol nesmrtnosti ljubezni, ki v beli marmorni popolnosti blešči na bregu Jamune,« je profesorica zaključila. Počasi je zazrla po razredu in se s spodbudnim pogledom ustavila na Francku.

»To je napisal vaš sošolec in to je najboljši esej.«

Francek je začutil na sebi trideset parov oči, slišal je odobravalno mrmranje sošolcev. Sosed v klopi ga je potrepal po rami. V zadregu je v rokah vrtil staro nalivno pero in se nasmehnil. Misli so mu neumno begale in bil je utrujen.

V odmoru se mu je približalo dekle z dolgimi črnimi kitami.

»Klara sem. Igrala sem v filmu, ne znam pa pisati tako lepo kot ti. Mi boš dal esej, da ga prepisem. Veš, tudi jaz sem moj esej zaključila z željo, da nekoč vidim Tadž Mahal.«



Tadž Mahal, na ploščadi pred mavzolejem s kenotafi.

# Ali so pred Zakonom o izvajanju zdravstvene dejavnosti res vsi državljani Republike Slovenije enakovredni?

*Martin Bigec*

Berem iztočnice, ki jih je pripravilo Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije o izhodiščih za reformo zdravstvenega sistema in razmišljam iz jedra ruralnega področja, vendar ne iz močvirja.

*Veljavni zakon razvršča zdravstveno dejavnost glede na njeno zahtevnost in potrebno dostopnost na tri ravni, in sicer na primarno (osnovno zdravstveno in lekarniško), ki je najbolj približana prebivalstvu in njegovim temeljnim zdravstvenim potrebam, sekundarno, ki zagotavlja tehnološko in organizacijsko zahtevnejše načine zdravljenja vključno s hospitalizacijo, in terciarno, ki jo zakon opredeljuje kot najzahtevnejše ambulantno in bolnišnično zdravljenje, oblikovanje kliničnih smernic, stopenjske diagnostike in zdravljenja in njihovo posredovanje drugim bolnišničarjem ter izvajanje podiplomskega izobraževanja zdravstvenih delavcev in sodelavcev.*

Priložnost imam doživeti vse tri oblike zdravstvenega varstva skozi oči zdravnika. Res je, da so v ospredju izvajanja reforme zdravstvenega sistema potrebe in pravice ljudi, vendar brez tvornega sodelovanja z izvajalci zdravstvenih storitev, predvsem z zdravniki, ne more nastati noben nov zakon, ki bi bil narejen po meri zahtev moderne medicinske stroke, spremenjenih pogojev življenja in potreb ljudi ter zmožnosti države, da sistem tudi vzdržuje, kadrovske, organizacijske in finančno.

Za razmišljanje se spomnim primera zdravnice, ki je z vsem srcem prevzela delo v večjem kraju sredi Pohorja. Resnično si je prizadevala organizirati delo po sodobnih smernicah in doktrini ter ga izvajati tako, da bodo na eni strani zadovoljni ljudje, na drugi strani pa tudi sama kot zdravnica, da uresničuje svoje poslanstvo, zaradi katerega se je odločila za poklic zdravnice, torej po najboljših močeh pomagati ljudem, spoprijeti se z njihovimi težavami in boleznimi. Že po krajšem času svojega delovanja je prišla do spoznanja, da v takšnih pogojih dela, s tolikšnim številom pacientov preprosto tega dela ne more izvajati tako, da bi imela

mirno vest in zadoščenje, da je lahko storila vse, pa čeprav z veliko mero odpovedovanja in angažirano-stjo. Nad njo namreč kot Demoklejev meč leži pritisk normativov, ki zahtevajo določeno število opravljenih storitev, na drugi strani strokovne smernice za obravnavo posameznih bolezenskih stanj, ki morajo biti izvedene, sicer ji grozi strokovni nadzor, nezadovoljstvo bolnikov, da si ne upam razmišljati še dlje, in na tretji strani njen občutek zadovoljstva ob opravljanju poklica, odrekanju družini in skrbi za kakovosten in zdrav življenjski slog. Ne gre za ugodno ali lagodno življenje zdravnika, v tem primeru zdravnice, gre za sistem, ki ji ne omogoča opravljanja svojega poklica tako, da bi bili v njem vsi kolikor toliko zadovoljni, ne samo pacienti.

Naiven politik zdravstvenega sistema bi razmišljal preprosto: plačajmo ji nekoliko več, s tem, ko bo bolje nagrajena, bo tudi bolj motivirana in bo lahko opravljala svoje delo. Ni res, s tem bi se ji naložila samo dodatna odgovornost, češ, za boljše plačilo moraš



sedaj pač več napraviti! Ne gre samo za opravljanje kolicnikov in točk ter izpolnjevanje obrazcev za smernice in preventivnih kartonov! Gre za občutek zdravnika, ali je opravil vse, kar od njega zahteva stroka, pričakuje bolnik, in je ob tem lahko zadovoljen in se po službi v miru vrne k svoji družini.

*Vse od leta 1992 kljub večkratnim poskusom ni bilo uresničeno, tako da so se zmogljivosti javne zdravstvene dejavnosti razvijale brez načrtnega usmerjanja in brez ustreznih strokovnih in materialnih podlag, ki bi temeljile na potrebah prebivalstva ter načelih racionalnosti in ekonomske opravičljivosti njihovega ustanavljanja in delovanja. Pomanjkanje meril za določitev mreže in mreže same je ena od največjih pomanjkljivosti razvoja zdravstvene dejavnosti v vseh letih od osamosvojitve Republike Slovenije. To je namreč omogočalo širitev dejavnosti in zmogljivosti, pa tudi podeljevanje koncesij brez strokovno podprtih kriterijev in usmeritev ter bolj po interesih posameznikov ali skupin izvajalcev zdravstvene dejavnosti kot pa načrtno. Ob tem so se ohranjale nekatere zmogljivosti, ki niso več nujno potrebne in bi se lahko preusmerile v druge naloge, drugje pa je prihajalo do zaostajanja v razvoju.*

*Slednje še zlasti velja za osnovno zdravstveno dejavnost, ki je na določenih območjih kadrovsko močno osiromašena in zaradi tega ne more zagotavljati prebivalstvu celovite obravnave, predvidene za to raven. Posledice so v premajhnem obsegu izvajanja preventivne in aktivnosti krepitve zdravja, na nekaterih območjih pa tudi slaba dostopnost do storitev primarne ravni zdravstvene dejavnosti.*

Sedanja, obstoječa in še vedno aktualna mreža zdravstvenega sistema ni nastala čez noč in ni nastala z dekretom oziroma s katerokoli reformo. Nastajala je iz potreb ljudi, stroke in z zmožnostjo družbe. Nastajala je počasi, tekom desetletja z mnogimi napori in odrekami. Velikokrat se je razvijala prav s pomočjo tistih, ki so jo najbolj potrebovali, to je s pomočjo lokalnih skupnosti, krajevnih skupnosti, občin. Ljudje so svoje potrebe zadovoljevali s pomočjo solidarnosti oziroma v obliki samoprispevkov. Kakšna mera kolektivne zavesti in osveščenosti je obstajala, da so prebivalci razumeli stroko, ji zaupali in se odpovedali delu svojega zaslužka za to, da so zgradili nov zdravstveni dom! Velikokrat so se tudi določena dela izvajala udarniško oziroma prostovoljno z enim samim ciljem: da nam bo bolje, da bomo živeli bolj varno, ko bomo imeli novo reševalno postajo, in da bi bili bolj zdravi. Ali bi lahko danes katerakoli stranka izpeljala referendum za samoprispevek za izgradnjo česarkoli? Novega mostu ali telovadnice ali novega laboratorija v zdravstvenem domu? In komu so ljudje najbolj zaupali? Prepričan sem, da nam, zdravstvenemu kadru, ki smo jih

prepričevali, kje so tiste potrebe, kaj potrebujemo in zakaj bo po takšni kolektivni akciji sistem boljši in kaj bo to pomenilo za njih in njihove potomce? V razgradnji vseh moralnih vrednot v sedanji družbi je razgradnja zaupanja v zdravnika in njegovo poslanstvo ena od največjih tragedij današnjega časa. Najbolj nesrečni pa so ljudje, ki preprosto ne morejo več v nikogar verjeti in mu zaupati, saj bi se ob tem počutili varne in zadovoljne.

Kakšni so konkretni pomisleki ob izhodiščih za zdravstveno reformo? Kakovost dela ni določena samo z obsegom dela in plačilom zanj, pač pa tudi s pogoji, v katerih zdravnik lahko opravlja svoje poslanstvo. Na lastni koži sem spoznal razliko opravljanja poklica v ruralnem in mestnem okolju. Mestno okolje nudi veliko stopnjo varnosti in večjega zadovoljstva pri opravljanju dela, kot je to v ruralnem okolju. Konkretno, pri izvajanju hišnih obiskov je ne samo lažja dostopnost tista, ki omogoča optimalno obiskovanje bolnikov na njihovem domu, pač pa tudi gostota naseljenosti, saj lahko na primer v eni stolpnici ali stanovanjski soseski zdravnik obišče več bolnikov hkrati, ko bo za to v ruralnem okolju potreboval bistveno več časa, in to zgolj za enega bolnika. Da ne omenim izvajanje nujne medicinske pomoči, saj oddaljenost bolnika, še bolj pa težka dostopnost, ne samo ponoči in v snegu, praktično odreže določeno število bolnikov od možnosti zadovoljivega nudenja pomoči. Za to mora imeti zdravnik veliko podporo med ljudmi, predvsem v izvajanju prve pomoči, da ob njegovem prihodu ne bo že vse zamujeno. Težka dostopnost onemogoča tudi skladno obravnavo kroničnih bolnikov s sodobnimi smernicami vodenja bolezni, saj je sodelovanje bolnikov v tem procesu bistveno manjše, kot je v urbanih okoljih, pa ne zaradi slabe motiviranosti in osveščenosti, pač pa zaradi zaposlenosti na kmetiji, oddaljenosti kraja bivanja, življenja v osami in slabih možnosti prevoza. Kronična obolenja so v porastu, življenjska doba se daljša, nalagajo se nove obveznosti iz sodobnih doktrin medicinske obravnave bolnikov, recimo zgodnje odpuščanje iz bolnišnic in nadaljevanje zdravljenja na domu.

Ob enakih normativih, ob slabših pogojih izvajanja dejavnosti, enakem sistemu plačila in ob novih obveznostih, ki jih nalaga stroka in spremenjena struktura prebivalstva: kdo od mladih zdravnikov bo z veseljem načrtoval svojo kariero v takšnem sistemu? Menim, da nobena reforma, ki bo spisana v pisarni v Ljubljani, ne bo živela (bo sicer sprejeta zaradi političnih razlogov), ne bo v skladu z izvajalci (nosilci) njenega izvajanja in potrebami ljudi ter zahtevnostjo okolij, v katerih ti ljudje živijo.

## The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

The Isis Journal is issued on the first day of each month. The annual subscription for non-members is 49,20 EUR. A single issue costs 4,10 EUR. The tax is included in price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles. Printed 8600 copies. Postage for the Journal Isis paid at the 1102 Ljubljana post office.

The name of the journal is by the Isis, an Egyptian goddess, of all the gods and goddesses. The legend describes her as both the sister and the wife of Osiris, the first king in history. Isis had healing powers. She could also give new life into the body with her wings. According to the legend, her power extended all over the world. Each person is a drop of her blood. She was considered as the founder of medicine. A detail on a granite sarcophagus of Ramses III from the XX<sup>th</sup> dynasty shows her as a symbolic picture. This image and her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people, the drops of blood from the goddess Isis.

### The President of the Medical Chamber

Prim. **Gordana Kalan Živčec**, M. D.

[gordana.kalan-zivcec@zzs-mcs.si](mailto:gordana.kalan-zivcec@zzs-mcs.si)

### The vice-presidents of the Medical Chamber

Prof. **Mitja Košnik**, M. D., Ph. D.

**Sabina Markoli**, D. M. D.

### The President of the Assembly

**Uršula Salobir Gajšek**, M. D.

### The vice-president of the Assembly

**Diana Terlevič Dabič**, D. M. D.

## Executive board of the Medical Chamber of Slovenia

### The president of the Educational council

Prof. **Matija Horvat**, M. D., Ph. D.

### The president of the Professional medical committee

Prof. **Radovan Hojs**, M. D., Ph. D.

### The president of the Primary health care committee

Assist. **Antonija Poplas Susič**, M. D., Ph. D.

### The president of the Hospital health care committee

Prof. **Mitja Košnik**, M. D., Ph. D.

### The president of the Dentistry health care committee

**Sabina Markoli**, D. M. D.

### The president of the Legal-ethical committee

Prim. assist. **Danica Rotar Pavlič**, M. D., Ph. D.

### The president of the Social-economic committee

**Jana Wahl**, M. D., M. Sc.

### The president of the Private practice committee

Prim. assist. **Dean Klančič**, M. D.

### Public Relations Department

**Valentin Hajdinjak**, B. Sc.

### Legal and General Affairs Department

**Vesna Habe Pranjč**, L. L. B.

### Finance and Accounting Department

**Jožica Osolnik**, Econ.

### Health Economics, Planning and Analysis Department

**Nika Sokolič**, B. Sc. Econ.

### Head of CME/CPD Activities

**Mojca Vrečar**, M. B. A.

### Head of Postgraduate Medical Training,

### Licensing and Registry Department

**Tina Šavec**, L. L. B.



## Tasks

The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists. Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.

The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:

Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.

Maintaining a register of members and issuing membership cards.

Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.

Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.

Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.

Organising professional seminars, meetings and other types of professional medical development.

The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia.

Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.

Determining doctors' fees and

## The Medical Chamber Of Slovenia

Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province. The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

participating in agreeing the prices of health care services.

Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.

Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional' salaries.

Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.

Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.

Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.

Assisting members to find suitable locums during their absence.

Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.

Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.

Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.

Monitoring alternative methods of treatment.

Detering prohibited and unacceptable medical practices.

Providing a free permanent consulting service to members.

Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.