

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.**

Ali nam je mar za našo varno prihodnost?

Mitja Košnik

Le komu je zbornica namenjena...

Zdravniki imamo o naši varnosti kar dobro mnenje. Mislim na varnost naše zaposlitve, na varnost naše zdravstvene obravnave, če zbolimo, in dolgoročno tudi na varnost našega ugleda. Prepričani smo, da je naš poklic v družbi potreben in cenjen, da smo zdravniki in zobozdravniki zaželeni, da smo med sabo solidarni, da naš zdravstveni sistem deluje stabilno in varno. Nič kaj se ne poglobimo ali ne razmišljamo, ali je to dejansko res, ali je to kar samo po sebi umevno, ali je to že kar od nekdanj, ali se je morda za to kdo nekoč zavzel in potrudil, ali kdo sedaj to vzdržuje.

Zdravniška zbornica Slovenije štiti in zastopa poklicne, socialne in ekonomske interese članov, skrbi za ugled in čast zdravniškega poklica ter izpolnjevanje zdravniških dolžnosti. Pod okriljem zbornice zdravniki samostojno skrbimo za avtonomnost svojega poklica. Obveznost članstva v zbornici nam daje podlago za to samoregulacijo. To pomeni, da sami skrbimo za nadzor nad strokovnostjo našega dela, da kolegi zdravniki in zobozdravniki skrbijo za vzdrževanje lastne strokovnosti, da sami skrbimo, da se med zdravništvom ne pojavijo zdravniki in zobozdravniki iz držav, kjer je izobraževanje zdravnikov podpovprečno ali slabo, ali celo, da se v zdravstvenem sistemu ne pojavijo lažni zdravniki oziroma zobozdravniki.

Zdravniška zbornica je močna blagovna znamka. Mnogi bi želeli oslabiti moč zbornice. S sladkimi besedami o pluralizmu in možnosti izbire članstvo napeljujejo k idejam o ustanovitvi več zbornic, o prostovoljnem članstvu. Učinkovita strategija diktatorjev starega Rima. *Divide et impera*. Računajo na kratkoviden pohlep zdravnikov: prihraniti letno članarino. Odprimo svoje oči! Letna članarina je finančna cena, ki jo zdravniki plačujemo za svojo avtonomijo in za pravico do samoregulacije. Si upamo pomisliti, kakšna je alternativa? Da Zdravniška zbornica postane le cehovska

organizacija, društvo z le simbolno vlogo. O za zdravnike pomembnih stvareh, kot so specializacije, standardi in normativi zdravniškega dela, strokovni nadzor nad našim delom, registracija v državi, pa bi se odločalo v političnih ali vsaj povsem birokratskih strukturah.

Res je, da imamo zdravniki v družbi določeno moč že zaradi našega znanja, premalo pa se zavedamo, da je ključni vzvod vpliva zbornica, in sicer zaradi aktivnega in prizadevnega dela velike skupine kolegov, ki se zavzemamo za skupne – zobo-/zdravniške cilje. Nekateri bi se želeli polastiti moči, ki jo v družbi predstavlja zbornica. Nekateri iz želje po oblasti, drugi iz želje po vplivu, tretji iz želje po denarju, četrti morda iz zamere do katerega od kolegov. Seveda, če molčeča večina dovoli, da se ji to zgodi. Da se osebni interesi postavijo pred stanovske cilje. Jim bomo to omogočili s svojo nedejavnostjo?

Zakaj smo lahko zadovoljni, da živimo v civilizaciji, ki si je za standard postavila demokracijo? Ker je



demokracija edini sistem, v katerem si lahko večina »podredi« manjšino. Alternativa so diktatura, avtokracija, oligarhija. V teh sistemih si posameznik ali manjšina podredi večino. Ključno orodje demokracije so volitve. Na volitvah večina lahko pove, kako želi živeti v prihodnje. Seveda, če večina pride na volitve. Če večina ne pride na volitve, potem se mora zadovoljiti s tem, da bo služila interesom posameznih interesnih združenj, mogoče celo samo glasnih posameznikov. Kolegi, si tega želite? Še pomnite, tovariši, lepe besede tistih, ki so nam obljubljali, da nas bodo obvarovali pred notranjim sovražnikom?

Zakaj je družina osnovna celica družbe?

Spomnimo se najstniških let. Ves svet smo imeli pred seboj, vse je bilo videti tako vabljivo in na doseg roke. Ampak družina nam je stalno postavljala neke omejitve, držati smo se morali norm, pravil, bontona, upoštevati smo morali tudi interese drugih. Ko pa smo malo bolj umirjene glave pogledali na družino, smo spoznali, da nam edino družina nudi brezmejno in brezpogojno varnost vedno, kadar smo v stiski, težavah. Zato jo imamo radi in jo tudi spoštujemo.

Poglejmo na Zdravniško zbornico kot na družino, ki te sicer omejuje, hkrati pa ti v stiski nudi brezmejno in brezpogojno varnost. Spomnimo se. Še pred 15 leti so bili številni mladi zdravniki brez zaposlitve, brez specializacije. Danes s pomočjo zbornice samostojno odločajo o svoji poklicni usodi. Pritiski na zdravnike so manjši, ker jih blaži zbornica. Posameznik v stiski se ima na koga obrniti po pomoč. Zbornica uspešno kljubuje tudi nemoralnim pritiskom in ima jasno začrtano razvojno

pot v službi svojih članov. Koliko spoštovanja si je s tem pridobila?

In še na nekaj pomislimo. Nekateri smo že, nekateri pa še boste postali uporabniki zdravstvenih storitev in zdravstvene obravnave. Takrat nam bo veliko lažje, če bomo vedeli, da imamo sistem, ki skrbi za vrhunsko kakovost in varnost zdravstvenih storitev. Tudi to je naša skupna skrb in odgovornost.

O željah in pričakovanjih

Tisto, kar nas mora skrbeti, je dejstvo, da se zdravniki bolj malo identificiramo s svojo stanovsko organizacijo. Doživljamo jo kot organizacijo, ki nam včasih vzame nekaj časa, ker moramo urejati kakšne formalnosti, na primer zaprositi za specializacijo, sporočati udeležbo na stalnem strokovnem izobraževanju, vsakih nekaj let prestati redni strokovni nadzor. In ji za to vrh vsega celo plačevati članarino. Dokler imamo občutek, da zdravstveni sistem deluje, dokler imamo delo in redne plače, dokler je potreba po našem delu nedvoumno izražena, toliko časa menimo, da se to dogaja samo od sebe in da je to od zmeraj in da bo tako tudi ostalo. Značilno razmišljanje za slovensko kulturo.

Naj je zbornica krivec za neizpolnjene želje zdravnikov in zobozdravnikov, ali je zbornica orodje za izpolnitev pričakovanj zdravnikov in zobozdravnikov? Se kdaj vprašamo: »Kdo naj izpolni moja pričakovanja glede moje vloge v družbi? Zbornica ali jaz ob podpori zbornice?« Zbornica ima tak cilj, potrebuje pa voljo, znanje in aktivnost svojih članov. Rešite, s katerimi bi bili mi zadovoljni, ne bo namesto nas iskal in uveljavil nihče. Lahko pa jih skupaj.

E-naslov: mitja.kosnik@klinika-golnik.si

Ponovno pripravljamo ugodnosti za člane Zdravniške zbornice Slovenije

V razvitih državah podjetja z dodatnim pokojninskim zavarovanjem pomembno prispevajo k boljšim pokojninam svojih zaposlenih. Zdravniška zbornica Slovenije si po zgledu razvitih zbornic v EU prizadeva za svoje člane organizirati dodatno pokojninsko zavarovanje.

Ker slovenska zakonodaja ne omogoča, da bi to organizirali sami, smo poiskali kakovostnega slovenskega partnerja, ki ima že izkazane dobre rezultate. Skupina uglednih gospodarskih družb se je leta 2001 odločila, da v medsebojnem partnerstvu ustanovi Pokojninsko družbo A, d.d., ter poskrbi za boljše pokojnino svojih zaposlenih. Lastništvo družbe je razpršeno. Ker družba ni ustanovljena z namenom ustvarjanja dobička lastnikom in je organizirana za zavarovanje velikih skupin zavarovancev, nudi zelo ugodne pogoje zavarovanja in večjo varnost pokojnin. V Pokojninski družbi A je zavarovanih preko

40.000 zaposlenih Leka, Petrola, Mercatorja, ACH, SKB banke in drugih uspešnih družb. Sredstva zavarovancev znašajo 190 milijonov EUR. Tudi v sedanjem obdobju finančne krize so bili zavarovanci Pokojninske družbe A v vseh letih deležni pozitivnega donosa.

Zbornica želi svojim članom zagotoviti najmanj takšno **pokojninsko** varnost, kot jo nudijo ta ugledna podjetja svojim zaposlenim. O rezultatih pogajanj in usklajevanj vas bomo redno obveščali in vam še v tem letu zagotovili možnost za sklenitev takšnega zavarovanja, in sicer najmanj v obsegu davčnih olajšav, ki jih lahko preusmerite v investiranje v lastno pokojnino.

Prim. Gordana Kalan Živčec in mag. Peter Filipič (predsednik uprave Pokojninske družbe A)

Impressum

LETO XXI., ŠT. 8-9, 1. avgust 2012
natisnjeno 9000 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@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

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

prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.
E: alozj.ihan@mcf.uni-lj.si
T: 01/543 74 93

TEHNIČNA UREDNICA, LEKTORICA / EDITOR, REVISION

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

UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI / EDITORIAL BOARD AND JOURNALISTS

prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med.
izr. prof. dr. Vojko Flis, dr. med.
prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med.
prof. dr. Anton Grad, dr. med.
prim. asist. Jana Govc Eržen, dr. med.
prof. dr. Boris Klun, dr. med.
akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.
prof. dr. Črt Marincek, 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

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,
pripisite polni naslov stalnega bivališča,
davčno številko, davčno izpostavo,
popolno številko transakcijskega računa
in ime banke.

Poročila s strokovnih srečanj

Dolžina prispevka je omejena na največ
10.000 znakov (šteje brez presledkov).
Priložite lahko eno fotografijo, v tem
primeru ima prispevek lahko največ
9000 znakov. Če gre za srečanja z med-
narodno udeležbo, mora poročilo vse-
bovati 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

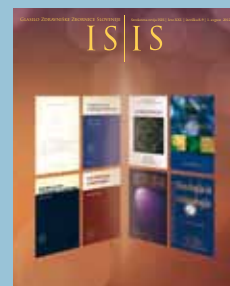
Letna naročnina za nečlane (naroč-
nike) je 49,20 EUR, če je prejemnik
glasila v tujini, se dodatno zaračunajo
stroški poštnine po veljavnem ceniku
Pošte Slovenije. Posamezna številka za
nečlane stane 4,47 EUR, 8,5-odstotni
davek na dodano vrednost je vračunan v
ceni. Poštnina je plačana pri pošti 1102
Ljubljana.

ISIS

Sodelovali

Franci Bečan, dr. med., ZD Kranj
• Prim. Jasna Čuk Rupnik, dr.
med., ZD Logatec • Vesna Fabjan
Vodušek, dr. med., Univerzitetni
klinični center Ljubljana,
Ginekološka klinika • Izr. prof. dr.
Vojko Flis, dr. med., Univerzitetni
klinični center Maribor • Prof.
dr. Ksenija Geršak, dr. med.,
Univerzitetni klinični center
Ljubljana, Ginekološka klinika •
Tatjana Harlander, dr. med., ZZV
Novo mesto • Prof. dr. Alojz Ihan, dr.
med., Zdravniška zbornica Slovenije
• Mag. Željko B. Jakelič, dr. dent.
med., Zasebna ordinacija Jakelič,
Jesenice • Dr. Marjetka Jelenc, dr.
med., Inštitut za varovanje zdravja RS
• Prim. Gordana Kalan Živčec, dr.
med., Zdravniška zbornica Slovenije
• Alan Kelher, Ljubljana • Asist.
dr. Zalika Klemenc Ketiš, dr. med.,
Katedra za družinsko medicino MF
Maribor • Prof. dr. Boris Klun, dr.
med., Ljubljana • Doc. dr. Tomaž
Kocjan, dr. med., Univerzitetni
klinični center Ljubljana, Interna
klinika • Akad. prof. dr. Marjan
Kordaš, dr. med., Ljubljana • Izr.
prof. dr. Mitja Košnik, dr. med.,
višji svetnik, Zdravniška zbornica
Slovenije • Doc. dr. Pavle Košorok,
dr. med., Iatros – dr. Košorok, d. o.
o. • Asist. mag. Veronika Križan
Hergouth, dr. med., Medicinska
fakulteta Univerze v Ljubljani •
France Malešič, dr. med., Kamnik •
Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana
• Prof. dr. Helena Meden, dr.
med., Univerzitetni klinični center
Ljubljana, Ginekološka klinika •
Medicinska fakulteta Univerze v
Ljubljani • Prim. Gorazd Vojteh
Mrevlje, dr. med., Psihiatrična
klinika Ljubljana • Asist. dr. Faris
Mujezinović, dr. med., Univerzitetni

klinični center Maribor • Dušan
Novak, prof. biol., Zavod za
zdravstveno varstvo Maribor •
Doc. dr. Irena Oblak, dr. med.,
Onkološki inštitut Ljubljana • Doc.
dr. Marija Petek Šter, dr. med., ZD
Trebne • Prof. dr. Danijel Petrovič,
dr. med., Medicinska fakulteta
Univerze v Ljubljani • Asist. mag.
Teodor Pevec, dr. med., SB dr.
Jožeta Potrča Ptuj • Prof. dr. Marija
Pfeifer, dr. med., Univerzitetni
klinični center Ljubljana, Interna
klinika • Prof. dr. Bojana Pinter, dr.
med., Univerzitetni klinični center
Ljubljana, Ginekološka klinika •
Prof. dr. Mara Popović, dr. med.,
Medicinska fakulteta Univerze v
Ljubljani • Julija Pukl Batistič, dr.
med., Univerzitetni klinični center
Maribor • Prof. dr. Tomaž Rott,
dr. med., Ljubljana • Ljudmila
Sarjanović, dr. med., Zavod za
zdravstveno varstvo Nova Gorica
• Marija Seljak, dr. med., Inštitut
za varovanje zdravja RS • Zoran
Simonović, dr. med., Zavod za
zdravstveno varstvo Maribor • Mag.
Iztok Štrumbelj, dr. med., Zavod za
zdravstveno varstvo Murska Sobota
• Prof. dr. Igor Švab, dr. med.,
Medicinska fakulteta Univerze v
Ljubljani • Asist. Andreja Tekauc
Golob, dr. med., Univerzitetni
klinični center Maribor • Vesna
Tomc Lamut, Koper • Prim. dr.
Alenka Trop Skaza, dr. med.,
Zavod za zdravstveno varstvo Celje
• Lucija Vrabčič Dežman, dr. med.,
ZD Kranj • Saša Zupanič, Inštitut
za varovanje zdravja RS • Prof. dr.
Zvonka Zupanič Slavec, dr. med.,
Medicinska fakulteta Univerze v
Ljubljani, Inštitut za zgodovino
medicine



Avtor logotipa: Primož Kalan
Oblikovanje naslovnice: Andrej Schulz

Kazalo

■ UVODNIK

Ali nam je mar za našo varno prihodnost? 3
Mitja Košnik

■ ZBORNICA

Seminarji in delavnice za člane
Zdravniške zbornice Slovenije 8
Razpored seminarjev in prijave 11
Seminar »Ne jemlji osebno« 12

■ PERSONALIA

Opravljeni specialistični izpiti 13

■ IZ EVROPE

Zdravilni stroj 14
Akutno: 27 ur 14
Dunaj: prepir za denar za obdukcije 14
Reforma plač v Vorarlbergu: Konkurenca s strani sosedov 15
Kako dolgo še? 15
Nov začetek ne brez zdravnikov 16
Izlet v glavno mesto kulture 16
O obvarovanju ter spreminjanju 17
Zdravstvene zavarovalnice
(*Krankenkassen*): 291 mio. EUR presežka 17
Smrtni primeri med nosečnostjo
prepolovljeni po vsem svetu 17
Klinično raziskovanje: Avstrija pri vrhu 18
V roki ali na spletu 18
Boris Klun
Opremljenost ambulant družinske medicine 19
Boris Klun

■ ZDRAVSTVO

Tečaj za učitelje v družinski medicini na Portugalskem 20
Marija Petek Šter, Zalika Klemenc Ketiš
Začenja se Joint Action EUnetHTA 2 20
Marjetka Jelenc, Gordana Kalan Živčec

Revija Zdravstveno varstvo, ki jo izdaja
Inštitut za varovanje zdravja Republike
Slovenije, ima v letu 2011 faktor vpliva 0,452 22
Igor Švab, Marija Seljak, Saša Zupanič

Prof. Rades je postal častni član
Združenja za radioterapijo in onkologijo SZD 22
Irena Oblak

■ FORUM

Odgovornost in krivda v medicini 24
Alojz Iban
Zakaj ugaša projekt izvajanja protetične ortopedske
dejavnosti v Splošni bolnišnici dr. J. Potrča Ptuj 29
Teodor Pevec
Nesramno dobro plačilo 31
Jasna Čuk Rupnik
Zemlja je še vedno okrogla, mar ne? In tudi vrti se... 32
Gordana Kalan Živčec

■ INTERVJU

O zdravstveni reformi – z ministrom 34
Alojz Iban
Prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med., višji svetnik 37
Alojz Iban
Skromno, a bogato življenje s. Miriam, misijonarke
in zdravnice pulmologinje r. Frančiške Praprotnik 41
Vesna Tomc Lamut, Zvonka Zupanič Slavec

■ IZ ZGODOVINE MEDICINE

Šentpeterska kasarna v Ljubljani 45
Zvonka Zupanič Slavec
Nevropatologija na Slovenskem in v svetu 52
Mara Popović
Semmelweisov muzej medicine in farmacije 54
Alan Kelher

■ ZANIMIVO

Zdravnika Josip Tičar in Jernej Demšar pred 100 leti
ustanovila slovensko gorsko reševalno službo (1912–2012) 59
France Malešič, Zvonka Zupanič Slavec

Življenje v bolnišnici skozi oči slikarja 63
Pripravila Zvonka Zupanič Slavec

MEDICINA

Histologija in embriologija 64
Danijel Petrovič

Zmote in resnice o bioidentičnih hormonih 66
Lucija Vrabič Dežman, Helena Meden, Ksenija Geršak, Marija Pfeifer, Tomaž Kocjan, Bojana Pinter

Občutljivost izbranih bakterij za fosfomicin - podatki za slovenske izolate iz seča v letu 2012 69
Iztok Štrumbelj, Tatjana Harlander, Veronika Križan Hergouth, Dušan Novak, Ljudmila Sarjanovič

Mednarodna učna delavnica iz diagnostične in operativne histeroskopije v Mariboru 70
Julija Pukl Batistič

Vloga angiogenih dejavnikov pri preeklampsiji 71
Faris Mujezinović, Vesna Fabjan Vodusek

4. regionalno srečanje Academy of Breastfeeding Medicine za zdravnike 74
Andreja Tekauc Golob

37. srečanje stomatologov Slovenije »Iz prakse za prakso« 75
Željko B. Jakelič

Koloproktološki kongresi v letošnjem letu 78
Pavle Košorok

5. slovenski simpozij Okužba z virusom hepatitisa C pri uživalcih drog 81
Jasna Čuk Rupnik

Vojaki so proti meflokinu – kakšna pa je vloga potovalne medicine v sodobnem svetu? 82
Zoran Simonović, Alenka Trop Skaza

V SPOMIN

V spomin prof. dr. Slavku Zihlerlu (1945–2012) 84
Gorazd V. Mrevlje

S KNJIŽNE POLICE

Um, telo, duh 86
Nina Mazi

Musica amor noster

Boris Klun



■ STROKOVNA SREČANJA 88

■ MALI OGLASI 106

■ ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

Musica amor noster 108
Boris Klun

Fotokronika: podelitev priznanj zdravniku in umetniku ob njegovem poslovilnem koncertu 111

Kjer domujejo gorile 113
Franci Bečan

Maldivi 116
Tomaž Rott

■ ZAVODNIK

Test sorazmernosti 121
Vojko Flis

Seminarji in delavnice za člane Zdravniške zbornice Slovenije



Kdaj prijaznost postane ustrezljivost in z njo škodimo sebi?

Biti empatičen, sočuten in se poglobiti v občutenje soljudi je lepa vrednota, ki je v zdravniškem poklicu potrebna, saj nas prava lastnost naredi dobre strokovnjake in dobre ljudi. Kje pa so meje empatije in kdaj naj »vklopim« asertivnost – zagovarjam svoje meje tako, da sem prijazen/prijazna do soljudi?

Pacient tarna in se pritožuje, kako ga boli hrbtenica in da ne more delati. Diagnoza tega ne pokaže. Vse kaže na to, da hoče izsiliti bolniški dopust. Pacient pritiska. Kako rečem »ne«, da ohranim svojo strokovno avtoriteto in človeško dostojanstvo?

Kako in predvsem v katerih primerih rečem »ne« svojim otrokom, da nisem ustrezljiv/-a ali pretirano zahteven/-a, temveč se zavedam, da je »ne« najboljša rešitev, tudi če se sam/-a ne počutim tako.

Z asertivnim vedenjem se ne rodimo. Postaviti se zase in ohraniti dostojanstvo sogovornika je umetnost, ki se je učimo vse življenje. Zakaj se občasno, ko sem odločna ali se postavim zase – počutim krivo? Zakaj me situacije, ko prevladam, navdajo z občutkom krivde?

Velik izziv zdravnikov, zobozdravnikov in medicinskega osebja je empatija do pacientov, ki jo izvajamo tako, da ostanemo izven njihovega doživljanja, da ohranimo svoje meje. Včasih smo pri tem bolj uspešni, drugič manj.

Drug izziv pa so zahtevni pacienti (tudi sodelavci), ki grozijo, izsiljujejo in napadajo. **Kako se znajdemo v takih situacijah, da ohranimo dostojanstvo in svojo notranjo moč?**

V takih konfliktnih situacijah se telo odzove s stresom. Če se te situacije dogajajo pogosto, tako da si telo ne povrne svojega ravnovesja, pride do izčrpanosti, izgorelosti in do bolezni.

Zato je pravo vprašanje, kaj je preventiva v komunikaciji z ljudmi, ki nas potegnejo v svojo »komunikacijsko zanko«. Kako naj tem ljudem ne prevzemamo tistih težav, ki so samo njihove, sami pa opravimo svoje delo strokovno in s spoštovanjem do sočloveka. Rešujemo samo medicinski del ali rešujemo vse tegobe in težave, ki jih pacient nosi s sabo?

Podroben program si preberite na str. 12.

Vtisi udeleženke seminarja in delavnic o komunikaciji:

Prim. Dušica Pleterski Rigler, dr. med.: »Delavnic o veščinah komunikacije se z veseljem udeležujem. Vsakokrat pridobim nova znanja in spoznanja in želim ter pričakujem, da se bodo delavnice nadaljevale. Gospa Metka Komar pomaga odpirati teme in vprašanja in s svojo strokovnostjo kaže poti reševanja zadreg in konfliktov, ki so del našega vsakdana.«

November

September

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.

November

September

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.

November

September

Komunikacija in razumevanje drugačnosti (seminar)

Seminar je namenjen zdravnikom in zobozdravnikom, ki želijo osvojiti veščine komuniciranja, ter v nadaljevanju v obliki štirih 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 preokrožbe (placebo efekt) na zdravje,
- **razumevanjem dinamike konfliktov** in strategije njihovega učinkovitega reševanja ter
- razumevanjem ovir pri doseganju soglasja v komunikaciji.

Dodajanje novih spretnosti v svojo zbirko komuniciranja je osebni razvoj; to je notranja rast. Zavedanje, da smo lahko še boljši, je sestavni del evolucije človeka. Iskanje novega, boljšega, drugačnega je gibalno življenje. Spremembe (in s tem učenje) pa so edina stalnica na tej poti.

Še odgovor na to, kdo naj se potru-di, da bomo komunicirali bolje: če bi se vsi, bi bil svet takoj boljši in lepši. Morda je pričakovanje tega preveč idilično. **Lahko pa vsak od nas naredi en korak v to smer** – in olepša vsaj svoj svet s tem, da išče notranji mir in moč ter na ta način doseže harmonijo tudi v svoji okolici.

November

Oktober

September

Ali ste že kdaj ugriznili morskega psa? (delavnica)

Kako se soočiti z ljudmi, ki želijo vedno imeti prav in nas s tem prisilijo, da se postavimo v podrejen položaj?

Dialog se je sprevrgel v napad. Sogovornik je začel zagovarjati svoje mnenje in kar koli povemo, nas ne sliši. Samo on/ona ima prav in nihče drug. Samo njena/njegova rešitev je prava in absolutno prava.

»Morski pes« se je postavil v pozicijo moči – nihče mi nič ne more – jaz bom zmagal. S takim sogovornikom imamo dve možnosti: borimo se z močjo ali argumenti.

Če se odločimo za »borbo« z argumenti, se je potrebno naučiti oblikovati argumente. Pred tem pa se je potrebno naučiti, kako ohranimo naravnost notranje moči, ko nas napadajo.

Na delavnici bomo vadili oboje: ohraniti notranje ravnovesje ob napadu in oblikovati argument, s katerim lahko prepričamo »morskega psa«.

V pripravi

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 ter drugo. Podroben program bo objavljen v naslednji številki revije Isis in na spletnih straneh zbornice.

November

Oktober

September

Specializirani intenzivni tečaj slovenskega jezika za zdravnike in zobozdravnike

Ker je v zadnjem obdobju v slovenskem zdravstvenem sistemu pričelo z delom kar nekaj tujih zdravnikov oziroma se za delo pri nas šele potegujejo in pogosto nimajo dovolj dobrega znanja slovenskega jezika, smo pristopili k organizaciji intenzivnega tečaja slovenskega jezika, ki je prilagojen prav zdravnikom in zobozdravnikom. Pri pripravi programa tečaja so namreč poleg slavistov in učiteljev slovenskega jezika sodelovali tudi strokovnjaki s področja medicine.

Prihaja jeseni

Seminar o utrujenosti

Utrujenost je pogost simptom, ki privede bolnika v ambulan- to, vendar mu v medicinski literaturi posvečajo malo pozornosti. Običajno utrujenost spremljajo še drugi simptomi, ki nam pomagajo usmeriti diagnostični postopek. **Utrujenost lahko opredelimo kot občutek pomanjkanja energije** za opravljanje vsakdanjih opravil ali **občutek izčrpanosti** med ali po običajnih dejavnostih. Sindrom kronične utrujenosti je samostojna oblika, za katero so določeni strogi kriteriji, etiologija pa še ni pojasnjena.

Med bolniki, ki jih obravnavajo zdravstvene ustanove na primarni ravni, jih od 21 do 33 odstotkov išče zdravniško pomoč zaradi utrujenosti.

Priznani strokovnjaki vam bodo predstavili možne vzroke, fiziološko dogajanje, somatske in psihične znake ter **priporočljivo ukrepanje**, ko pri posamezniku ugotovimo (dolgotrajnejše) stanje utrujenosti. **Kakšno vlogo imajo psiho-socialni dejavniki?** Kakšna je preventiva?

Predstavljeni bodo praktični napotki, kako preprečevati utrujenost. Kdaj je to bolezen in **kako jo je treba zdraviti?** Dotaknili se bomo psihosomatskega področja in se seznanili s tem, katere terapije oz. postopki vzdrževanja psiho-fizične kondicije so učinkoviti. Kaj lahko naredimo sami, ko smo utrujeni, in kaj lahko svetujemo svojim pacientom? Kateri so opozorilni znaki, ki jih moramo znati prepoznati?

Seminar je namenjen predvsem zdravnikom splošne/ družinske medicine, vsem specializantom, specialistom interne medicine, prav tako pa tudi vsem ostalim zdravnikom in zobozdravnikom.

Vtisi udeleženske seminarja in delavnic o komunikaciji:

Melita Franko, dr. dent. med.: »Absolutno bi se vsak zobozdravnik/zdravnik moral udeležiti teh delavnic! Včasih se ob svojih »problemih« v službi počutim tako sama in zdijo se mi nerešljivi. Ko se tu pogovorimo, jih rešujemo in slišim še o hujših »problemih« svojih kolegov, začutim, da v svoji stiski nisem sama, in spet se počutim dobro, normalno in svet je spet lep.«

Razpored seminarjev in prijave

ŠT.	NASLOV STROKOVNEGA SREČANJA	DATUM	URA	PRIJAVNICA	SPI TOČKE
1.	Komunikacija in razumevanje drugačnosti <i>(seminar)</i>	september: 11. 9. november: 5. 11.	9.00–16.00 9.00–16.00	na spletu	5,5
1.1	Verbalna in neverbalna komunikacija <i>Delavnica traja 1 dan ali 2 popoldneva</i>	september: 12. 9. ali 19. in 20. 9. (2 popoldneva) november: 6. 11. ali 13. in 14. 11. (2 popoldneva)	9.00–16.30 16.00–19.30 9.00–16.30 16.00–19.30	na spletu	6
1.2	Učinkovito reševanje konfliktov <i>Delavnica traja 1 dan ali 2 popoldneva</i>	september: 13. 9. ali 26. in 27. 9. (2 popoldneva) november: 7. 11. ali 20. in 21. 11. (2 popoldneva)	9.00–16.30 16.00–19.30 9.00–16.30 16.00–19.30	na spletu	6
1.3	Ali ste že kdaj ugriznili morskega psa? <i>Delavnica traja 1 dan ali 2 popoldneva</i>	september: 17. 9. oktober: 2. in 9. 10. (2 popoldneva) november: 8. 11.	9.00–16.30 16.00–19.30 9.00–16.30	na spletu	predvidoma 6
1.4.	Kako rečem »NE« brez občutka krivde <i>Delavnica traja 1 dan ali 2 popoldneva</i>	september: 18. 9. oktober: 16. in 23. 10. (2 popoldneva) november: 9. 11.	9.00–16.30 16.00–19.30 9.00–16.30	na spletu	predvidoma 6
2.	Specializirani intenzivni tečaj slovenskega jezika za zdravnike in zobozdravnike	september: 10. 9. 2012 do 5. 12. 2012 (pon. in sre.)	17.00–20.30	na spletu	-
3.	Seminar o utrujenosti	jeseni	9.00–16.00	na spletu	v postopku
4.	Ne jemlji osebno	november: 22. 11.	9.00–16.00		
5.	Nujna medicinska pomoč <i>delavnice za dr. dent. med.</i>	jeseni 2012			

Svoja vprašanja in predloge lahko pošljete na: mic@zss-mcs.si. Za dodatne informacije pokličite na 01 30 72 191 (ga. Mojca Vrečar) ali obiščite našo spletno stran <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

Seminar »Ne jemlji osebno«

ORGANIZATOR

Zdravniška zbornica Slovenije
LJUBLJANA, Domus medica, Dunajska cesta 162
22. november 2012, od 9.00 do 16.00

PREDLOG PROGRAMA:

8. ³⁰	Registracija
8. ⁵⁵	Pozdravne besede
9. ⁰⁰	Prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med.: Ko zdravnik ostane sam z vprašanji in strahovi <ul style="list-style-type: none"> • Do kod zmorem? • Moč in nemoč medicine • Ali je bila narejena napaka?
9. ¹⁵	Izr. prof. dr. Peter Pregelj, dr. med.: Ozaveščanje naših reakcij <ul style="list-style-type: none"> • Agresivnost, asertivnost, pasivnost • Motivacija • Ugodje
9. ⁴⁵	Razprava
10. ⁰⁰	Prof. dr. Zoran Grubič, dr. med.: Duševnost kot igra molekul <ul style="list-style-type: none"> • Zakaj je človeški organizem tak, kot je, ter kaj in kakšna je zato njegova duševnost? • Depresija – spremembe na celični in molekularni ravni • Zakaj lahko depresija tudi boli?
10. ³⁰	Razprava
10. ⁴⁵ – 11. ¹⁵	Odmor za kavo
11. ¹⁵	Prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.: Delovna izgorelost in zdravstvena rezerva <ul style="list-style-type: none"> • Zdravstvena rezerva kot fizična, presnovna in imunska prilagodljivost na povečane obremenitve • Fiziološki parametri prenaprejanja pri športu, delu, življenjskih ambicijah in kompulzivnih vedenjskih slogih • Jadranje med gorečnostjo in izgorelostjo
11. ⁴⁵	Razprava
12. ⁰⁰	Prof. dr. Blanka Kores Plesničar, dr. med., svetnica: Vrednote in vrednostni sistemi <ul style="list-style-type: none"> • Iz vrednot izhajajoča praksa in v bolnika usmerjeni pristop • Iz vrednot izhajajoča praksa in kako jo uporabimo pri sebi • Samopomoč in pomoč – altruizem ali resnične možnosti

12. ³⁰	Razprava
12. ⁴⁵ – 14. ¹⁵	Odmor za kosilo
14. ¹⁵	Metka Komar, univ. dipl. ekon.: Ujetniki prepričanj: kako v komunikaciji presežem občutek nemoči in ga spremenim v moč? <ul style="list-style-type: none"> • Zakaj prepričanja (misli) usmerjajo naše življenje, tudi tista, ki smo jih izgradili v otroštvu, in nas danes bolj zavirajo kot podpirajo? • Kako prepoznamo in spremenimo (preokvirimo) prepričanja, ki nas omejujejo? • Ali lahko spremenim medosebne odnose, če spremenim svoja prepričanja?
14. ⁴⁵	Razprava
15. ⁰⁰	Asist. Marko Gričar, dr. med.: Kako (pre)živeti poklicno in osebno <ul style="list-style-type: none"> • Vsakdo je rad spoštovan • Čigavo življenje živimo? • Ali res ne jemati osebno?
15. ¹⁵	Razprava
15. ³⁰	Prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med.: Ko zdravnik ostane sam z vprašanji in strahovi <ul style="list-style-type: none"> • Nekaj odgovorov kako od nemoči k moči
15. ⁴⁵	Razprava
16. ⁰⁰	Zaključek seminarja

Seminar je namenjen vsem zdravstvenim delavcem, ki iščejo rešitve za osebne stiske in stiske pacientov. Seminar je oblikovan tako, da bo veliko priložnosti za neposredne razprave in izmenjavo mnenj.

Kotizacija: do 12. 11. 2012: 110 EUR (DDV je vključen), od 13. 11. 2012: 140 EUR (DDV je vključen), pripravniki in upokojeanci imajo 30 % popust. Za nečlane ZZS je kotizacija 30 % višja.

Prijave: E: mic@zss-mcs.si

Informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mic@zss-mcs.si

Opravljene specialistični izpiti

Štefan Blazina, dr. med., specialist pediatrije, izpit opravil 27. 6. 2012

Tomi Bremec, dr. med., specialist dermatovenerologije, izpit opravil s pohvalo 30. 5. 2012

Marko Božič, dr. med., dr. dent. med., specialist maksilofacialne kirurgije, izpit opravil 28. 5. 2012

Karja Brozina Occhiena, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila s pohvalo 19. 6. 2012

Edyta Čerkini, dr. med., specialistka anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravila s pohvalo 22. 6. 2012

Barbara Čreslovník, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 19. 6. 2012

Mihajlo Đokić, dr. med., specialist splošne kirurgije, izpit opravil 28. 5. 2012

Edvard Đukić, dr. med., specialist splošne kirurgije, izpit opravil 15. 6. 2012

Maja Ebert Moltara, dr. med., specialistka internistične onkologije, izpit opravila s pohvalo 24. 5. 2012

Marjeta Ferjančič, dr. med., specialistka fizikalne in rehabilitacijske medicine, izpit opravila 19. 6. 2012

Lasko Gelebešev, dr. med., specialist fizikalne in rehabilitacijske medicine, izpit opravil 27. 6. 2012

Andrej Gerljevič, dr. med., specialist urologije, izpit opravil 31. 5. 2012

Simona Grasselli, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila s pohvalo 19. 6. 2012

Lea Gril Jevšek, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila s pohvalo 19. 6. 2012

Asist. mag. **Maja Grošelj**, dr. dent. med., specialistka zobnih bolezni in endodontije, izpit opravila 13. 6. 2012

Maja Klemenčič, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila 13. 6. 2012

Tina Kmet, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 19. 6. 2012

Asist. **Nina Kobilica**, dr. med., specialistka splošne kirurgije, izpit opravila s pohvalo 14. 6. 2012

Helena Kostadinović, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, izpit opravila 27. 6. 2012

Jasna Kupljen, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 19. 6. 2012

Asist. **Maja Lampelj**, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, izpit opravila s pohvalo 26. 6. 2012

Maja Marovt, dr. med., specialistka dermatovenerologije, izpit opravila 22. 6. 2012

Marko Mihelak, dr. med., specialist ortopedske kirurgije, izpit opravil 7. 6. 2012

Ana Milojković, dr. med., specialistka transfuzijske medicine, izpit opravila s pohvalo 29. 6. 2012

Aurora Nassib, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 19. 6. 2012

Jasmina Patkovič Colarič, dr. med., specialistka psihiatrije, izpit opravila 23. 5. 2012

Janez Plestenjak, dr. med., specialist travmatologije, izpit opravil s pohvalo 17. 5. 2012

Nevenka Praznik, dr. med., specialistka splošne kirurgije, izpit opravila s pohvalo 26. 6. 2012

Shpresa Pula, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila 13. 6. 2012

Matjaž Pustovrh, dr. med., specialist nuklearne medicine, izpit opravil s pohvalo 27. 6. 2012

Sanja Radisavljević Vitas, dr. med., specialistka anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravila s pohvalo 30. 5. 2012

Andrejka Rejc, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 19. 6. 2012

Andrej Rojnik, dr. med., specialist klinične mikrobiologije, izpit opravil s pohvalo 1. 6. 2012

Dr. **Melita Rotar**, dr. med., specialistka nevrologije, izpit opravila 21. 6. 2012

Katja Simunich, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 19. 6. 2012

Lea Školnik, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila s pohvalo 19. 6. 2012

Darja Šmigoc Schweiger, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila 21. 6. 2012

Katalin Tubić, dr. med., specialistka psihiatrije, izpit opravila s pohvalo 29. 5. 2012

Čestitamo!

Zdravilni stroj

Vsi govorijo o zapiranju bolnišnic. Vendar se bolnišnice tudi gradijo. »Pragmatični zvezdniški arhitekt« Thomas Pucher iz Gradca načrtuje (novo) LKH (*Landeskrankenhaus*) Salzburg kot učinkovit stroj (*effiziente Maschine*) z integrirano naravo ter sposobnostjo za zdravljenje.

To je rezultat mednarodnega arhitektnega natečaja za razširitev te bolnišnice na 89.000 kvadratnih metrov. Prva faza naj bi bila zaključena do leta 2015. Arhitekt Pucher meni, naj bi nova stavba omogočila sobivanje 1.400 ljudi. Velika naj bi bila kot manjše mesto in zapletena kot 127 nogometnih moštov. »Hotel

stane praviloma manj kot bolnišnica, pa tudi *life style resort* mora delovati popolno.«

Pucher meni, da bo dovoljeno tudi tisto, kar je nenavadno. »Zakaj ne bi bili v čakalnicah najrazličnejši ležalniki iz časov naših babic (*unterschiedlichste Oma-Sofas*)? Kdo pravi, da v ambulan- tah in preiskovalnih prostorih ne smejo viseti baročne slike v debelih zlatih okvirih?«

Vir: Aerzte Steiermark, april 2012

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

E-naslov: marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Akutno: 27 ur

Neka dermatologinja iz vzhodnega dela Nemčije je v zadnjih letih izpostavljena nadvse neprijetnim preiskavam. Očitek: Po obračunih za zavarovalnico je delala 27 ur na dan, kar je seveda nemogoče. Zato naj bi zavarovalnici zdravnica morala vrniti najmanj 10.000 EUR.

Se je mar ta zdravnica zmotila pri obračunu ali si je izmislila nove paciente? Nikakor ne: v povprečju je za obravnavo enega pacienta porabila manj časa, kot pa je izračunal sestavljalec smernic. Če torej pomnožimo ne dejanski, temveč »idealni« predpisani čas, dobimo dan, ki ima 27 ur.

Prizadeti zdravnici pa so se postavili – tako poroča nem- ško zdravniško časopisje – v bran najprej njeni pacienti. Da

je zdravnica čez vse mere pripravljena pomagati in da dela kakovostno. Pridružila se je tudi politika – odbor Deželnega zbora (*Landtagausschuss*) – ter se zavzela za spremembo smernic za obračunavanje. Da gre za povprečne čase, ki jih pogodbeni zdravnik lahko glede na izkušnje in število pacientov ter drugih dejavnikov bodisi podaljša bodisi skrajša.

V bistvu gre za pojmovanje povprečja. Kar velja tako v medicini kot pri vremenu.

Vir: Aerzte Steiermark, april 2012

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

E-naslov: marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Dunaj: prepir za denar za obdukcije

Od začetka leta 2012 prejema Medicinska univerza Dunaj (*Medizinische Universität Wien*) od Ministrstva za pravosodje (*Justizministerium*) manj denarja za obdukcije. Obdukcija enega trupla stane približno 5.700 EUR, kar zajema stroške za osebje, prostore in aparature. Po večkratnih odločitvah Vrhovnega deželnega sodišča (*Oberlandesgericht*) pa je obveljalo, da ni treba povrniti vseh stroškov. Zdaj bi bilo treba ali spremeniti ustrezno zakonodajo ali pa uvesti nekakšen »obdukcijski pavšal« v višini 2.500 EUR. Ustrezna pogajanja že potekajo. Če pa poenotenja med pogajalci ne bo, »... Medicinska univerza Dunaj ne vidi več možnosti, da bi obdukcijski pogon vzdrževala v dosedanji obliki tudi v prihodnje,« je v nekem dopisu sporočil rektor, univ. prof. dr. W. Schütz, pristojnemu ministrstvu. V povprečju gre za 500 do 600 obdukcij na leto.

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 9, 10. maj 2012

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

E-naslov: marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Wien: Streit um Geld für Obduktionen

Seit Anfang 2012 erhält die Medizinische Universität Wien vom Justizministerium weniger Geld für Obduktionen. Die Obduktion einer Leiche kostet etwa 5.700 Euro inklusive Kosten für Personal, Räumlichkeiten und Geräte. Jedoch müssen nach mehreren Entscheidungen des Oberlandesgerichts (OLG), das sich auf das Gebührenanspruchsgesetz bezog, nicht mehr alle Kosten rückerstattet werden. Nun soll entweder das Gebührenanspruchsgesetz novelliert oder eine „Obduktionspauschale“ in der Höhe von 2.500 Euro eingeführt werden; Verhandlungen diesbezüglich laufen. Kommt es zu keiner Einigung „sieht sich die Medizinische Universität Wien

Reforma plač v Vorarlbergu: Konkurenca s strani sosedov

V deželi Vorarlberg zaslužijo bolnišnični zdravniki komaj pol toliko kot v vzhodni Švici. V južni Nemčiji so zdravniške plače do 30 odstotkov višje kot v Vorarlbergu. Da bi bili konkurenčni – tako meni Zdravniška zbornica v Vorarlbergu – je nujno prilagoditi tudi plače.

Te plačne razlike je dokazala raziskava, ki jo je po naročilu Zdravniške zbornice Vorarlberg izvedlo svetovalno podjetje KPMG. Študija naj bi zajela podatke iz leta 2011. Bruto plača (dohodek) se je normalna na 40-urni tedenski delovnik ter na 14 mesečnih dohodkov. Druge razlike, kot npr. pribitki k plači zaradi nočnega dela, so se popravile tako, da se je dosegla primerljivost.

Pri turnusnih zdravnikih (stažistih) je tendenca enaka kot pri specialistih, starih od 35 do 55 let. V primerjavi s Vorarlbergom so fiksne plače (*Fixgehälter*) v povprečju v Nemčiji višje za 30 odstotkov, v vzhodni Švici pa višje do 110 odstotkov. Za specialista, starega 35 let, to pomeni, da je njegova fiksna plača v Vorarlbergu približno 4.200 EUR, medtem ko njegov kolega v južni Nemčiji zasluži skoraj 6.000 EUR, v vzhodni Švici pa celo skoraj 7.400 EUR.

Po tej raziskavi veljajo podobne razlike tudi za letne plače.

Turnusni zdravnik v 2. letu izobraževanja tako v Vorarlbergu zasluži skoraj 39.000 EUR/leto. V južni Nemčiji 52.100 EUR/leto ter v vzhodni Švici 80.200 EUR/leto.

Za specialiste, mlajše od 45 let, velja takole: v vzhodni Švici 139.700 EUR/leto, v južni Nemčiji 98.800 EUR/leto, kar je bistveno več kot v Vorarlbergu (73.400 EUR/leto).

Za specialista, starega 55 let, velja takole: v vzhodni Švici 154.000 EUR/leto, v južni Nemčiji 98.800 EUR/leto ter v Vorarlbergu 82.700 EUR/leto.

Enaka slika velja za turnusne zdravnike v 4. letu izobraževanja ter za specialiste v starosti 35 let.

Zdaj se pojavi vprašanje, zakaj zdravnice in zdravniki ostajajo v Vorarlbergu, namesto da bi odšli v bližnje zamejstvo? No, mnogi namreč počnejo prav to: izselijo se. Po drugi strani pa je delovno mesto v Vorarlbergu za tujce nezanimivo zaradi prenizke plače. Če naj v Vorarlbergu ohranijo visoko kakovost bolnišniške medicinske oskrbe tudi v prihodnje, je treba prilagoditi plače in izboljšati delovne razmere.

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 10, 25. maj 2012

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Opomba: Vse – za naše razmere zavidljivo visoke in hkrati nedosegljive – številke sem večkrat preveril. Vsem, ki jih zanima, kako v posameznih avstrijskih deželah rešujejo zvezo med plačami zdravnikov ter kakovostjo medicinske oskrbe, svetujem, naj preberejo ves članek.

Kako dolgo še?

Harald Mayer, 2. podpredsednik Avstrijske zdravniške zbornice

Če smo v nevarnosti, če nas je strah, če delamo pod pritiskom, se v teh razmerah postavi vprašanje, namreč, kako dolgo bo to stanje še trajalo.

Prilagojeno na delovne razmere v avstrijskih bolnišnicah bi to lahko oblikovali takole: Kako dolgo bodo avstrijske bolnišniške zdravnice in zdravniki še prenašali, da dan za dnem ambulantne preplavljajo pacienti z medicinskimi problemi, ki bi se brez nadaljnega lahko oskrbeli v koncesionarskem področju?

Tisti, ki so politično odgovorni, ne bodo prišli do tega, da bi se – vsaj enkrat – spopadli z delovnimi razmerami v naših bolnišnicah. Saj ne gre le za prenapolnjene ambulate; gre vendar za temeljne zadeve, kot so vzdrževanje zakonsko predpisanega maksimuma delovnega časa. Tako je bila npr. pred nedavnim javna bolnišnica obsojena na denarno kazen več kot 30.000 EUR, ker so zdravnice in zdravniki delali več kot dovoljenih 72 ur na teden.

Zdaj imamo lahko izhodišče, da je odgovornim znano stanje, da ni mogoče upoštevati zgornje meje delovnika. In imamo izhodišče, da pač to (stanje odgovorni) molče sprejemajo.

Če od politikov vedno znova slišimo, kako pomembna je ustrezna kvalifikacija, motivacija ter plača mladih učiteljev v Avstriji, da je treba

hitro in obsežno popraviti njihove delovne pogoje, se torej ob tem sprašujem: In za kaj (drugega) gre pri dejavnosti zdravnic in zdravnikov? Gre za zdravje ljudi in ne nazadnje za življenje – nič več in nič manj. Že samo zato je nevzdržno, da leta 2012 še vedno govorimo, da je 25-urni delovnik maksimum, ki ga lahko kot trajno obremenitev naložimo bolnišniški zdravnici ali zdravniku.

Dodaten, še vedno nerazrešen problem je, da še vedno nimamo ustreznih modelov za delno zaposlitev. Pogled v statistike o zaposlenosti nam pokaže tisto, kar se je napovedovalo že pred leti: medicina je že zdavnaj postala ženska. Nimamo modelov, kako bi lahko ženske opravljale svoj poklic brez polnega delovnega časa.

Največji izziv pa je, tako domnevam, kako narediti, da bo poklic bolnišniškega zdravnika spet postal privlačen.

Zavzetosti bolnišniških zdravnic in zdravnikov se moramo zahvaliti, da bolnišniški sistem še vedno deluje. Vprašanje pa je: Kako dolgo še?

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 10, 25. maj 2012

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Nov začetek ne brez zdravnikov

Zakon o KABEG, proti kateremu je leta 2010 protestiralo več sto zdravnikov, je umaknjen. Deželna politika je končno spoznala, da politike varčevanja pri osebju ni mogoče več zagovarjati. 20 zdravniških mest in 50 novih mest za nego naj bi prišlo čim prej. To so najpomembnejši dosežki izjave (*Gesundheitscharta*) vseh štirih strank v Deželnem zboru (*Landtag*), kar naj bi se preoblikovalo v spremembo zakona.

Novi predsednik (Koroške zdravniške zbornice, op. prev.) dr. Josef Huber je v svojem prvem nastopu (*Presseausendung*) pozdravil nov začetek v koroški zdravstveni politiki.

Zastopniki Zdravniške zbornice so poudarili svojo pripravljenost, da takoj dajo pobudo za nujno potrebno dograditev medicinske oskrbe zunaj bolnišnic ter za nove oblike zdravstvene preventive.

Izjava (*Gesundheitscharta*) ima več kot 10 nujnih postavk. Med njimi je opredeljena vrhovna instanca pri KABEG; ponovno je uveden sosvet za kakovost; vzpostavljeno je kolegialno in enakopravno vodstvo, tako da so ekonomski vidiki podrejeni medicinsko-negovalnim vidikom.

Vir: Kärntner Ärztezeitung št. 5, maj 2012

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Izlet v glavno mesto kulture

To pomlad lahko priporočimo kulturni izlet v glavno mesto kulture Maribor (*Kulturhauptstadt Marburg*). Prireditelji so se potrudili z malo denarja ustvariti privlačen spored. Do 15. junija lahko obiščemo presenetljivo razstavo »Nemci in Maribor« (*Die Deutschen und Maribor*), ki je posvečena nekdanjim nemško govorečim prebivalcem (*Bevölkerung*) in velja kot pomemben simbol krajevnega premagovanja zgodovine. Pred sto leti še večina, po razpadu Avstro-Ogrske se je znašla pod pritiskom, po nacistični obnorelosti in po titoističnem odzivu pregnana in docela izginula – brez njegovih nemško govorečih ljudi je nekdanji Marburg an der Drau (Maribor ob Dravi) nepredstavljen. Ti vidiki zgodovine pa so bili iz političnih razlogov skoraj docela izrinjeni.

Mesto razstave je Theresienhof v nekdanji, leta 1913 odprti kavarni na glavnem trgu. Lokalno zgodovino med 1846 in 1946 opisujejo številna besedila ter fotografije.

Zadnje leto razstave, 1946, se nanaša na zadnji večji izgon nemške jezikovne skupine po drugi svetovni vojni. 1846 je bilo leto, ko je mesto dosegla Južna železnica. Sledil je ekonomski razcvet. Gospodarska sposobnost (*Potenz*) nemško govorečega meščanstva in absolutna prevlada nemškega pogovornega jezika je poskrbela za asimilacijo tistih slovensko govorečih, ki so se priselili v mesto. Zato je v 19. stoletju prišlo do mednaciolanih napetosti. »Slovenska stran je tako bila pod vtisom, da gre pri gospodarski in socialni modernizaciji za nacionalno odtujenost,« je zapisano v vodiču po razstavi.

»Nemci v Mariboru« se izogiba zaostrovanju. Razstava tako s tem označuje previden začetek dodelave (*Aufarbeitung*) krvave zgodovine.

Vir: Kärntner Ärztezeitung št. 5, maj 2012

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Opomba: Nadvse zanimiv, pravzaprav prijazen zapis, z dosledno rabo slovenskih krajevnih imen ter šumnikov; slednje je v nemških zapisih absolutna izjema. Vredno ga je prebrati v celoti. Pa ne le zaradi tistih delov, ki v mojem povzetku niso

zajeti (opisi galerij in gledališč, Pohorja ter seveda gostiln vključno z jedilnimi listi). Branje je zanimivo zato, ker se vidi, kako – verjetno nemško govoreči – avtor skrbno tehta besede, da lovi ravnotežje med zgodovinskimi podatki na eni strani ter nacistično brutalnostjo in komunistično maščevalnostjo na drugi strani. Izjemno lepa fotografija znamenja (*Bildstock*) s Pohorja, ki ga avtor poimenuje slovensko, Pohorje, ne pa nemško, *Bacher Gebirge*...

E-naslov: marjan.kordas@mf.uni-lj.si

AUSFLUG IN DIE KULTUR-HAUPTSTADT



Bildstock in Pöbberj

In diesem Frühling ist ein Kultur-Ausflug in die Europäische Kulturhauptstadt Marburg zu empfehlen. Die Veranstalter haben sich bemüht, mit wenig Geld viel attraktives Programm zu kreieren. Bis 15. Juni 2012 kann man auch eine erstaunliche Ausstellung besuchen. „Nemci in Maribor“ („Die Deutschen und Maribor“) – diese ist der ehemaligen deutschsprachigen Bevölkerung gewidmet und gilt als ein wichtiges Symbol lokaler Vergangenheitsbewältigung. Vor hundert Jahren noch Mehrheit, nach dem Zerfall Österreich-Ungarns unter Druck geraten, nach Naziwahn und titoistischer Reaktion vertrieben und völlig verschwunden – ohne seine deutschsprachige Bevölkerung ist das ehemalige Marburg an der Drau nicht vorstellbar. Lange Zeit waren diese Aspekte der Geschichte jedoch aus politischen Gründen weitgehend ausgeblendet worden.

Standort der Ausstellung ist der Theresienhof in einem ehemaligen, 1913 eröffneten Kaffeehaus am Hauptplatz. Mit vielen Texten und Fotos wird die Lokalhistorie zwischen 1846 und 1946 beschrieben.

Das Schlussjahr der Schau 1946 bezieht sich auf die letzten größeren Deportationen der deutschen Volksgruppe nach dem Zweiten Weltkrieg. 1846 ist das Jahr, in dem die Südbahn in die Stadt kam und eine industrielle Blüte folgte. Die wirtschaftliche Potenz eines deutschsprachigen Bürgertums und die absolut dominierende deutsche Umgangssprache sorgten für die Assimilierung von Slowenischsprachigen, die aus dem Umland in die Stadt gezogen waren. Dies führte im 19. Jahrhundert zunehmend zu rationalen Spannungen. „Die slowenische Seite bekam den Eindruck, es handle sich bei der wirtschaftlichen und sozialen Modernisierung um nationale Entfremdung“, heißt es im Ausstellungsführer. „Nemci in Maribor“ verzichtet auf Zusätzungen, die Ausstellung markiert damit den vorsichtigen Beginn ei-

Im Herbst erwartet Marburg das London der Eröffnung des neu dem Hochufer der Drau von Francis Bacon, Leo De Kooning, Marlene D Amedeo Modigliani un

GALERIE MIT EHRE: Die Umetnostna Galerija regelmäßig internat präsentieren. Seit der 1. maligen Ostblockstaat stute“ großzügig Kunst aber dabei nicht einb betrieben keine Konk Marburg viele reisel Künstler etabliert.

WEITERE TIPPS:

Kunst & Kultur

→ Lukovno Gledalište

theaters sind sehr p

nur für Erwachsene!

→ Kibla, Galerie für M

Videoinstallationen.

www.kibla.org

→ Lidarnik Kino. Der Ki

de von Künstlern ü

Lesungen und Filmv

ter umetnosti, Grafi

→ Umetnostna Galerija

lerie noch an ihrem S

ulica und zeigt mod

Sommer folgt. der I

O obvarovanju ter spreminjanju

Uvodnik predsednika zbornice W. Dornerja

Razvoj v področju elektronike nam kaže temeljno težnjo, ki v naši družbi grabi vse dalje ter okoli sebe: Tisto, kar je bilo še pred kratkim »top«, je danes že docela zastarelo. Da se razumemo: ne nasprotujem razvoju; prav nasprotno. Ko je šlo za novosti, sem bil vedno eden tistih, ki so nove tehnologije uvajali in jih – če so se obnesle – tudi spodbujali.

Duh časa (*Zeitgeist*) in razvoj družbe seveda nista šla brez sledu mimo zdravnikov. Sploh pri še tako visokih etičnih in osebnih zahtevah se ne moremo izločiti iz skupnosti.

Medtem pa živimo v družbi, v kateri se preoblikovanje želje po moči za vsako ceno vse bolj premika od smeri pogajanj v smer nasilja. Če nekdo doseže položaj, na katerem se domnevno v rokah drži dotlej neznana moč, to moč tudi neusmiljeno izkorišča. Ob tem mnogi pozabljajo, da je potem – ko se povzpneje visoko – mogoče tudi omahnuti ali zgrmeti v globino.

Težnje, vse podreti in začeti na novo, je mogoče videti povsod: tako v veliki kot v mali politiki. Tisto, kar se je v Avstriji izkazalo (kot dobro), naj bi se postopoma izstradalo do propada. To zadeva – žal to moramo povedati – tako koncesionarsko kot stacionarno področje. Tisto, o čemer se je pred petimi ali šestimi

leti le razmišljalo ali komaj šušljalo, se danes javno razglša, npr. podpravljen zdravstveni sistem na ravni dežel.

Kar zadeva naše zdravstvo, se ne morem znebiti vtisa, da se nas zdravnice in zdravnike uporablja le kot lišp za domnevno dobrobit pacientov. V resnici pa se od svobode izvajanja poklica pri zdravnicah in zdravnikih reže rezina za rezino ter se z vsemi mogočimi in nemogočimi triki poskuša sistem preoblikovati v politično orientiranega.

Kdor brezobzirno uniči vse tisto, kar je bilo zgrajeno v desetletjih, bo prej ali slej dognal, da pač vse ni bilo tako zanič. Primera Velike Britanije pač ne velja posnemati: Tam imajo politiki obilo dela z vzdrževanjem minimuma medicinske oskrbe. Tako ob koncu tedna iz Evrope uvažajo zdravnike, da skrajšujejo čakalne dobe npr. za operacije kolka.

Spremembe: da; prilagajanje: da – a vse z občutkom za mero (*Augenmaß*) ter s ciljem. Ob tem ni treba na novo odkrivati sveta.

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 11, 10. junij 2012

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

E-naslov: marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Zdravstvene zavarovalnice (*Krankenkassen*): 291 mio. EUR presežka

V letu 2011 so zdravstvene zavarovalnice prigrisale 291 mio. EUR. Tako je dosežek (*Gewinn*) sicer manjši kot leta 2010 (362 mio. EUR), je pa več, kot je bilo napovedano v februarju (240 mio. EUR). Tako se je prvič zgodilo, da je bila bilanca pri vseh zavarovalnicah uravnotežena ali pozitivna.

Koroška GKK je imela največji presežek, + 4,2 odstotka (30,2 mio. EUR). Sledijo: štajerska GKK: + 3,3 odstotka (48,6 mio. EUR); zgornjeavstrijska GKK: + 2,2 odstotka (20,8 mio. EUR); salzburska GKK (9,4 mio. EUR), spodnjeavstrijska GKK (24,9

mio. EUR) imata obe presežek + 1,3 odstotka. Dunajska GKK: + 0,3 odstotka (9,2 mio. EUR). Tirolska in vorarlberška GKK imata uravnoteženo bilanco. Od poklicnih zavarovalnic se je najbolje odrezala BVA (zavarovalnica javnih uslužbencev) s presežkom 82 mio. EUR. S presežkom iz leta 2011 naj bi se odplačala »še vedno obstoječa gora dolga«, ki znaša 280 mio. EUR.

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 11, 10. junij 2012

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

E-naslov: marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Smrtni primeri med nosečnostjo prepolovljeni po vsem svetu

Število smrtnih primerov med nosečnostjo ali med porodom se je v zadnjih 20 letih po vsem svetu skoraj prepolovilo. V primerjavi z letom 1990, ko je med nosečnostjo umrlo 543.000

žensk, jih je bilo leta 2010 samo še 277.000. A po podatkih agencije UNFPA še vedno vsaki dve minuti neposredno po porodu umre po ena ženska. V azijski deželah se je število

smrtnih primerov močno zmanjšalo. Medtem pa je v črni Afriki zelo malo uspehov. V razvijajočih deželah gre 99 odstotkov vseh smrtnih primerov na račun infekcij, hudih krvavitev ter slabo izvedenih splavov.

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 11, 10. junij 2012

Prevod in priredba: Marjan Kordas

E-naslov: marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Klinično raziskovanje: Avstrija pri vrhu

V kliničnem raziskovanju je Avstrija prav v mednarodnem vrhu ter je tako izrazito nad povprečjem EU. To kaže analiza na spletni strani *Science Watch*. Od leta 2005 do leta 2010 se je število citatov skoraj podvojilo in je bilo ob koncu 2011 prav pri vrhu. Ena tretjina vseh raziskovanj se v Avstriji opravi na medicinski univerzi Dunaj.

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 11, 10. junij 2012

Prevod in priredba: Marjan Kordas

E-naslov: marjan.kordas@mf.uni-lj.si

V roki ali na spletu

Prebiranje glasila hrvaške zbornice »Liječničke Novine« je 83-odstotno; v zadnji številki je to novica na prvi strani.

Anketa, narejena na vzorcu 500 zdravnikov, je pokazala nenavadno visoko branje glasila in prav tako nenavadno nizko branje na spletu. Od enkrat mesečno do nikoli odpira računalnik skoraj enako število uporabnikov oziroma bolje neuporabnikov (83,4 odstotka).

Zakaj berejo zdravniki glasilo svoje zbornice?

Daleč največkrat (56,5 odstotka) zaradi obveščnosti in novosti v zbornici; zanimivosti in zabava na naslednjem mestu imata le 12,7 odstotka. Manj kot 1,0 odstotek imajo teme v naslednjem padajočem vrstnem redu: navada, evidenca točk, strokovnost in pouk, ugled glavnega urednika, obveščnost o stikih, kakovost, zdravniški status in na koncu vse o licencah s samo 0,2 odstotka.

V skupini spletnih bralcev (teh je mnogo manj kot papirnatih, 490 proti 330) je poudarek na ažurnosti informacij, najmanj interesa je za obliko in fotografije.

Mladi bralci (med 25. in 34. letom) sežejo le občasno po reviji, starejši bistveno večkrat. Prve zanimajo novosti v medicini doma in po svetu, starejši pa ne berejo zapisnikov in objav kongresov.

Velika večina meni, da izboljšave niso potrebne, ne v reviji ne na spletu, pač pa je 68,5 odstotka odgovorilo, da si ne želijo »galerije

fotografij s sestankov zbornice in sestankov, na katerih so vidni funkcionarji«.

Vir: Liječničke novine, maj 2012

Prevedel in priredil Boris Klun

E-naslov: boris.klun@gmail.com



Opremljenost ambulantne družinske medicine

Lansko leto je hrvaško Ministrstvo za zdravstvo izdalo pravilnik, kako mora biti opremljena ambulanta družinske medicine. Pravilnik naj bi stopil v veljavo v treh letih od dneva veljavnosti zakona, vendar pa zakon pušča ob strani vprašanje, kdo naj to plača, in navaja le, kakšna naj bo opremljenost.

Za opremo je dolžan poskrbeti ustanovitelj, največkrat občina ali država, denarja pa ni. Tako imenovana »glavarina« pokriva režijo ordinacije, stroške za zdravila in obvezilni material ter plače zdravnika in medicinske sestre.

Izvršni odbor zbornice je zato sklenil ugotoviti, kakšno je trenutno stanje.

Anketa je zajela 500 ordinacij, večji del družinskih, pa tudi pediatrične in ginekološke.

Analiza rezultatov je pokazala, da je odstotek osnovne opreme odvisen od vrednosti opreme. Lopatico za pregled žrela ima 92,7 odstotka ordinacij, defibrilator pa le 13,7 odstotka. Preseneča, da ima EKG-aparat, ki bi nekako spadal k defibrilatorju, oziroma obratno, 63,7 odstotka ordinacij. Med manj kot petdeset odstotkov posameznih kosov opreme štejejo: avtoklav, rezervna kisikova bomba, čelno zrcalo, oftalmoskop in table za pregled ostrine vida.

Večina (74,4 odstotka) zdravnikov trdi, da so obstoječo opremo priskrbeli sami.

Opremljenost ordinacija primarne zdravstvene zaštite

Rezultati ankete

Šestilnik, dr. med., spec. opć. med., predstojnik Poliklinike za PZ

«U Pravidnik osnoveama 41/2011 objavljen je novi Pravidnik o osnovnima uslovima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti. Osim što navodi potrebne uslove za rad na svim razinama zdravstvene zaštite, Pravidnik u svojim „Završnim odredbama“ izvodi obvezu ... uključujući i snag rada u pogledu medicinsko-tehničke opreme u skladu s odredbama ovog Pravidnika u roku od tri godine od dana stupanja na snagu ovog Pravidnika!»

Opremanje osnovne primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite u vlastitim objavnim ili države u nadležnosti je njihovih osnivača. Osim toga, sredstva koja osnivači investiraju u ustrojstvo u svojim vlastitim su 100%. «Dezinfekcijska sredstva» te majone. Zakona o financiranju područja lokalne i područne (regionalne) samouprave kao i Ministarstva financija nije standardizirano za di-

centralizirane funkcije za zdravstvene ustanove.

Prema izjavama većine ordinacija PZZ-a u u konkreciji ne spadaju u kategoriju onih za koje odgovornost su oni nadležni. Podjednako, listnici PZZ-a nikada navedu svojih sudjelovani u raspodjeli finansijskih sredstava jedinica lokalne i regionalne samouprave (zajednice ili općine). Sredstva kojim raspodjela ordinacije PZZ-a u konkreciji djeluju je Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje uključeno njihovoj kalkulaciji u kojoj ne postoje predviđena sredstva za nabavku ili zamjenu medicinsko-tehničke opreme potrebne za zadovoljenje rad u ordinaciji.

U ovom „glasovanju“ prema izjavama 94,2% ordinacija sredstva za nabavu tekućih sredstava tada ordinacije, stroškove za lijekove i razvojne materijal, te plaće ljekarki i medicinske sestre.

5. ključem na to da se do sada nije znalo kako je stanje vezano uz opremljenost ordinacija PZZ-a. U ovom istraživanju je, na prijedlog Poliklinike za PZZ, izvršena posebna anketa o opremljenosti ordinacija među kolegama u PZZ-u.

Anketa je uključivala 500 ordinacija PZZ-a (100 stomatoloških, 150 pedijatrijskih i 700 ordinacija ginekološke u PZZ-u) uključujući osnovnim statističkim uvjetima za kvalitetnu verifikaciju podataka, a provodila je je telefonski putem agencija HSA-ovodnjača (Kontakt n.o. d. od 12. do 21. siječnja 2012., na sljedeći načinom uzorku stratifikiranom prema regijama, diplomacijama i vlasništvu pristupa. Osim pitanja koja su se tiču opreme ordinacija uključujući Pravidnika, anketa je uključivala i rješenja pitanja.

Čitava anketa objavljuje se na mrežnoj stranici Kontakt n.o. d. na to.

Anketom je bilo uključeno 370 ordinacija konvencionalne i 130 ordinacija u obliku domaćih zdravstvenih, 33% ordinacija konvencionalna je u obliku prostora u DZ-a, 17% ih radi u vlastitom ili zajedničkom prostoru, a ostalih 30% su zaposlenici DZ-a u prostoru DZ-a. Osim izjavne opremljenosti ordinacija, isporučili smo podatke o opremljenosti u trenutku odnosa ordinacija PZZ-a „samo“, odnosno pri odnosa „konkreciji“.

Anketa je provedena preporučeno za ordinacije PZZ-a u roku zadovoljavajuće opremljenosti i da je, već sredstva uključujući „zdrav“ dobitak, većina opreme nabavljena vlastitim

Pobuda zbornice je torej hvalevredna, le denarja anketa ne bo priskrbeli sami.

Vir: Liječničke novine, maj 2012

Prevedel in priredil Boris Klun

E-naslov: boris.klun@gmail.com

Starost in spol

Ne le spol, tudi starost je pomembna pri izbiri zdravnika in/ali terapevta. In to ne le zdravnikova, marveč tudi bolnikova – v tem primeru gre za povezani količini.

Izsledki raziskav med bolniki/uporabniki zdravstvenih proizvodov in storitev in njihovimi svojci pričajo, da si večina raje izbere malce starejšega zdravnika. Predvsem zaradi njegovega bogatega praktičnega znanja in izkušenj, pa tudi zaradi ugleda in vpliva, ki sta povezana z njegovo strokovno referenco in človeško naravo.

Skupina neodvisnih francoskih raziskovalcev, ki je sklenila vzeti pod drobnogled ključne dejavnike, ki vplivajo na odločitev za določenega zdravnika, je s poglobljeno raziskavo na prostovoljcih ugotovila, da imajo ljudje danes težave

predvsem, ko morajo izbirati med mladostjo, energičnostjo, moderno vzgojo in izobraževanjem ter sodobnostjo mladih zdravnikov in zanesljivo umirjenostjo in bogato praktično osnovo njihovih starejših kolegov. Znanstveniki z univerze v Lionu pa so z vrsto študij prišli do zanimive, nepričakovane ugotovitve, da se dolgoletne praktične izkušnje pri odločitvi oziroma izbiri lahko izkažejo tudi za negativne. Dodatne raziskave so pokazale, da imajo sodobni uporabniki najraje zdravnike srednjih let, v starostnem razredu od 40 do 55 let, za katere so prepričani, da so najboljši strokovnjaki in dobri ljudje.

Viri: Science et Vie, Psychologie Heute, Paris Match

Nina Mazzi

Tečaj za učitelje v družinski medicini na Portugalskem

Marija Petek Šter, Zalika Klemenc Ketiš

V okviru projekta vseživljenjskega učenja Leonardo da Vinci potekajo izobraževanja za učitelje v družinski medicini, ki jih podpira tudi evropska akademija učiteljev v družinski medicini (EURACT). Po že več uspešno izvedenih delavnicah na prvem in drugem nivoju ter poskusno izvedeni delavnici na tretjem nivoju smo se učitelji in udeleženci iz držav partneric v projektu (poleg Slovenije še Danska, Turčija, Češka, Grčija, Malta in Portugalska) zbrali na delavnici tretjega nivoja *Leonardo EURACT course level 3 for trainers in Family medicine* na Portugalskem. Udeleženci smo bili že izkušeni učitelji v družinski medicini, ki že oz. naj bi v bodoče sodelovali pri oblikovanju izobraževalnih programov.

Partnerska institucija, ki sodeluje iz Slovenije, je Zavod za razvoj družinske medicine. V okviru projekta smo se srečanja udeležili Igor Švab, ki je bil vodja delavnice, Zalika Klemenc Ketiš in Marija Petek Šter. Delavnica je bila sestavljena iz dveh delov: prvi del je potekal med 2. in 4. decembrom 2011 v Lizboni, drugi del pa v Faru med 21. in 24. junijem 2012. Srečanja se je udeležilo 13 udeležencev.

V prvem delu delavnice je vsak od udeležencev predstavil svoj načrt izobraževanja, ki ga je pripravil pred prihodom na srečanje ob pomoči svojega mentorja. Po predstavitvi načrtov izobraževanja je sledila razprava v malih skupinah, v katerih so sodelovali priznani učitelji družinske medicine, ki so s svojimi komentarji in predlogi pomagali pri dokončnem oblikovanju programov izobraževanja, možnostih implementacije ter ocenjevanja uspešnosti projektov.

Udeleženci smo o svojem nadaljnjem delu na projektu, ki je potekalo pod nadzorom naših mentorjev, z dvema vmesnima poročiloma med prvim in drugim delom delavnice o napredku obveščali naše učitelje. Vmesno obdobje je bilo namenjeno tudi pripravi na drugi del srečanja v Faru s študijem dokumentov, ki smo jih obravnavali na srečanju.

V drugem delu smo obravnavali dokument *Framework for Continuing Educational Development of Trainers in General Practice/Family Medicine in Europe*, ki so ga pripravili ugledni učitelji družinske medicine pod okriljem akademije učiteljev v družinski medicini EURACT, ter serijo člankov, ki je obravnavala pomen medicinskega izobraževanja.

Delo je potekalo tako, da je po kratkem plenarnem uvodu sledilo delo v malih skupinah s po tremi do štirimi udeleženci, v skupini pa je ob vodji skupine sodeloval tudi opazovalec, katerega naloga je bila, da s svojimi opažanji spodbudi nadaljnjo razpravo in pomaga pri oblikovanju zaključkov.

Eden izmed zaključkov srečanja je bil, da srečanja skupine učiteljev, ki smo jo oblikovali, postanejo tradicionalna in del že uveljavljenih sestankov EURACT-a ter da se skupina aktivno vključuje v oblikovanje izobraževalnih aktivnosti na lokalni in mednarodni ravni. Veliko je bilo tudi govora o merilih, ki bi jih morali dosegati učitelji na različnih ravneh medicinskega izobraževanja ter mednarodne akreditacije učiteljev v družinski medicini. Med konkretnimi nalogami, ki smo si jih zadali do naslednjega srečanja, predvidoma naslednjo pomlad, je predstavitve dokumenta o izobraževanju učiteljev v družinski medicini širši strokovni javnosti, oblikovanje skupine, ki bo vodila raziskave na področju izobraževanja v družinski medicini, ter priprava kataloga metod poučevanja in ocenjevanja s primeri, ki bi predstavljali vodnik pri izbiri metod poučevanja in ocenjevanja za različne oblike medicinskega izobraževanja.

Udeležba na srečanju je bila finančno omogočena s sredstvi projekta »Leonardo Training course level 3 for trainers in Family Medicine«.

E-naslov: marija.petek-ster@mf.uni-lj.si

Začenja se Joint Action EUnetHTA 2

Marjetka Jelenc, Gordana Kalan Živčec

V Lizboni je 24. in 25. maja 2012 potekalo zadnje plenarno zasedanje skupščine projekta Joint Action (JA) EUnetHTA (European Network for Health Technology Assessment). Iz Slovenije sva se zasedanja udeležili Gordana Kalan Živčec kot predstavnica deležnikov (*stakeholders*) evropskega združenja CPME (The Standing Committee of European Doctors) ter Marjetka Jelenc kot predstavnica sodelujočega partnerja v projektu, Inštituta za varovanje zdravja (IVZ).

IVZ je doslej aktivno sodeloval pri večini obveznih delovnih sklopov projekta, kot tudi pri glavnih vsebinskih sklopih, kot sta področji zdravil in presejanj.

Zdravstvena tehnologija je s strani Mednarodne mreže za vrednotenje zdravstvenih tehnologij (International Network of Agencies for Health Technology Assessment – INAH-TA) opredeljena kot vsaka intervencija, ki se lahko uporabi za

spodbujanje zdravja in preprečevanje, diagnosticiranje ali zdravljenje bolezni, kot tudi za rehabilitacijo in dolgotrajno oskrbo. Gre torej za organizacijske sisteme, postopke, farmacevtske izdelke in naprave, ki se uporabljajo v zdravstvu.

Vrednotenje zdravstvenih tehnologij (Health Technology Assessment – HTA) je bilo leta 2004 s strani Evropske komisije in Sveta ministrov določeno za politično prioriteto. Ugotovljena je bila namreč potreba po ustanovitvi evropske mreže za vrednotenje zdravstvenih tehnologij. DG Sanco (Directorate General for Health and Consumers) je sofinanciral projekt EUnetHTA od leta 2006 do leta 2008. Od leta 2009 je EUnetHTA delovala kot kolaboracija, nato pa se je začel prvi JA EUnetHTA.

JA ali skupno ukrepanje je poseben mehanizem, ustanovljen z namenom financiranja velikih projektov, vključno EUnetHTA. JA EUnetHTA je uspešno potekal od leta 2010 in se bo zaključil konec letošnjega leta. V projekt je vključenih 32 evropskih držav, od tega 26 držav članic. Že oktobra letos pa bo stekel projekt JA EUnetHTA 2, ki bo nadgradil dosežke obstoječega JA in v katerem bo ponovno sodelovala tudi Slovenija. Tudi v JA EUnetHTA 2 bo sodelovalo 26 evropskih držav članic.

EUnetHTA je bila ustanovljena z namenom vzpostavitve učinkovite in trajne mreže za vrednotenje zdravstvenih tehnologij v Evropi (1). Mreža naj bi skrbela za razvijanje in uporabo orodij, ki bi zagotavljala pregledne, zanesljive, praktične in prenosljive informacije v procesu vrednotenja zdravstvenih tehnologij.

Usklajevanje potreb in zmogljivosti zdravstvenih sistemov je z vidika ekonomske situacije nujno tako v svetu kot v Sloveniji. Zato se osveščanje o vrednotenju zdravstvenih tehnologij povečuje, saj ravno vrednotenje omogoča učinkovitost pri porabi zdravstvu namenjenega denarja. S sistemom zdravstvenih tehnologij lahko ovrednotimo in izboljšamo kakovost zdravstvenih storitev ter zagotavljamo dostopnost in pravičnost v zdravstvu glede na razpoložljive vire in potrebe uporabnikov.

Kakovostno vrednotenje zdravstvenih tehnologij koristi tako ministrstvom kot zdravnikom, zavarovalnicam, bolnikom ter

proizvajalcem zdravil in medicinskih ter diagnostičnih pripomočkov. Vrednotenje zdravstvenih tehnologij ministrstvom za zdravje pomaga pri odločanju o tem, ali je neka nova zdravstvena tehnologija dovolj kakovostna in učinkovita za uvedbo v zdravstveni sistem. Za zdravnike in bolnike je ključna smiselnost, varnost in pravilna uporaba zdravstvene tehnologije. Zavarovalnicam, kot plačnikom, pravilno vrednotena zdravstvena tehnologija pomaga pri vedno težjih odločitvah glede financiranja. Proizvajalcem oz. investitorjem v različne medicinske tehnologije vrednotenje zdravstvenih tehnologij pomaga pri odločitvi, ali je sploh smiselno investirati in v kaj.

Vrednotenje zdravstvenih tehnologij v Sloveniji še vedno ni povsem zaživelo, saj študije, ki so bile izvedene, pogosto vključujejo le javnozdravstveni vidik in vprašanje ekonomske učinkovitosti zdravstvenih tehnologij (2). EUnetHTA pri odločanju priporoča nujno upoštevanje socialnega in etičnega vidika, organizacijskega vidika ter vidika varnosti, česar pa naše študije uvedbe novih tehnologij večinoma žal še ne upoštevajo. Številne evropske države že imajo agencije za vrednotenje zdravstvenih tehnologij ali sorodne službe, ki se ukvarjajo z vrednotenjem. Slovenija tovrstne agencije nima in je zato sodelovanje v tovrstnih projektih in črpanje znanja iz njih zato še toliko bolj pomembno. Orodja, ki se pripravljajo v sklopu projekta, bodo uporabna tako na državnih kot tudi lokalnih ravneh.

Literatura:

1. Moharra M, Espallargues M, Kubesch N, Estrada MD, Parada A, Vondeling H, Lo Scalzo A, Cristofides S, Turk E, Raab M. Systems to support health technology assessment (HTA) in Member States of the European Union with limited institutionalization of HTA. *Int J of Technology Assessment in Health Care* 2009; 25: 75–83.
2. Turk E, Prevolnik Rupel V. Vrednotenje zdravstvenih tehnologij v Sloveniji-status quo, izzivi, predlogi. *Bilten* 2010; (26) 1: 3–13.

E-naslov: gordana.zivcec-kalan@zzs-mcs.si



Revija Zdravstveno varstvo, ki jo izdaja Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, ima v letu 2011 faktor vpliva 0,452

Igor Švab, Marija Seljak, Saša Zupanič

Revija Zdravstveno varstvo izhaja pod okriljem Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije od leta 1962 in ima torej že 50-letno tradicijo obveščanja strokovne javnosti s področja javnega zdravja.

Konec junija je izšel JCR 2011 (Science Edition in Social Sciences Edition). Težko smo ga pričakovali, saj je revija Zdravstveno varstvo od leta 2009 vključena v SSCI ter posledično podvržena izračunavanju faktorja vpliva (IF). Faktor vpliva je sinonim za kakovostno uredniško politiko in visoko znanstveno raven revije. S svojim pomenom in uveljavljenostjo tako faktor vpliva zagotavlja reviji ugled, ta pa seveda reden in zadosten dotok kakovostnih člankov in s tem izbor le najboljših člankov v objavo.

Prvi izračun faktorja vpliva IF (2011) za Zdravstveno varstvo je 0,452.

Upoštevani so bili citati znanstvenih in preglednih znanstvenih člankov v letu 2011, ki so se nanašali na članke v letih 2010 in 2009.

Zdravstveno varstvo je v SSCI uvrščeno v kategorijo PUBLIC, ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH.

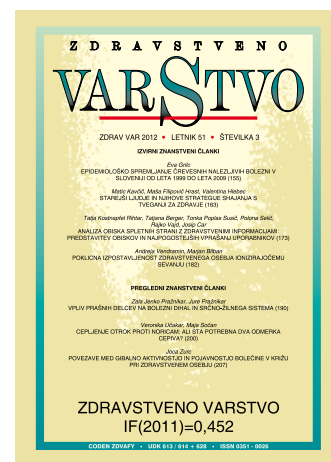
Skupno je v tej kategoriji 131 revij, Zdravstveno varstvo je na 119. mestu, kar predstavlja 4. kvartil te skupine. Najvišji IF v tej kategoriji v 2010 je bil 8,609.

V Sloveniji je bilo v letu 2010 18 znanstvenih revij s faktorjem vpliva, dve s področja medicine. Letos se je tej skupini priključila še revija Zdravstveno varstvo.

Čestitamo avtorjem, recenzentom in urednikom revije Zdravstveno varstvo in se jim hkrati zahvaljujemo za njihovo uspešno delo.

Ker pa nas izračun faktorja vpliva čaka vsako leto, se bomo trudili, da to lovoriko ohranjamo tudi v bodoče s kakovostnimi članki, strogo recenzijsko politiko in dobrim uredniškim delom. Citirane članke iz Zdravstvenega varstva 2010 in 2011 v letu 2012 v revijah, vključenih v SCI in SSCI, pa je seveda pot k uspehu v JCR 2012.

Revija Zdravstveno varstvo (ang. Slovenian Journal of Public Health – SJPH) je brezplačno v polnem besedilu dostopna na spletnih straneh evropske znanstvene založbe Versita <http://www.versita.com/sjph/>, kjer najdete tudi navodila avtorjem in vse osnovne podatke o reviji.



Prof. Rades je postal častni član Združenja za radioterapijo in onkologijo SZD

Irena Oblak

Zaradi odličnega sodelovanja s Sektorjem radioterapije Onkološkega inštituta v Ljubljani je Združenje za radioterapijo in onkologijo Slovenskega zdravniškega društva prof. dr. Dirka Radesa, dr. med., imenovalo za svojega častnega člana. V okviru tega sodelovanja si tudi v bodoče veliko obetamo, tako na strokovno-znanstvenem kot tudi na pedagoškem področju.

Prof. Rades je predstojnik oddelka za radioterapijo Univerzitetne bolnišnice v Luebecku, Nemčija (UKSH – Universitaet Klinikum Schleswig-Holstein), član uredništev več mednarodnih revij, član odbora za publikacije in odbora za izobraževanje združenja ASTRO (American Society for Radiation Oncology) ter svetovalec Mednarodne agencije za atomsko energijo (International



Atomic Energy Agency – IAEA) za tumorje glave in vratu ter za paliativno radioterapijo. Kot prvi avtor ali v sodelovanju z drugimi je objavil številne članke s področja radioterapije, predvsem radiokirurgije možganskih zasevkov in ekstrakranialnega stereotaktičnega obsevanja.

Plaketo za častno članstvo mu je na 31. ESTRO konferenci, ki je potekala od 9. do 12. maja 2012 v Barceloni, podelila predsednica Združenja za radioterapijo in onkologijo Barbara Šegedin, dr. med.

E-naslov: ioblak@onko-i.si

Univerza
v Ljubljani
Medicinska
fakulteta



Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Vrazov trg 2, razpisuje v zimskem semestru šol. leta 2012/2013 naslednje podiplomske tečaje:

- 1) **BOLNIŠNIČNA HIGIENA**
- 2) **DRUŽINSKA DINAMIKA II**
- 3) **CELOSTNA OBRAVNAVA ODVISNOSTI**
- 4) **PSIHOTERAPIJA**

Ad 1) Enosemestrski podiplomski tečaj »BOLNIŠNIČNA HIGIENA« je namenjen zdravnikom in zobozdravnikom, ki so zaposleni v zdravstvenih ustanovah, ter specializantom infektologije in klinične mikrobiologije. Na tečaj bo sprejetih 20 slušateljev. Kotizacija za semester bo predvidoma znašala 1.600,00 EUR (z DDV). Pričetek tečaja bo prvi teden v februarju 2013. Več informacij: mihaela.oberdank-hrastar@mf.uni-lj.si

Ad 2) Dvosemestrski podiplomski tečaj »DRUŽINSKA DINAMIKA II« (nadaljevalni) je namenjen kandidatom, ki so zaključili podiplomski tečaj iz družinske dinamike I. Sprejetih bo do 20 slušateljev. Kotizacija znaša 2.000 EUR + DDV. Pričetek tečaja bo v oktobru 2012. Več informacij: kat.psib@mf.uni-lj.si.

Ad 3) Dvosemestrski podiplomski tečaj »CELOSTNA OBRAVNAVA ODVISNOSTI« je namenjen zdravnikom, psihologom, socialnim delavcem, diplomiranim medicinskim sestram in diplomantom humanističnih smeri univerzitetnega študija, ki delujejo na enem od področij zasvojenosti. Sprejetih bo od 25 do 30 slušateljev. Kotizacija znaša 2.500 EUR + DDV. Pričetek tečaja bo v oktobru 2012. Več informacij: kat.psib@mf.uni-lj.si.

Ad 4) Dvosemestrski podiplomski tečaj »PSIHOTERAPIJA« je namenjen zdravnikom in univerzitetnim diplomiranim psihologom. Sprejetih bo do 25 slušateljev. Kotizacija znaša 2.500 EUR + DDV. Pričetek tečaja bo v oktobru 2012. Več informacij: kat.psib@mf.uni-lj.si.

Prijave sprejema tajništvo Medicinske fakultete, Vrazov trg 2, Ljubljana, do 31. avgusta 2012, za bolnišnično higieno do 30. oktober 2012. Prijavi oziroma prošnji priložite: **življenjepis, fotokopijo diplome, potrdilo o opravljenem strokovnem izpitu oz. specializaciji, izjavo ustanove ali kandidata o plačilu šolnine**. Vsi kandidati bodo pravočasno obveščeni o kraju in začetku tečaja.

Odgovornost in krivda v medicini*

Alojz Ihan

Makedonski delavec Ferid Saiti je 29. maja 2010 v Ljubljani umrl, potem ko na ljubljanski urgenci (v okviru Zdravstvenega doma Ljubljana) ni prišel do zdravnika. Kljub njegovemu očitnemu namenu, da poišče pomoč, ga je ustavilo izrečeno opozorilo, da bo moral plačati 100 evrov, če pregled ni nujen. Reakcija odgovorne zdravstvene ustanove po nesrečnem dogodku je bila, da so vse storili tako, kot je prav, in se ne čutijo odgovorne za nesrečni dogodek.

Kako je ta dogodek povezan s pravnim urejevanjem medicine? Najprej pojmovno. Pravo je tisto, ki posameznim spornim dejanjem dodeli natančno poimenovanje in iz tega izpelje ustrezno družbeno odzivanje. Zaradi doslednega družbenega odzivanja na ustrezno poimenovana dejanja se cela družba sčasoma nauči enovito razumeti posamezna dejanja, to pa je temelj družbenega konsenza – ko velika večina družbenih odnosov poteka mimo sodišč in kljub temu ne prihaja do resnejših konfliktov.

Zdravstvena ustanova, ki je zanikala svojo odgovornost v zvezi z nesrečnim primerom, je s tako nesmiselnim zanikanjem samo potrdila, da pravna ureditev odgovornosti v medicini ne deluje v prid družbenemu konsenzu, ampak nasprotno, ustvarja konflikte. Pri čemer se zatakne že pri sami besedi »odgovornost«. Beseda »odgovornost« (angl. responsibility, competence) opredeljuje tistega, ki ima določeno nalogo ali poslanstvo ter hkrati tudi pristojnost in moč, da svoje poslanstvo obvladuje in uresniči. Ali je zdravstvena ustanova odgovorna za zdravljenje bolnikov? Menda je, če ima vizijo svojega poslanstva, pa strokovno, kadrovsko in materialno pristojnost. Če česa od naštetega nima, potem je objektivno neodgovorna in bi ji pristojni nadzorni organi morali odvzeti pooblastila za zdravljenje. In zelo čudno je, da direktor zdravstvene ustanove zanika odgovornost. Je to sporočilo, naj se mu – njemu oz. ustanovi – takoj odvzame pooblastila? Če pa so neodgovorni!

Prva in najbolj logična izjava direktorja zdravstvene ustanove, kjer se zgodi incident, bi pravzaprav morala biti »priznanje« odgovornosti. »Naša ustanova ima nalogo, poslanstvo, strokovnost, pristojnost in vse potrebno, da obvladujemo zdravljenje bolnikov. Zato

obžalujemo incident, ki se je zgodil v nasprotju z vizijo našega poslanstva in odgovornosti. Resen bolnik, ki išče pri nas pomoč, ne sme oditi brez pregleda in oskrbe. Zato bomo storili vse potrebno, da bomo odkrili vzroke incidenta – subjektivne, objektivne, organizacijske, systemske, zdravstveno-politične. Odkritim vzrokom bo sledilo ustrezno ukrepanje. Poleg tega bomo tudi sami predlagali in se borili za ukrepe, ki bodo v bodoče preprečili podoben incident. Kot odgovorna ustanova bomo tudi storili vse, da bomo zmanjšali posledice incidenta na najmanjšo možno mero. O vsem bomo sproti in podrobno obveščali prizadete in javnost.«

Ampak zakaj je ob incidentu »priznanje« odgovornosti, ki je pravzaprav pozitivna izjava o lastni pristojnosti, viziji in operativnosti, tako težko izreči? Najbrž zato, ker beseda odgovornost v mnogih glavah še vedno spominja na frazo, ob kateri so ljudje nekoč pomislili na Goli otok ali kako podobno potovanje v neznanu. Odgovornost je bila v socializmu fraza za individualno krivdo. »Tovariš tainta je odgovoren za nizko udeležbo na proslavi!« To seveda ni pomenilo priznanja pristojnosti, ampak krivde. Krivda in odgovornost, ki sta dva povsem različna pojma, sta v naših krajih postala sinonima. Ali bolje rečeno, vsebina pojma odgovornosti, zlasti odgovornosti institucij, je v obdobju socializma enostavno odmrila, potem pa so besedo, če je že bila v slovarju, začeli uporabljati kot sopomenko krivde. Vzrok odmrtja pomena odgovornosti je bržkone v tem, da so bile institucije – od ZK do bolnišnic, tovarn in šol – v socializmu svetišča sistema in so bile enako kot sistem nedotakljive – nihče jih ni smel opominjati na odgovornost, to bi bilo bogokletje! Bolnišnica ali šola je bila popolna že zato, ker je bila plod socializma in torej »naša«, in o odgovornosti bolnišnice za konkretne primere ni moglo biti govora. Vsi smo bili ena sama socialistična družina, morali smo varovati svoj sistem kot punčico očesa, zato se ni spodobilo, da bi človek sprožal tožbe v lastni hiši. Če je kdo naredil kaj narobe, so bile to kvečjemu individualne napake in krivde. »Sistem je dober, samo ljudje ga ne uresničujejo,« je bila priljubljena fraza. V tem je bil socializem, ne da bi hotel, presunljivo podoben krščanstvu, kjer je tudi cerkev brezmadežna, samo ljudje so grešni in šibki. Še pedofilija je »slabost« posameznega duhovnika, cerkev s tem nima popolnoma nič!

* Članek je izšel v zborniku 21. simpozija »Medicina in pravo« (2012:87-95)

Kot ob incidentih v slovenskem zdravstvu poslušamo vodstva slovenskih zdravstvenih ustanov, kako zanikajo odgovornost za posel – zdravljenje, ki so ga kot ustanove prevzele, organizirale, izpeljale in zanj tudi izstavile račun. Po že utečenem obrazcu direktor pred novinarji zgolj zamrmra, da je bil sicer takrat v službi tainta tehnik ali medicinska sestra ali zdravnik, ampak po njihovih podatkih nič ne kaže na napako, vsekakor pa bodo interne komisije v naslednjih tednih raziskale, ali je sestra ali zdravnik ali tehnik kriv ali ne. Kaj pa, če iz mlekarne dobim plesnivo mleko, mi bo mar uprava le sporočila, kateri delavec je bil takrat v polnilnici in bodo naslednje tedne (in morda mesece, če je primer zapleten) raziskovali njegovo morebitno krivdo? O njihovi garanciji za moje mleko pa nič! In če se mi pokvari nov avto, naj bom mar potešen s podatkom, kateri Janez je vstavil tisti del v avto in bodo njegovo krivdo raziskovali? Ampak pri zdravljenju bolezni, ki je tudi institucijsko organizirana, timska dejavnost, pa vodstva ustanov naredijo točno to, kar bi človek pri soočenju z mlekarno ali avtomobilsko tovarno doživel v smislu »saj ni res, pa je«. »Pacient je res na čuden način umrl, ampak bomo sklicali komisijo in raziskali, če je res kaj krivde na zdravniku ali medicinski sestri.« Je že kdo slišal, da bi kaj podobnega ob incidentu ali nesreči storila letalska družba? »Mi nimamo nič s tem, samo govori se, da naš pilot rad včasih malo popije.« Pa ja, ali potniki pri nakupu karte barantamo s pilotom?! In zakaj družbi British Petroleum ob nesreči v Mehškem zalivu ni prišlo na misel, da bi začeli razglablјati o morebitni, a nepotrjeni krivdi nekega svojega inženirja na naftni ploščadi? Ker bi jim Obama že prvo sekundo zabrusil, da ga to en drek briga, ker ne bo tisti inženir plačal in saniral škode, ampak jo bo British Petroleum! V normalnem svatu se pogovarjamo o realni odgovornosti, ne pa o mističnih, individualnih grehah in krivdah!

Razen v že omenjenem socializmu, kjer je zaradi ideologije prenehal obstajati pojem institucionalne odgovornosti (ker je bilo vse »naše«), čeprav je pri večini organiziranih človeških opravil ravno »firma«, tj. institucija – tovarna, bolnišnica, letalska družba – tista, ki omogoča pristojnost, operativnost in s tem odgovornost. Kako naj bo posameznik odgovoren za kakovost avtomobila, ki ga načrtuje, sestavlja in preverja tisoče ljudi? In če se mi nov avto pokvari, se bom kot kupec začel ukvarjati z iskanjem tistega usodnega delavca, ali je odgovornost tovarne, da preveri tudi zavijanje tistega vijaka in vzpostavi sistem, ko taka napaka ni mogoča? Ampak ker je bila v socializmu tovarna relikvija sistema, je predstava o njeni odgovornosti umrla. Kot je umrla predstava o odgovornosti bolnišnice, ali šole, ali kar celega politično-ekonomskega sistema. Dokler ni prišel njegov nujni zlom.

Na žalost zlom političnega sistema ni pomenil tudi zloma v otroštvu naučenih obrazcev za socialistično iskanje »odgovornosti«. In treba je reči, da so taki obrazci še najbolj utrjeni v tistih najbolj študiosisnih glavah, ki so jim najbolj in najdalj časa prali možgane. Zdravniki smo gotovo med svojo vzgojo doživeli vrhunec socialističnega sprenevedanja glede odgovornosti

sistema in institucij, in posledice imamo še vedno v glavah. Pri posebnem predmetu »medicinska etika in deontologija« so nas prof. Milčinski in nasledniki že od prvega dne začeli učiti, da je odgovornost zdravnika osebna in osebna in osebna in osebna... Podobno kot so nas pri verouku učili o osebni odgovornosti za Kristusovo smrt pred 2000 leti. Kdor to sprejme, pade avtomatsko v krivdno razmerje do Boga in Cerkve kot njegove institucije, kajti sprejeti odgovornost, ki jo ne moreš pokriti s svojo pristojnostjo in zmožnostjo obvladovanja, je vnaprej izgubljena igra, ki vodi v programiran poraz, tj. krivdo. Kar je tudi eden od ciljev take vzgoje – krivda človeka naredi nesamozavestnega in ga obrne v obsojanje samega sebe in ga s tem naredi slepega za napake tistega, ki krivdo vzbuja. Posledica je slepa pokorščina. Z enakim mehanizmom, kot vzbujanje krivde s katoliško vzgojo, je tudi izključno poudarjanje osebne odgovornosti socialističnih zdravnikov za usodo pacienta povzročilo v zdravniških glavah občutenje nerealne krivde za potek zdravljenja pacientov. Naši socialistični medicinski učitelji so nas zaradi zapovedane slepote glede odgovornosti »najboljšega sistema« prepričali, da je celotna usoda bolnikov samo in izključno v naših rokah! (Pa ne da bi svoje tedanje učitelje obsojal, takrat sem jih spoštoval in tega spoštovanja nočem jemati nazaj, so pa seveda bili otroci svojega časa in prevladujoče ideologije. Kar ne pomeni, da v letu 2010 tega ni potrebno preseči.) Nauki njihove medicinske etike so nas medicince takrat seveda fascinirali, kot (pre)močna droga spodnese nevajenega »začetnika«. Pomislite, nezrelemu, možoljastemu medicinskemu brucu nekdo na prvi uri začne govoriti, da bo kmalu postal izključno in absolutno odgovoren za zdravje in življenje ljudi in naroda kot celote! Kako sladka droga za najstnike! In kako nerealistično nalaganje pričakovanj do samega sebe, ki na koncu, ko pride realnost, obremeni zdravnika z občutkom osebne krivde ob vsem, kar se napačnega dogaja v zdravstvu. Čeprav tisto napačno nima zveze s pristojnostmi zdravnika, so medicinci, omamljeni od sladke droge vsesplošne odgovornosti, vsako nelogičnost sistema sprejeli na dušo kot lastno krivdo. Z vsemi možnimi posledicami, ki logično sledijo in jim nekdo bolj drugi pa manj podleže – izogibanje operativnemu zdravniškemu delu (beg pred neobvladljivo odgovornostjo), izogibanje celostni (nespecialistični) odgovornosti za bolnika, izogibanje karierizem (kot obrambni odmik od ukvarjanja s pacienti), občutek vsemogočnosti in vsevednosti (obrambni odmik pred soočenjem z nepotrebnim trpljenjem pacientov), materializem (obrambni odmik od frustrirajoče zavezanosti medicini), težnja po umiku v zasebniško zdravniško obrtništvo (naravna rešitev iz prezapletene sistemsko-zdravstvene godlje), preganjave, odtujenost od dela. Medtem so se pri podobnem predmetu medicinske etike naši zahodni kolegi učili, kateri del pristojnosti mora zdravnik imeti v rokah, da bo imel korektno in uspešne odnose tako s svojim pacientom kot s svojim delodajalcem – vodstvom bolnišnice. Nič več in nič manj. Zakaj bi morali zdravniku pripisovati neskončno večjo mero odgovornosti, kot jo imajo strokovnjaki v drugih poklicih, saj to ni realno, niti res. Gradbenik lahko z napačno investicijo in izvedbo ogrozi mnogo več ljudi, pa če omenim še odgovornost podjetnikov

za usodo in tudi zdravje mnogih zaposlenih in njihovih družin, pa odgovornost pilotov... Zdravnikom realno pripada položaj visoko izobraženih strokovnjakov z zelo uporabnim in iskanim specialističnim znanjem. Tak položaj je našim zahodnjaškim kolegom že od nekdanj povsem zadoščal in so z marljivostjo iz njega praviloma stkali tudi zelo dober življenjski standard – brez da bi potrebovali patetične hvalospeve o svoji neznanski etiki in odgovornosti in požrtvovalnosti. Zato smo se tisti, ki smo obiskovali »kapitalistične bolnice«, pogosto čudili, kako mirno in celo navidez ležerno je tam potekalo zdravniško delo. Zdravnik je moral zgolj upoštevati delovna pravila, ki jih je določil šef oddelka, medtem ko funkcioniranje sistema – od aparatur, urnika ambulant, čakalnih vrst, laboratorijev do čistilk – res ni bila njegova skrb. Obratno pa je socializem vsakega posameznika obremenil z neizvedljivo odgovornostjo za celoten sistem, za kar posameznik ni imel niti pristojnosti niti izvršne moči. Posledica takega neskladja (čustveno indoktrinirane) odgovornosti in dejanskih pristojnosti je nujen osebni poraz, ki ga pri sebi prepoznamo kot občutek permanentne krivde. Izvirnega greha torej. S tega stališča je bil torej socializem samo drugačno prakticiranje krščanstva. S političnim sistemom kot nadomestkom Cerkve.

Napihnjene in vseobsežne socialistične lekcije medicinske etike so torej virtuosno razpredle v bodočih zdravnikih občutek krivde za funkcioniranje celega zdravstvenega sistema. Krivda nastane namreč v okoliščinah, ko odgovornost ni usklajena z izvršno močjo. Biti odgovoren za nekaj, česar objektivno ne moreš urediti, proizvede občutek krivde. Zdravnik je v resnici odgovoren in pristojen zgolj za neposredno izvedbo zdravljenja, na primer v ambulanti. Za to dejanje si mora odgovorno »vzeti« tisto količino časa in sredstev (preiskovalnih metod, napotnic, zdravil), ki so potrebni za kakovostno izvedbo zdravljenja. Če dela kompromise pri tem in se gre (zaradi ekonomike, težkega pristopa do preiskav ali kolegov specialistov) »približno medicino«, je zdravnik neodgovoren pri svojem temeljnem opravilu. Zunaj svoje temeljne odgovornosti do dobro opravljenega pregleda in zdravljenja pa zdravnik ni odgovoren! Če ob tem, ko zdravnik dobro poskrbi za pacienta, nastaja čakalna vrsta ali finančna izguba – to ni zdravnikov problem, ampak problem njegovega direktorja! Ki naj uredi organizacijo dela tako, da ne bo čakalnih vrst. Zdravnik ne more skrbeti za manjšanje vrst. Tudi če se raztrga ali začne zgolj približno obravnavati paciente, kot posameznik ne more kaj bistveno prispevati k zmanjševanju vrst, le sebi lahko odvzame mirno vest in se potopi v morje krivd – krivda zaradi čakalnih vrst v ambulanti, krivda zaradi želje, da v nerealnem času »obdelam« vse čakajoče v ambulanti, krivda zaradi napotnic, ki jih ne sme napisati zaradi finančnih omejitev, krivda zaradi preiskav, ki jih ne sme opraviti zaradi stroškov, krivda zaradi terapij, ki so predrage... To preprosto ni vzdržno in je nepošteno tako do bolnikov kot do samega sebe. Zato je potrebno obzirnost do sistema preprosto zrušiti. Ker je zdravstveni sistem, ki od zdravnika zahteva prevzemanje krivd, preprosto perverzen. Kot je perverzno to, da sistem v zahvalo za nerealistično zdravniško prevzemanje krivde tradicionalno

poskrbi, da do osebnih kazenskih sankcij ne pride – in ta »kultura odpustkov« se vidi tudi pri državnih direktorjih, menedžerjih, sodnikih, da o politikih ne govorim. Vse po katoliškem principu – prevzemi krivdo za sistem in sistem ti bo odpustil kazen. Namen vsiljenih krivd v zdravstvu je bil seveda narediti zdravnike slepe, gluhe in neme za sistemsko-politične napake; in hkrati narediti zdravnike, ki kljub svoji nemoči odločanja nase jemljejo krivdo za vse, kar se dogaja v zdravstvu. Zato so mnogi zdravniki zase še danes prepričani, da so najboljši direktorji bolnišnic, najboljši ministri za zdravje, najboljši organizatorji gradnje bolnišnic, najboljši pogajalci pri nakupu aparatur, najboljši načrtovalci zdravstvene mreže in zdravstvenega financiranja, najboljši investicijski planerji – čeprav o večini naštetih opravil nimajo niti osnovne izobrazbe. In hkrati zdravniki na operativni ravni sprejemamo nase krivdo za celotno usodo pacienta v zdravstvu. Kar je tako nerealno in vzbuja toliko nelagodja, da se zdravniki začnejo tako ali drugače – izogibati pacientom. Usoda pacienta, ki potrebuje pomoč, namreč pretežno meri ni odvisna do posameznega zdravnika, ampak od ustreznosti postavljenega in organiziranega sistema. Odgovornost zdravstvenega sistema je ustrezno zajeti paciente in jih pripeljati k zdravstveni ekipi, ki lahko zaradi svojih ustrezno specializiranih izkušenj in operativnosti prevzame polno odgovornost za njegovo zdravljenje. Če pride pacient iz tujine z neko tropsko boleznijo, zdravstveni sistem pa ni vzpostavil ustrezno izsolane ekipe specialistov in diagnostičnih laboratorijev – kdo je potem zatajil? Seveda lahko obesimo krivdo zdravniku, ki ni prepoznal nečesa, s čimer se še nikoli v življenju ni srečal, niti nima ustreznih diagnostičnih možnosti in izkušenj. Ampak to je že tisti obrazec socialistične neodgovornosti, ki slepo ščiti sistem (bolnišnico) na račun vzbujanja krivd posameznikom. Da ne govorim o vrstah ali minutazi zdravniških pregledov. Kaj ima zdravnik v ambulanti z vrsto pred njo? Vrsta je očiten organizacijski problem sistema in o njej morata razpravljati direktor bolnišnice in šef zavarovalnice, ne pa zdravnik v ambulanti.

Še hujša je neodgovornost bolnišnic, ko se zgodi neželen incident ali napaka pri zdravljenju. Če je bolnišnica »firma«, ki je glede na pristojnosti, organiziranost in pogodbe nosilec odgovornosti za zdravljenje bolnikov, bi morala bolnišnica v primeru incidentov ali napak pristati v središču aktivnosti in odgovornosti, tako do bolnikov kot tudi v iskanju nepravilnosti pri delu svojih zaposlenih. Pa se je v vseh dosedanjih incidentnih primerih bolnišnica dobesedno potuhnila in porinila pod žaromet odgovornosti zdravnike – posameznike. Zdravniška zbornica pa je to igro slepote za odgovornost institucije praviloma sprejela in tudi sama začela mrcvariti zdravnike kot posameznike. Pa bi bilo potrebno le sestaviti komisijo, ki se ne bi ukvarjala s krivdo konkretnih zdravnikov (o tej naj raje presoja sodišče v civilnih ali kazenskih tožbah), ampak s tehtanjem, ali je glede na težo dogodka potrebno takoj zapreti bolnišnični oddelek vse dotlej, dokler bolnišnica jasno ne pokaže in dokaže, kaj se je dogodilo in kaj je storjeno, da kaj podobnega ne bo več mogoče. Ne vem, zakaj zveni to za naša v socializmu zrasla ušesa tako neverjetno (češ, to je pa ja naše, a bomo sami sebi zapirali bolnišnico!!!).

Če se zastрупim s sladoledom, pa je vsakomur razumljivo, da je treba zapreti slaščičarno, dokler lastnik na lastne stroške vsega ne razčisti in sanira. In potem se lastnik zelo potruži, da dokaže, kaj točno se je zgodilo in kako bo to v prihodnje preprečil, in odgovorni lastnik seveda tudi zelo hitro poišče morebitno (ne)odgovornost pri svojih zaposlenih. V primeru zdravstvenih incidentov pa zunanje komisije, ki ne poznajo delovnega okolja bolnišnice, težaško brskajo po mogočih in nemogočih rekonstrukcijah dogodkov, ob tem pa v bolnišnici natančno vedo, zakaj in kako se je vse zgodilo. In imamo neskončno igro mačke in miši. Zakaj ne bi zunanja komisija zgolj preprosto ugotovila, da se je zgodil incident zunaj okvira normalnega poteka ali kakovosti zdravljenja in naj bolnišnica kot odgovorna institucija izvoli takoj zapreti tisti oddelek in potem prevzame vse dejavnosti za to, da najde vzroke, zagotovi odpravo vzrokov in s kakovostnim poročilom o dogodku in ukrepih prepriča naročnika – zavarovalnico – da je njen oddelek spet »varen« za bolnike in lahko začne delovati. Kaj ni avtomatska naslovitev odgovornosti na bolnišnico veliko bolj normalna, kot da vsi skupaj zaslepljeno branimo »sistem« ter se zato opotekamo okoli individualnih krivd, mečkamo po zbornicah in komisijah in ne upamo gledati v smer, kjer je dejanska pristojnost in tudi odgovornost za obravnavo pacienta.

In lahko si predstavljamo, kako hitro bi bolnišnica, katere preživetje bi bilo ekonomsko odvisno od njenega dela – zdravljenja, rekonstruirala vzroke incidenta in storila vse, da se njen oddelek čim prej spet odpre. In kako ostro bi se vodstvo bolnišnice odzvalo na razkritja morebitnih napak svojih zaposlenih, če bi take napake povzročile bolnišnici velike stroške saniranja posledic. Prav gotovo ne bi bilo potrebno večmesečno delo takih ali drugačnih komisij. Ki dobro vedo, kako nerealno je v tako kompleksnem timu, kot je medicinski, za vzrok katastrofe preiskovati samo dejanja tistega zdravnika, ki je bil slučajno zadnji dan ali celo samo nekaj zadnjih ur v stiku s pacientom, s katerim se je pred tem tedne ali mesece ukvarjalo ali se zaradi organizacijskih težav in posebnosti »ni ukvarjalo« že deset, dvajset drugih ljudi. Zakaj ravno v primerih katastrof odgovornost, ki si jo sicer lasti sistem, umetno in nerealno naložiti na pleča enega samega posameznika?

Čeprav v vseh drugih situacijah zdravstveni sistem jasno kaže, da zdravnikom ne dopušča niti malo pristojnosti in odgovornosti, ko bi morali zdravniki sprejemati samostojne odločitve – s finančnimi posledicami. Ko gre torej za finance in stroške, zdravstveni sistem naenkrat zdravniku popolnoma nič ne zaupa in ga ima za povsem neodgovornega upravljavca zdravja njegovih pacientov. Zato zdravstveni sistem na primer slovenske zdravnike družinske medicine finančno tako omeji pri naročanju preiskav za svoje bolnike, da ne morejo igrati kaj drugega kot triažnike za napatitve k specialistom. Kaj ni to jemanje strokovne odgovornosti tistim, ki sicer znajo, ampak jim »sistem« tega znanja zaradi bojazni pred nenačrtovano zdravstveno potrošnjo ne dovoli uporabljati, čeprav bi ga pacienti potrebovali. Saj bi bilo še ceneje zdravnike preprosto ukiniti! Podoben

primer je tudi dejstvo, da slovenski zdravstveni sistem zdravnikom prepoveduje uporabljati kakršnekoli postopke zdravljenja, ki jih zavarovalnica ne predpisuje; dovoljeno pa jih je na primer uporabljati vsem drugim alternativcem, od avtomehaničarjev do brezposelnih ekonomistov. Ko pa se malo ozremo naokrog, ugotovimo, da smo v tem zdravniškem čistunstvu neka evropska izjema, bolj papeški od papeža in nekam izjemno zagrizeni v »pravo« medicino. Ob tem mi je prišel na misel vic: »Če voziš po avtocesti in zagledaš množico besnih idiotov, ki vozijo mimo tebe v napačno smer...« Mogoče se je dobro ustaviti na robu ceste in se kaj vprašati. Kdaj ljudje potrebujejo medicino? Res samo takrat, ko to predpiše zdravstveni sistem? In kakšen del ljudi, ki imajo težave z zdravjem, rabi intenzivista? In kirurga? In internista? Ali naj vse ljudi, ki glede na zavarovalniška pravila ne »zaslužijo« pozornosti intenzivista ali kirurga ali internista, napodimo k avtomehaničarju z novoodkritim talentom za odkrivanje podzemnih tokov, kar resda ni daleč od angiografije? In kdaj je potrebno premisliti o odvzemu licence zdravniku: kadar bolnik doživi škodo zaradi opustitve diagnostičnih in terapevtskih storitev v skladu s strokovnimi smernicami? Ali zaradi uporabe homeopatskih kapljic, ki po mnenju stroke tako in tako nimajo nikakršnih učinkov? Je lahko nekdo kaznovan za »nič«? Kot izvedenca za presojo septičnega incidenta me menda ne bo brigala izvedba refleksne masaže stopal, ampak diagnostično in terapevtsko ukrepanje ob prvih znakih sistemske okužbe. Zdravnik ravna napačno, če ne upošteva antibiogramskega izvida, v njegove nasvete glede prehranskih dodatkov pa se menda ne bom spuščal. Mogoče je bil pacient tak, da je za reševanje svoje zaskrbljenosti potreboval neko mantro s kakim čajem. Pa kaj! Ali je za reševanje svoje osebnosti integritete pred vsemogočnim zdravnikom nujno rabil preučiti petsto internetnih strani in najti najboljšo kitajsko gobo za imunski sistem. Pa kaj, če se zdravnik od pacienta kaj novega nauči in zraven pacientu še omogoči najti tak terapevtski odnos, kot ga osebnostno lahko prenese! Mislim celo, da bi se vsak medicinec, ki da kaj nase, moral naučiti kakšno zabavno komplementarno prakso. Osebnostno še najbolj priporočam osnove treniranja teka, fitnesa in joge. Ali nevrolingvističnega programiranja, čeprav slednjega ne razumem, zveni mi pa lepo. Vsekakor pa dejstvo, da znate pacientu – tekaču narisati fiziološki (hormonski, metabolni, vnetni, glukozni, oksigenacijski, kardialni, vazomotorni) profil njegovega treninga, vašo komunikacijo z njim desetkratno izboljša. In zaupanje. In vodljivost pri terapiji. To pa je že precejšen del »prave« medicine.

Ampak vseeno, kljub jasno opredeljeni kazenski odgovornosti za zdravnika, ki za dobrobit zdravja pacienta ne bi upošteval medicinskih smernic, zdravniku nočemo priznati odgovornosti in pristojnosti za zdravje njegovega pacienta preko finančno dovoljenih postopkov in pravil. Namesto odgovornosti za pacienta zdravniku vsiljujemo zavarovalniška pravila. Katerih namen ni toliko zdravje pacienta, ampak bolj vzdrževanje iluzije o kakovostnem zdravstvenem sistemu, ki mora cenovno ostajati znotraj nerealno majhnih stroškov. Zdravniku zdravstveni sistem noče dati odgovornosti za zdravje pacienta predvsem

zato, ker se boji, da bi se v primeru večje zdravnikove odgovornosti povečali stroški za delovanje sistema. Velikokrat zdravnik na primer ve, da bi pacientu bolj koristil trening telesne vadbe kot tablete – ampak saj si zaradi zavarovalniških pravil ne more vzeti nekajkrat tedensko po četrtr ure časa, da bi pacienta ustrezno navadil telesne vadbe; niti zdravnik ne more predpisati pacientu trenerja telesne vadbe, ker je zavarovanje ne plača in bi nastal vtis, da nimamo najboljšega zdravstvenega sistema. In če zdravnik pacientu kljub temu ponudi telefonsko številko trenerja ali fizioterapevta? Saj to je korupcija! Torej raje predpisovanje tablet! Pacientu bo sicer slabše, ampak sistem bo ostal neomažeževan in finančno vzdržen!

Samo zaradi tega se po mojem občutku zdravnik pri nas tudi ne sme ukvarjati s homeopatijo. Ker sistem v strahu pred stroški in izgubo lastne birokratske veličine noče zdravniku podeliti polne odgovornosti za zdravje pacienta, kljub zdravnikovemu znanju. Zdravnik mora izvrševati zavarovalniška pravila, ne sme pa si privoščiti odgovornosti za zdravje pacienta, lahko je v primeru katastrof samo občasno kriv, da s svojo žrtvijo zakrije napake v sistemu. Kot na primer izrecno piše v dopisu, ki sem ga pred kratkim prejel od zdravstvene zavarovalnice – v njem glede predpisovanja novega zdravila, ki ga je stroka sprejela kot del terapije, piše, da zavarovalnica zdravila ne bo financirala, ker ni denarja. Dejstvo, ki ga človek razume; če ni, pač ni, so taki časi in taka država. Ampak dopis dodaja: »Odgovornosti za terapijo vam s tem ne moremo odvzeti, pričakujemo tudi, da bolnikov ne boste napotovali, da si sami kupijo zdravilo.« To je to! Treba je ščititi sistem in zato naj bolniki raje ne izvedo, da zdravilo obstaja!

Kljub spremembi družbenega sistema smo v novem sistemu z asistenco zakonodaje sestavili enako hiperkontrolersko državo s hipertrofiranimi pooblastili, ki vsem, ki nekaj konkretnega znajo, jemlje strokovno odgovornost. Zato, da bi jo, po arhaičnem reflektu, ohranila vsemogočna država, ki z njo sicer ne ve kaj početi. Ker država s svojimi maloštevilnimi kadri in z ubogim znanjem ne zmore in ne zna izvajati tisoče strokovnih odločitev in opravil, pa naj se posamezniki na ministrstvih še tako trudijo. Kako naj minister ve, katera bolnišnica bolj rabi obsevalni aparat in katera tomografijo in katera operacijskega robota in katera svojo zahtevo izreka zaradi resne potrebe in katera samo zato, da ne bi kdo dobil vtisa o njeni razvojni stagnaciji ali o majhnih testisih njenega šefa? In od kod sploh ideja, da o nabavi aparatov in prezidavi sob in hodnikov in ostalih tehnično-investicijskih vprašanjih odloča ministrstvo? Seveda iz komunizma, tam je skupinica vseznalcev odločala o stvareh, o katerih ni imela pojma. Zato je komunizem pobralo. In zdaj »komunistično upravljanje« poteka še slabše kot v komunizmu, ker pač – nimamo komunizma. Takrat je bila vsaj izvedba jasna in kratka: Maček-Zemljarič-Izvršeno. Zdaj pa so vmes še pravniki izumili zakone in pravilnike in poslovnike, zaradi katerih lahko vsi mirno kimajo navodilom ministrstev in se jim za hrbtom režijo in delajo po svoje, ker se prej zamenja

minister, kot se kakšna resna intervencija prikotali skozi fliperje »pravniške države«.

Danes imajo ministrstva le ogromen kup slamnatih pooblastil, za katera pa nimajo ljudi z znanjem, ki bi razumeli, za kaj gre. In v majhni državi, kot je Slovenija, si na ministrstvih niti ni mogoče privoščiti strokovnjakov, ki bi imeli znanje o vsem tistem, o čemer »odločajo« ministrstva, to bi bilo ubijalsko za stroške državne uprave. Državne strokovne inštitute (na primer Kochov, Goethejev) si lahko privoščijo veliki narodi, Slovenci si lahko iz vsakega področja privoščimo le eno skupino strokovnjakov, ki so hkrati raziskovalci, univerzitetni učitelji in strokovnjaki za prakso. Ampak na naših ministrstvih ne razumejo, da zakonska pooblastila še ne pomenijo strokovnih kompetenc.

Ampak ne me razumeti narobe, ne trdim, da so akterji opisanih upravnih postopkov kaj posebno pokvarjeni ali krivi, gre samo za absurd ideje, da se morajo ministrstva vtikati prav v vsako investicijo ali nabavo ali zaposlitev državnih podjetij ali zavodov, na primer neke bolnišnice. Namesto da bi odločanje in hkrati odgovornost, od pravne do finančne, prenesli tja, kjer se procesi odvijajo in kjer je znanje o njih največje. Ampak potem politične glave ne bi imele občutka, da imajo vse pod kontrolo. Čeprav ta slamnata »kontrola« v resnici pomeni nekaj povsem kontraproduktivnega, da namreč z njo odvezujejo vodstva bolnišnic za odgovornost glede zdravljenja, poslovanja, nabav in ni čudno, da gre potem vse k vragu. Kajti v centru problemov zdravstva je sistemska (ne)odgovornost bolnišnic in drugih zdravstvenih zavodov, ki bi sicer morali biti osrednji naslov (»firma«) za odgovornost v zdravstvu. Tako kot je tovarna zdravil naslov za odgovornost glede učinkovanja zdravil. Bolnišnice bi morale delovati kot odgovorna podjetja do svojega naročnika – zavarovanca, ki prek zavarovalnice sklepa pogodbo za storitve. Ampak bolnišnice so v resnici državno-politično dirigirani konglomerati, ki nimajo niti temeljne odgovornosti za načrtovanje in investicije – absurdno je na primer, da nakup milijonske aparature ali druge investicije ni del bilance bolnišnice, ampak politično-planersko »podarjen« denar – zato bolnišnica od države raje, že zaradi testisov njenega šefa, izsili opremo za pet kot za dva milijona, pa čeprav bi bila razlika v funkcionalnosti zelo mala. Ampak ker investicija ni del celotnih stroškov bolnišnice in je v bodočnosti ne bo treba »povrniti« iz zaslužka pri opravljanju storitev, je gospodarnost pri načrtovanju investicij v zdravstvu vnaprej izglubljena.

Podoben primer napačnega lociranja pristojnosti je na primer projekt informatizacije zdravstva. Pri čemer gre v resnici za ogromen problem nekomunikacije med zdravstvenimi ustanovami. Vsa dokumentacija, izvidi, laboratorijski rezultati... so v papirju in praktično nedostopni že različnim oddelkom iste bolnišnice, kaj šele med ustanovami. Zato je ogromno nepotrebnega ponavljanja preiskav, prepisovanja podatkov, izvidov, obupno nepotrebno in potratno. Ampak tudi pri tako potrebnem projektu je absurdna ideja, da mora to urejati Ministrstvo za zdravje, ki nima tozadavnega znanja, niti strokovnjakov, niti izvršne moči pri zdravstvenih organizacijah. Pa gredo milijoni

in desetine milijonov za razpise in projekte, informatizacija pa ne pride nikamor, ker so vsi nezainteresirani razen računalničarjev, pa še ti samo do točke, ko zmagajo na tem ali onem razpisu in si zagotovijo denar. Potem pa se v praksi izkaže, da je vsaka bolnišnica in zdravstveni dom država zase, večina dokumentov nima v e-obliki, kjer jih imajo, pa njihovi e-lokalci skrbijo, da stvari niso povezljive, čeprav bi jih vsak Jure iz 3. letnika računalništva znal povezati v dveh urah. Zato je informatizacija zdravstva precej nemogoč

projekt, dokler ga vodi ministrstvo, ki se mu lahko vsi režijo in delajo po svoje, ker pač ni več Mačka in Zemljariča. V resnici pa je to projekt za zavarovalnico, ker ima samo zavarovalnica vzvode, ki bi prisilili zdravstvene zavode k resnosti in bi se kar sami začeli povezovati, če bi jim grozila ukinitvev plačil. To pa je neprecenljivo. Ampak kaj ko pri nas politika misli, da mora vse imeti v rokah, čeprav s tistim ne zna in ne zmore kaj pametnega narediti.

E-naslov: alozj.iban@mf.uni-lj.si

Zakaj ugaša projekt izvajanja protetične ortopedske dejavnosti v Splošni bolnišnici dr. J. Potrča Ptuj

Teodor Pevec

Pisalo se je leto 2008, ko je takrat sorazmerno nov direktor bolnišnice Robert Čeh, dr. med., prišel iz Ljubljane z idejo, da bi na Ptujju začeli izvajati primarno protetiko kolka in kolena. Ideja je bila menda dana izvirno od bivšega ministra za zdravje, Dorijana Marušiča, dr. med., ki je imel očitno željo zmanjšati čakalne vrste na ortopedskih programih, hkrati pa je tudi g. Ceglar z ZZZS prikazal finančni izkoristek tovrstnega programa. Sam sem bil, kot predstojnik kirurškega oddelka, ki naj bi prevzel celotno izvedbo, zadolžen za izvedbo. Jasno, da sem videl številne težave; tudi zato, ker sem jih predstavil pred navdušenjem nad samo idejo, sem takrat pol leta preživel v nemilosti direktorja, kar pa na sam projekt ni vplivalo.

Treba je seveda takoj dodati, da ptujška bolnišnica v tistem času ni imela zaposlenega nobenega ortopeda, se pravi, da se je bilo treba povezati z ortopedi iz mariborske bolnišnice. Slavko Kramberger, dr. med., takratni predstojnik ortopedskega oddelka, je imel načrt, da bi svoj oddelek, terciarno ustanovo, razbremenil primarne protetike, ker je vedel, da njegov oddelek potrebuje prostor in energijo za zahtevnejše reči, ki mu jih takrat očitno ni primanjkovalo. Tako so bili vključeni v projekt ortopedi Andrej Moličnik, Tomaž Tomažič, Tomaž Brodnik, Slavko Kramberger. Kirurgi na našem oddelku so se zelo pozitivno odzvali na izziv, saj mi ni znan noben primer, da bi se specialisti neke stroke intenzivno in kakovostno posvetili delu povsem druge stroke. Tako je nastal model, ki je zame

še vedno edinstven in ne glede na vse kritike pomeni model, ki bi ga slovensko zdravstvo moralo uporabljati.

Jasno, da nismo imeli niti instrumentarija, instrumentarke so se morale s pomočjo mariborskih kolegic in kolega naučiti povsem novih znanj. Sestre na oddelku, intenzivna enota (ki je takoj naredila polintenzivno na kirurškem oddelku), fizioterapija, rtg-oddelek (inženirji), transfuzija, vsi ti so bili vključeni v projekt.

Bolnike sprejemamo ob petkih, jih operiramo v soboto, naslednjo skupino pa sprejmemo v nedeljo in jih operiramo v ponedeljek. Ob sobotah se naredi štiri ali pet operacij, v ponedeljek tri. Praktično celoten tim izvede vse operacije v prostem času. Vsi bolniki so pred operacijo popolnoma obravnavani v anesteziološki službi, tudi prvi dan preživijo pod neprestanim nadzorom.

Operativni tim sestavljata dva ortopeda, kirurg z oddelka, ki potem ves teden skrbi za te bolnike in je v povezavi z ortopedom – operaterjem. Anesteziološka ekipa je v celoti »ptujška«, instrumentirajo tri instrumentarke, od tega ena skrbi za hiter pretok instrumentarija, saj sicer ne bi mogli npr. ob sobotah do 16. ure narediti pet protez. Od začetka je bilo seveda veliko privajanja. Združili smo dva svetova, mariborskega in ptujškega, svetova, ki sta bila do tega projekta nezdružljiva; spominjam se, kolikokrat smo šli skupaj po omarah in preverjali, ali imamo na zalogi res vse, kar bi utegnili potrebovati. Sedaj lahko rečem,

da si povsem zaupamo in da je na tem področju razdalja med Mariborom in Ptujem mnogo manjša.

Seveda je spomin selektiven in načeloma se spominjamo samo lepih stvari, nismo pa pozabili, da so bili tudi v naši hiši že od pričetka tihi nasprotniki projekta, kar je morda nepomembno, v našem primeru pa ni, ker ti nasprotniki sedaj sodelujejo v vodenju bolnišnice.

Največji kamen spotike v samem projektu je bil, da smo imeli praktično vsi izvajalci z bolnišnico pogodbe o sodelovanju, ali podjetne ali preko s.p.-jev, ki smo jih odprli na ta račun. Tu velja poudariti, da pri odpiranju s.p.-jev nismo nikoli naleteli na informacijo, da počnemo kaj nezakonitega, imeli smo celo pravno mnenje, ki temu pravno ni nasprotovalo, ker je šlo za opravljanje dejavnosti, ki v našem opisu del v lastnem zavodu ni bila opisana. Kritike, da smo okradli državo s prispevki, zdravčam, saj smo plačevali prispevke v skladu zakonodajo, kot jih plačujejo vsi ostali s.p.-ji. Za odpiranje s.p.-jev je bil dejansko najbolj zainteresiran direktor, ker je kot dober gospodar takoj videl, koliko stroškov manj ima bolnišnica na ta račun.

Svet zavoda je potrdil ortopedsko dejavnost in jo tudi vnesel v statut bolnišnice, je pa sedanji svet zavoda v zadnjem letu, odkar sem se udeleževal sej, neprestano zavračal tako pravno ureditev plačil preko pogodb in imel tudi sicer v glavnem pomisleke glede izvedbe le-tega. Pogosto vprašanje je recimo bilo, zakaj so vsi na pogodbah, zakaj ne zaposlimo celotnega tima. Pokazali smo, da je za bolnišnico ceneje, če plačujemo zgolj izvedbo operacij in ne vsega praznega toka, ki se sicer ustvarja v vsakem javnem zavodu. Tudi zato so menjave operacij v soboto bistveno drugačne kot med tednom.

Stroškovno učinkovitost se je hotelo večkrat zmanjšati ali jo celo prikazati kot negativno. Utež bolnišnice je pomembno narasla, drugo je, zakaj ta porast ni bil ustrezno ovrednoten za bolnišnico.

Kaj pa bolniki? Ali ni čudno, da se nihče ne ukvarja s tem vprašanjem? Do trenutka, ko pišem to besedilo, smo opravili 910 operacij, to je 910 v glavnem zelo zadovoljnih bolnikov. S kolegom pripravljava strokovne članke, ki bodo ovrednotili tudi rezultate kliničnega dela. Glede na to, s kakšno skrbjo se je delalo, da se uporablja najmodernejša materiale in instrumente, in predvsem, da operirajo samo izjemno izkušeni in zelo sposobni ortopedi, me rezultat ne skrbi preveč. Spominjam se izjave direktorja ene od ortopedskih bolnišnic, da so njihovi bolniki ponosni, da čakajo v čakalni vrsti na operacijo pri njih. Odgovarjam mu z besedami enega od naših operirancev, ki smo ga ob sprejemu vprašali, ali se strinja, da bo operiran na Ptuju: »Vseeno kje in kdo, lahko sedaj tu na hodniku, tako dolgo me že boli.« Jasnno je, da so predstojniki ortopedskih oddelkov v preteklosti naredili zelo malo, da bi se ortopedski program primarne protetike porazdelil po celotni Sloveniji, in njihova odgovornost je zelo velika, saj je škoda, ki je s tem nastajala, mnogo večja kot škoda zaradi pogodbenega dela.

Sedaj po Zakonu za uravnoteženje javnih financ bolnišnica ne more več sklepati pogodb z izvajalci. Na ministrstvu se s ptujsko ortopedijo ne želijo posebej ukvarjati. Sicer so imeli sestanek s poslancem iz naše bolnišnice, na katerem pa očitno niso govorili istega jezika, ker rezultat tega sestanka ni prinesel ničesar, kljub temu, da je bilo poslancu obljubljeno, da letos ne bo sprememb.

Da bi bile težave še hujše, se je ravno v tem času tudi vodstvo bolnišnice odločilo za zmanjševanje stroškov dela na tem projektu, kar glede na dejstvo, da v tako prostovoljen projekt ni mogoče nikogar siliti, predstavlja nove težave.

Sam dejansko ne dojemam, kako lahko projekt, ki temelji na izrazitem zadovoljstvu bolnikov, strogo nadzorovani kakovosti dela, plačilu po opravljenem delu, zaide v take birokratske težave. Ne bi se rad posluževal teorije zarot, vendar je glede na to, kaj se dogaja, kar sem zadnje leto slišal na sestankih sveta zavoda in kako reagirata bolnišnično vodstvo in ministrstvo, jasno, da ne gre za naključne težave.

Bolnišnica je za ta program doslej dobila približno 5 milijonov evrov; to ni majhen denar, povečala je svojo gravitacijsko področje, saj smo operirali bolnike od Kopra do Goriškega. Nasprotno, zmožni bi bili narediti okoli 320 protez letno, kar bi nas postavilo med velike igralce na tem področju. Tudi travmatološka dejavnost ima veliko od tega, saj smo dobili nove instrumente, predvsem pa obilico izkušenj in znanj, saj so zato tudi moje proteze narejene sedaj bistveno boljše kot pred prihodom ortopedov.

Na veliko se govori, kako bo ta program prevzel UKC Maribor. Glede na to, da je takratni predstojnik menil, da UKC potrebuje prostor za terciarno dejavnost, kar, roko na srce, primarna protetika res ni, lahko to pomeni zgolj, da UKC-ju zmanjkuje terciarnih ortopedskih bolnikov. Mar res?

Na koncu naj še enkrat poudarim, da bi bil edini razlog, ki bi ga sprejel za prekinitev programa, slabo delo z bolniki. Tega podatka ni. Odnos do projekta ortopedije na Ptuju kaže pravo sliko medicine v Sloveniji. Medicina je naravnana od bolnikov, v uravnilovko izvajalcev, storilnost se ne plačuje, politika se v Ljubljani pod pretvezo skrbi nad zakonitostjo igra sama s seboj in se potem razočarana čudi, kako je ljudje ne marajo.

Na Ptuju bomo naredili še program v juliju in avgustu, do številke 1.000 očitno ne bomo prišli.

Pripis avtorja: avtor izraža svoje poglede in ne pogledov bolnišnice, od prvega trenutka je sodeloval pri vsaki podrobnosti izvedbe programa in ne izraža uradnih stališč bolnišnice.

E-naslov: teodor.pevec@sb-ptuj.si

Nesramno dobro plačilo

Jasna Čuk Rupnik*

Vsaka politika že po tradiciji išče krivce, da bi vanje preusmerjala oči in jezo javnosti po lastnih potrebah in čim bolj učinkovito. Tiste javnosti, ki je zaskrbljena, včasih pa že obupana zaradi trpljenja, krivic in negotovosti, ki so posledica seštevka vseh slabosti vodenja države v tistem in v preteklih časih. Zgodovina se ponavlja.

Delovanje države je kot človekovo zdravje: z nepriemernimi ukrepi ga lahko ogrozimo. Odsev modrosti in znanja dr. Janeza Ruglja, čigar strokovno zapuščino prav ob svojem dolgotrajnem življenjskem zorenju vse bolj cenim, je med drugim stavek: »Človeka lahko uničijo družina, šola ali politika.«

Družina me ni uničila. Nasprotno. Podarila mi je izkušnjo skromnih in poštenih, pa tudi bistrih, razgledanih in zelo delavnih ljudi, budnih in sočutnih tako za dobroto in poštenost tega sveta kot za krivice in zlaganost.

Šole me niso uničile. Nasprotno. Omogočile so mi odlične izkušnje, zaradi katerih visoko cenim znanje, lastni razmislek in tudi lastna raziskovanja, ob tem pa redno preverjanje svojega dela in svojih odločitev v neprestanem ciklu rasti in vzpona kakovosti v življenju.

Tudi politika me ne bo uničila. Nasprotno. Kot mlada zdravnica splošne prakse, takrat le ena od dveh v času dopustov prisotnih zdravnikov, sem pred več kot tridesetimi leti nekega avgusta preživela v »stalni pripravljenosti« še šestnajst noči; to je dobra polovica meseca; to sta več kot dva tedna po sedem noči in ob tem še trije polni vikendi; to je tudi šest sobot in nedelj skupaj. **In vse to poleg redne dnevne ambulante in z njo povezane redne dnevne urgence.**

Takrat mojega osebnega dohodka ni obravnavala slovenska javnost.

Se je pa začel moj mož pospešeno soočati s pogostimi službenimi odsotnostmi svoje žene in te so v najinem odnosu postale stalnica. Otrok takrat še nisva imela.

Po selitvi v Ljubljano sem začela živeti oddaljena od zdravstvenega doma dobrih 30 in ne več le 2 km. Pa se je moja »stalna pripravljenost« kar lepo nadaljevala.

V času »stalne pripravljenosti« bi lahko bila na svojem domu v Ljubljani, saj je Ministrstvo za zdravstvo izdalo mnenje, da »stalno pripravljenost« lahko izvajam

kar od doma, če lahko z osebnim vozilom pridem do pacienta v roku pol ure. Vse v skladu s pravili stroke. Ja, do nekaterih bi morda res prišla tako hitro; če bi le drznejše pritisnila na plin. Pa sem po razmisleku in posvetu z možem za lokacijo »stalne pripravljenosti« raje izbrala kar zdravstveni dom. V svoji predanosti stroki sem pač menila, da neke res ustrezno hitre pomoči bolni in poškodovani na tak način od mene pač ne bi dobili. Ure nočnega počitka mi je takrat nudil majhen, trd dvosed v tajništvu, kjer sta čez dan precej tobaka pokadila tajnica in direktor – nezdravnik. Z njima pa še vsi tisti, ki so v tajništvo prišli tudi le na kratek »čik«.

Nastopil je čas specializacije in rojevanja otrok. Drugi otrok je med porodom zamrl: že zgodaj v nosečnosti je nastopil delni odstop prenikzo ležeče posteljice, ko sem na njivi pobirala krompir. Mesec in pol je otrok še uspeval vegetirati v meni, jaz pa sem kot specializantka pediatrije ves čas redno hodila na delo. Občasno z bolečinami in otekanjem nog, pa kaj!? Delo mora biti opravljeno! Ob popoldnevih in večerih sva z možem študirala, jaz za specializacijo, on za magisterij in ob tem skrbela za še ne enoletno hčerko in dom. Sama. Brez pomoči staršev. No, kakorkoli, tistih zahiranih in negibnih 1.700 gramov so zdravniki uspešno reanimirali in danes je Jure že odrasel in »še kako živ«!

Po štiriletni specializaciji in treh vmesnih »porodniških« so bili v našem zdravstvenem domu zaposleni že nekateri novi zdravniki, saj je število prebivalcev že močno naraslo. Zato so se moje odsotnosti od doma kot »stalna pripravljenost« pojavljale manj pogosto. Ne več kar po sedem noči v tednu in ves pripadajoči vikend, ampak le še po eno ali dve noči na teden in le še vsako četrto ali peto soboto in nedeljo. Vse to seveda poleg rednega dela v torek in četrtek popoldne. Tudi plačilo za to delo je postopno pridobilo vrednost »dežurstva«. Otroke sem takrat uspela pocrkljati v petek zvečer, se z njimi pogovorila in jim kaj prebrala, znova pa smo se objeli v ponedeljek popoldne. Torej dva dni in pol, kar tretjino tedna, samo z očetom. Občasno pa za kak teden pri moževih starših na Krasu. Moja starša sta bila takrat že dolgo mrtva.

Hja, so pa najini otroci morda prav zaradi mojih odsotnosti zrasli v tako samostojne, odgovorne in samosvoje ljudi?!

Pojasnjevati razloge za nadurno delo med slovenskimi zdravnicami in zdravniki presega dojemanje realnosti tistih oseb, ki teh razlogov ne poznajo. Ne poznajo

* Direktorica ZD Logatec

dejstva, da je zdravnikov za potrebno delo premalo, ker v splošno zdravstvo nočejo več; da si tudi z upokojenimi zdravniki marsikdaj ne moremo ustrezno pomagati, ker tudi teh ni dovolj, pa še zbolijo kdaj ali se poškodujejo. Iz teorije in prakse vem, da pojasnjevanje tako ali tako ne omogoči razumevanja s strani drugače mislečih. Vsaj praviloma ne. Le tisti, ki stvar poznajo, pa lahko zares razumejo, za kaj gre. Drugi ne zmorejo. Je že tako.

Pred časom sem znova doživljala enega tistih vrhunskih užitek, ki ga lahko ponudijo najbolj zgodnja poletna jutra: na kavču dnevne sobe me s knjigo v roki pozdravi čarobni dotik prvih sončnih žarkov. Maksima. Brala sem Pahorjevo Nekropolo. Odlomek, ki subtilno opisuje doživljanje mladega moškega ob soočanju z obrazi rabljev v minutah pred obešanjem. Ja. Danes mi tudi v podoživljanju tistega enkratnega branja uspeva najti vzgibe za uspešno zaščito pred političnimi, medijskimi in drugačnimi poskusi linčanja.

Pa še nekaj. Dolgo nisem razumela svetopisemske misli o nastavljanju še drugega lica. Na podlagi svoje male merice človeške modrosti, ki se s takimi in drugačnimi izkušnjami počasi in vztrajno krepi, jo zdaj razumem.

V svojem štiriletnem mandatu direktorice sem ob delu spoznala mnogo direktorjev naših zdravstvenih domov. Tako zdravnikov kot nezdravnikov. Hvaležna sem usodi, da me je na ta način povezala z mnogimi izjemno sposobnimi, modrimi in odgovornimi ljudmi. Ljudmi, ki se z vso dušo predajajo zahtevnim izzivom razvoja primarnega zdravstva.

Za takšno delo potrebuje človek pač presežek energije. In mnogi ga imajo. Tudi sama ga imam že od nekdaj. V osnovni šoli menda nisem manjkala pri nobeni izvenšolski dejavnosti. V letu, ko začasno ni delovala glasbena šola v Logatcu, sem se dvakrat tedensko vozila z vlakom na Rakek. Od doma do vlaka in nazaj pa seveda peš. Dva kilometra v eno smer. Tudi pozimi v snegu. Avta doma nismo imeli. Pozimi pa sem bila v

sveže zapadlem snegu že od malega prva smučarka, ki je hitela na vrh Tičnice ujet sončni vzhod in takoj za tem občudovat svoje prve smučine v celcu. Vrhunsko doživetje!

Kam pa sem vlagala presežek svoje energije kasneje? V številna prostovoljstva, v tečaje za učitelje smučanja, v dramski krožek »bežigrajske«, tudi v vožnjo iz Logatca v Ljubljano dvakrat tedensko že ob 5.15; da sem lahko imela klavirsko uro od 5.45 do 6.30 in sem ob 7.00 že sedela v predavalnici stare MF.

Še več bi lahko naštevala. Pa bi lahko na moč podobno naštevala vsa konstruktivna vlaganja obilne ustvarjalne energije v življenjsko zakladnico znanja in humanosti tudi iz življenjskih zgodb številnih naših kolegic in kolegov. Mnogi med njimi danes še vedno neumorno sprejemajo nova in nova bremena svojega poslanstva; poslanstva zdravnika.

Pred leti mi je mož pripovedoval zanimivo zgodbo iz svojega otroštva. Kot majhen, še predšolski otrok je na polju doživel utrinek pretresljivega kmečkega vsakdana. Po ozki in kamniti poti je stopal kmet in priganjal vpreženega vola. Voz je na težavni poti zdrsnil, se prevrnil in k tlom vlekel še vola. Kaj pa se je zgodilo kmetu? Kmet je skočil k volu ... in ga začel mlatiti.

Spomina na to, kako je uspelo rešiti voz, ni več. Otroški um in otroško srce pa sta ohranila nekaj drugega: spomin na takratno misel, da takšno ravnanje ni prava stvar.

»Alo!!! Vlečte!!! Zaslužkarji! Pokvarjenci!«

»Muuuuuuu. Do kdaj pa?«

Orwel je prognoziral trenutek, ko naj bi vzljubili »velikega brata«.

Pričakujemo v Sloveniji trenutek, ko naj bi vzljubili »velikega kmetavza«?

E-naslov: cukovi@gmail.com

Zemlja je še vedno okrogla, mar ne? In tudi vrti se...

Gordana Kalan Živčec

K temu zapisu so me vzpodbudili kolegi, ki so prebirali izredno enostransko informacijo vodstva Fidesa o vlogi zbornice, o moji osebni vlogi in vlogi mojih sodelavcev iz izvršilnega odbora pri strategiji

zmanjševanja in uravnoteženja obremenitev zdravnikov, predvsem primarne ravni, kot eni ključnih usmeritev Koordinacije zdravniških organizacij. Kako

všečno in preprosto je mogoče pojasniti položaj, če se ga gleda le iz ene perspektive.

Življenje bi bilo veliko bolj enostavno, če bi bilo le v eni dimenziji, ravni. Vendar je življenje bolj podobno Zemlji, za katero je že dolgo znano in dokazano, da je okrogla. Torej je vsaka njena točka nekoliko minimalno zakrivljena, kar predstavlja možnost, da se z nje tudi »pade«. Da lahko po tej »nevarni« Zemlji varno hodimo, nam omogoča gravitacija, »lepilo«, ki nas veže nanjo. In da so vse to dokazali, so bili mnogi preganjani, nekateri so tudi izgubili življenje. Okrogla Zemlja* je zame simbol pluralizma. Simbol, ki nam nazorno kaže, da stvari nimajo le ene dimenzije, temveč bistveno več. Da je potrebno k vsaki stvari pristopiti iz več zornih kotov, ker je od tega odvisna slika, ki jo vidimo.

Če smo ljudje z Zemljo povezani z gravitacijo, kaj povezuje ljudi med seboj? Ali ste se kdaj vprašali, kaj je lepilo sodelovanja, sloge? Meni dober cilj, prava skupna odločitev, možnost pluralizma, priložnost povedati in biti slišan, ... vsekakor vse tisto, kar nas odlikuje kot ljudi, tudi intelektualce, še posebej humaniste. Že kar nekaj časa je minilo od tedaj, ko sem slišala stavek (in seveda tudi vsi ostali navzoči), ki je bil izrečen v sicer dobri razpravi: »Tisto, kar sem se odločil in predlagal glavnemu odboru, bo ta sprejel!« Kje je tu pluralizem? Kje je tu priložnost nagovorjenih za biti slišan? Kje je tu skupni cilj? Ali je takšna odločitev potem res skupna, ali je to zgolj navidezno? Ta stavek mi je porušil dotedenje iluzije. Prinesel je pravzaprav streznitev! Ne želim oblikovati skupnega cilja, želim doseči, da je le moj cilj pravi, tisti, ki ga podpiram, mi je sporočal avtor tega stavka.

Koordinacija je srečanje partnerjev, vodstev zdravniških organizacij, ki imamo ali bi vsaj morale imeti skupne cilje: dobrobiti zdravnikov in tudi bolnikov, priložnost za kakovostno izobraževanje, urejen zdravstveni sistem, prizadevanja za našo visoko strokovno usposobljenost, avtonomijo, možnost aktivnega izboljševanja okolja, v katerem delujemo, in še veliko drugih. Pri doseganju teh ciljev enkrat ena, enkrat druga organizacija prevzame vodilno vlogo. Ostali po svojih najboljših močeh prispevamo, da se zastavljen cilj tudi doseže. To je pluralizem, to je sloga. Vsaj zame!

Ne bom komentirala zapisa iz zgoraj navedenih informacij, ker je to zame »prelito mleko«. Ni ga mogoče več spraviti v steklenico. Bolje je iskati nove načine in najti »novo steklenico«. Veliko časa in energije je brez potrebe in nepovratno izgubljene v pojasnjevanju tega, kdo je krivec. Mar je to res potrebno? Če se porablja čas in energijo za dokazovanje in popravljanje osebnih krivic, je ostane premalo za uveljavljanje in doseganje dobrih ciljev. Ali ni bolje iskati načinov in ustvarjati priložnosti za biti slišan, energijo prisluhni drug drugemu? Vedeti, da ne obstaja le ena perspektiva. Zemlja je vendar okrogla!

Za jesen smo oblikovali tudi vsaj tri nove dobre cilje. Zbornica kot avtonomna, demokratična zobo-/zdravniška organizacija

lahko slovenskemu zdravstvenemu sistemu ponudi vsaj še tri nove kakovostne funkcije: izvajanje strokovnih nadzorov institucij, vodenje registra pravnih oseb, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, in ključno – izvajanje mediacije med bolnikom in zdravnikom. Na prvi pogled verjetno ni vse razumljivo, pa vendar zelo logično.

Zbornica ne more izvajati strokovnega nadzora institucij, ker za to nima pooblastila. Je pa to s svojimi člani – strokovnjaki vseh medicinskih področij – sposobna. V povezavi s finančnim in upravnim nadzorom bi bila to več kot učinkovita oblika nadzora. Ne zgolj zdravnika posameznika, temveč sistema, ki posameznika pripelje pogosto v povsem nemogoč položaj. Ali ne govorimo, da je potrebno uveljaviti dober sistem? Ne pa kar naprej s prstom kazati na zdravnika, posameznika! Zemlja je vendar okrogla.

Vse več je podjetij, ki imajo lastnike, direktorje nezobo-/zdravnike. Kapital oblikuje družbo, ki predvsem na lokalni ravni pridobi koncesijo za opravljanje zdravniške dejavnosti, zaposli zdravnika ali zobozdravnika, ki nato postane klasičen mezdni delavec. Četudi dejansko opravljanje dejavnosti temelji prav na njegovem delu. Znanе so že zakonske podlage, ko je to onemogočeno, npr. na področju revizije, notariata. Pravih podatkov o družbah, kjer so zobo-/zdravniki zgolj »mezdni delavci«, dejansko ni, ker jih nihče sistematično ne vodi. Celo več, četudi zakon nalaga, da je pred podelitvijo koncesije potrebno mnenje zbornice, za takšne družbe nihče ne pridobiva nobenega mnenja ..., brez posledic, razen dolgoročno prav za zobo-/zdravnike in še posebej za bolnike. Ali njihove tako pridobljene (finančne) bonitete odtehtajo varnost bolnikov?

Zakon o pacientovih pravicah je mediacijo kot obliko komunikacije med bolnikom in zdravnikom umestil na Ministrstvo za zdravje. Naša izkušnja je, da bi bilo veliko bolj učinkovito, če bi tudi zbornica lahko neposredno izvajala mediacijo med bolnikom in zobo-/zdravnikom. Praktično vsakodnevno prihajajo na zbornico vloge, ki v osnovi niso pritožbe, so bolj apel, prošnja, potreba povedati še komu, ko je prišlo do spora z njegovim zobo-/zdravnikom. Prepričana sem, da bi z neposredno mediacijo takšnih prošenj lahko izboljšali odnos v sistemu in še posebej našim članom dali oporo v trenutku, ko so soočeni s situacijo, v kateri sta obe strani zelo zainteresirani za razrešitev. Zemlja je vendar okrogla.

Za zaključek le: Zemlja je še vedno okrogla, mogoče na polih malce sploščena, pa vendar se vrti ... in »vrtimo« jo še naprej, složni in iskreni drug do drugega.

*V nasprotju s »ploščato Zemljo«, kot v knjigi »Nicka Daviesa: Zgodbe s ploščate Zemlje«, ki jo priporočam za poletno branje.

O zdravstveni reformi – z ministrom

Alojz Ihan

Zdravstveni minister mora poskrbeti za vsaj tri področja: da obstaja v državi jasen dogovor o obsegu zdravstva, ki si ga solidarno zagotavljamo davkoplačevalci, da se dogovorjen obseg zdravstva realizira v cenovno in kakovostno učinkovitem zdravstvenem sistemu in da ljudje odgovorno ravnajo s svojim zdravjem kot s svojim najpomembnejšim premoženjem. Katero od teh treh področij je v Sloveniji najbolj zanemarjeno oz. je treba na njem največ narediti?

Mislim, da je dolgoročno treba najprej poudariti odgovornost ljudi za lastno zdravje. V socializmu je bil vtis, da država zastoj poskrbi za zdravje, in to je bilo slabo, ker za zdravje skrbi predvsem vsak zase. Tu je mogoče ogromno narediti, da bi ljudje v čim bolj poznih letih potrebovali zahtevnejše zdravljenje, kar bi bistveno razbremenilo zdravstveni sistem. Veliko se da doseči s pozitivnimi kampanjami za kulturo zdravega življenja.

Pa je mogoče odgovornost za zdravje doseči samo s pozitivnimi kampanjami? Kaj pa ukrepi, ki učijo odgovornosti s pomočjo resnejših lekcij, na primer delnim plačevanjem zdravil, storitev, ali s sistemom refundacij zdravstvenih stroškov, da se ljudje sploh zavedo, koliko določeno zdravljenje stane?

Se strinjam, da zaradi sistema, kjer je bilo vse »zastoj«, ljudje nimajo predstav o stroških, zato je to tudi vir zdravstvene lahkomi-selnosti. Mislim pa, da je treba stvari spreminjati bolj s pozitivnimi ukrepi, drugače ne gre, omejitve so lahko hitro nepravilne do določenih skupin ljudi. Zdravje je tudi zelo politično občutljivo področje. Vsak večji ali hitrejši ukrep, ki se lahko razume kot zmanjšanje pravic, naleti na popolno politično blokado, ker je mogoče na tem področju politikantom brez posebnega znanja vsiljevati svoje interese ne glede na dolgoročno dobrobit skupnosti in države. Podoben primer smo že imeli v pokojninski reformi. Danes bi vsem zelo koristilo, če bi jo imeli za sabo.

Pomembno ali celo odločilno za delovanje zdravstvenega sistema je oblikovanje konsenza o tem, kaj ljudje želijo imeti (in prek davkov plačati) kot splošni, državljanski, solidarni zdravstveni standard. Vsega, kar razvoj zdravstva ponuja, ni mogoče plačati najbrž nikjer na svetu. Konsenz o »košarici« pa je naporen podvig celo pri bolj dialoških narodih. Če pomislim na iskanje konsenza o pokojninskem sistemu, je politika slab moderator.

Vseeno mislim, da je naloga politike, da najde dokaj širok konsenz. Je pa problem naše politike velika kratkovidnost, ki vsako zdravstveno temo raje izrablja za pavšalno opozicijsko in promocijsko udrihanje kot za vsebinsko razpravo. Problem pri doseganju konsenza pa je tudi omajano javno zaupanje v racionalnost zdravstva. Vsakdanje afere o pretiranih cenah zdravil, slabih razpisih, slabo vodenih zdravstvenih investicijah, razsipnosti pri nabavah ne prispevajo k volji ljudi, da se dogovarjajo o omejevanju pravic.

Ampak razprava o dvomljivi racionalnosti zdravstva ne izključuje hkratne razprave o zdravstveni košarici, oboje

je potrebno hkrati, ena bo racionalizirala zdravstvo, druga pa pričakovanja do zdravstvenega sistema.

Se strinjam, razpravi se po vsebini ne izključujeta, vendar dvom v racionalnost zdravstva politično otežuje pripravljenost ljudi, da bi razmišljali o zmanjševanju svojih zdravstvenih pravic. Zato smo se pri interventnih varčevalnih ukrepih odločili, da ne posegamo v košarico pravic, bo pa velik del zdravstvene reforme v prihodnje moral potekati okoli dogovora o košarici pravic, to bo ključno. Z racionalizacijo zdravstva se vnaprej pripravljamo na ugovore o omejevanju in bolj jasnem definiranju zdravstvenih pravic. Ljudje morajo najprej verjeti, da je zdravstvo naredilo vse, da za pošteno in optimalno ceno opravlja svoj posel. Potem sledi logično vprašanje, koliko od teh kakovostnih in pošteno ocenjenih zdravstvenih storitev smo pripravljeni plačati skupaj in solidarno, koliko pa vsak zase.

Do konsenza o košarici pa gotovo ne bo prišlo spontano. Tudi oblikovanje ustave je bilo treba organizirati, čeprav rečemo, da je volja ljudstva.

Seveda se to ne naredi samo po sebi, to je naloga zdravstvene politike, finančna sredstva so in bodo omejena in določitev košarice je nujna. Vseeno pa ne gre samo za omejevanje, ampak za hkratno razpravo o zdravju, zdravstvu, prioritetah, življenjskem slogu, položaju in vrednotenju posameznih strok. Vse to razjasnjevanje lahko prinese še veliko več koristi za dolgoročno zdravje ljudi, kot bodo samo proračunske koristi. Vendar, če obstaja dvom v racionalnost zdravstva, je težko voditi takšno razpravo.

Torej se organizacija družbene razprave o določitvi košarice pravic še ni začela.

Izkušnje kažejo, da je kakršen koli poskus krčenja dosedanjih zdravstvenih pravic padel v vodo. Tudi če je šlo za zelo blage omejitve ali za zelo majhne skupine ljudi ali celo samo za organizacijske spremembe v zdravstvu, so se takoj našle zainteresirane skupine in spodbudile nezadovoljstvo, dokler ni vse ostalo po starem. To pomeni, da bomo v slovenski konsenz verjetno morali potegniti večino dosedanjih pravic in se potruditi, da jih z razpoložljivimi sredstvi v čim večji meri tudi zagotovimo.

Pa ne bi za oblikovanje racionalne košarice bolje od politike in ministra, ki ga za vsak predlog omejitve že iz strankarskih motivov drugi dan križajo po vseh medijih, poskrbela zavarovalnica, ki dela v mirnejšem okolju?

Zavarovalnica naj ne bi sprejemala odločitev o zdravstveni politiki, ampak samo organizira zdravstvene izvajalce, odgovornost za sistem pa nosi in mora nositi politika, ker je le-ta na koncu tudi naslovnik ugovorov in protestov.

Ja, če govoriva o našem državnem zavodu, ki se malo ponesrečeno imenuje zavarovalnica, čeprav bolj kot ne razdeljuje davkoplačevalski denar. Kaj pa prave, tržne zavarovalnice, te pa so vajene postaviti človeku vprašanje, kaj pravzaprav želi in koliko je pripravljen plačati.

Tudi tržna zavarovalnica mora opredeliti svojo košarico pravic. Če ta ostane ista, se naše zdravstvo pri komercialni zavarovalnici verjetno celo podraži. Če se košarica skrči, to za ljudi ne bo sprejemljivo

in bodo spet terjali našo odgovornost. Enako tudi, če zavarovalnica naredi pakete različnih košaric in s tem uvede zdravstveno neena-kost. Poleg tega lahko paketi povzročijo vzajemni interes zdravstvenih izvajalcev in zavarovalnic po kopičenju dodatnih in tudi nepotrebnih zdravstvenih storitev, ki na koncu izrazito podražijo izdatke za zdravstvo. Česar gotovo ne želimo. V vsakem primeru pa bo za zdravstvo na koncu odgovarjala politika, zato je prav, da sama tudi vodi ves proces in vanj vključi čim več zainteresiranih.

Ampak zdi se, da ga ne vodi na način odprtega parlamentarizma, kjer se javno izpostavi celoten problem in oblikuje družbeni konsenz o načelih rešitve problema, nato pa sledi zakonodajna rešitev. Pri nas se reforme delajo brez predhodnega ubesedenja problemov in iskanja konsenza, delajo se bolj s posamičnimi ukrepi, s potiskanjem v neko smer, s prilagajanjem trenutnim težavam. Proti cilju se plazimo med grmovjem, namesto da bi gledali zemljevid in vzravnano hodili po cesti.

Meni je gotovo ljubši dogovor, če je le mogoč. Na teh področjih je racionalen dogovor zaradi kratkovidnosti politike in interesnih skupin težko izvedljiv. Javni pogrom se zgodi na še tako racionalen in nujen ukrep, potem pa okoliščine, kot je na primer to varčevanje, silijo v trenutne odločitve in ukrepe, ker drugače ne gre.

Torej če povzamem glede zavarovalnic – sedanjí ZZZS vidite še naprej kot osnovo našega zdravstvenega sistema.

Ja, sem za oblikovanje večine sedanjih pravic, vključno z dodatnim zavarovanjem, v enotno košarico v okviru ZZZS. Ob tem pa poudarjam odgovornost medicinske stroke, da pri novostih smiselno presoja, ali jih je primerno uvajati v enotno košarico, ali jih je glede na manjše javno zdravstvene koristi bolje prepustiti zdravstvenemu trgu, samoplačniškemu ali zavarovalniškemu.

Pri tem konceptu predvidevam, da tudi sprostitve evropskega zdravstvenega trga ne bo bistveno spremenila razmer, saj bo tujim zavarovalnicam ostal zelo majhen segment samoplačniških storitev, vse ostalo bo v košarici ZZZS.

V tem trenutku je to najbrž res, lahko pa bodo razširjale ponudbo, če nekdo na primer želi nadzor kardiologa 24 ur dnevno ali morda financiranje npr. zasebnih zdravstvenih zavodov ...

Ta koncept je zelo socialen, ampak pri omejenih sredstvih se na ta način zdravstvo lahko sili v finančni jopič, ki bo glede na razvojne možnosti strok pretesen. Stroka lahko nazaduje.

Tu pa dobi pomen odgovoren odnos stroke do zdravstvene politike. Stroka mora znati utemeljiti, kaj od novosti je treba uvesti v sistem.

Ampak zgledi so slabi. Naj spomnim na desetletno ne vključevanje sodobnejših zobozdravstvenih storitev v zavarovalniški paket, čemur je sledil začasen razmah »domačega« zasebnitva, ki je nekaterim celo godil, zdaj pa se veter obrača v zobozdravstveni turizem čez naše meje.

Zobozdravstvo je slaba šola. To se je ohranilo iz jugoslovanskega sistema, kjer se je zobozdravstvo doplačevalo in tradicija je šla naprej, da se ne bi obremenjevalo drugega dela zdravstva. Drugo vprašanje pa je, kaj je pri tem delala stroka, zakaj se ni ustrezno

odzvala in argumentirala ter si prizadevala za uskladitev zavarovalniške ponudbe z razvojem zobozdravstva.

Če torej tržnih zavarovalnic ne potrebujemo za oblikovanje košarice storitev, pa je po drugi strani razširjeno mnenje, da zavarovalnice učinkoviteje opravijo racionalizacijo zdravstvene ponudbe, ker se znajo uspešneje kot vlada pogajati za ceno storitev.

Res je tako mnenje, ampak pri nas so cene storitev vendarle postavljene precej realno, če se primerjamo s sosedi. Če bi zavarovalnice narekemale cene, bi postal to glavni element storitve, kar bi šlo lahko na škodo bolnika, slabši materiali, storitve ... Osebnostno se bolj zavzemam za agencijo, kot jo imajo v nekaterih državah, in ta se ukvarja s standardi določanja cen storitvam. Gre za neodvisen organ, ki ima ves čas nadzor, pregled nad cenami doma in v tujini in ob skrbi za ustrezno kakovost storitev zagotavlja, da cene ostajajo pošteno in realne. Če bi bil namreč v našem okolju trg res dober mehanizem, bi nam desetletje zasebnih pobud in s. p.-jev moralo že krepko premešati cene, pa se ni še nič spremenilo. Agencija pa bi s svojimi strokovnjaki znala oceniti, kakšna je realna in poštena cena, za katero mora biti javna ustanova zmožna opraviti določen poseg. In tudi to, ali je struktura posegov v neki stroki in skupini bolnikov v skladu s pričakovanji. Če v Nemčiji ali Švici določeno vrsto najdražjega medicinskega materiala uporabijo na petih odstotkih bolnikov, pri ostalih pa petkrat cenejši, pri nas ne more biti indicirana uporaba pri 50 odstotkih takih posegov. Ali pa, da se za neko bolezen naredi trikrat več diagnostike. To ne more biti odvisno od individualnih ambicij posameznikov, ker gre za prevelike vsote denarja.

Pa tako agencijo že vidite v Sloveniji?

To je ideja, ministrstvo nima ljudi in ni usposobljeno za taka opravila. Tudi zavarovalnica takih ljudi nima.

V katerem delu stroke pa bi potem taka agencija iskala podporo, v tujih ali domačih pogodbenikih, v zbornici, zdravniškem društvu, RSK-jih ...? V Sloveniji ni neskončno možnosti.

Verjetno v sodelovanju z RSK-ji, ki bi bili ustrezno organizirani. RSK-ji so svetovalni organi ministrstva, v njih je stroka s



specializiranimi znanji, v njih so tudi predstavniki največjih institucij, ki zagotavljajo operativnost.

Kako pa potem gledate na pobudo Slovenskega zdravniškega društva, da bi vse strokovne organizacije poenotili v strokovne svete, vključno z RSK-ji? Včasih je res nenavadno, ko isti ljudje sestankujejo o istih temah v RSK-jih in v sekcijah SZD.

Na eni strani se strinjam z neko krovno organizacijo in koordinacijo, po drugi strani pa so RSK-ji posvetovalni organi ministrstva za zdravje in brez stroke ministrstvo ni sposobno odločati. In ker ima ministrstvo za zdravje svoje odgovornosti, mora ohraniti in okrepiti tudi sodelovanje z RSK-ji. Pomemben je torej tudi odnos in odgovornost RSK do ministrstva za zdravje.

Lahko pa bi ministrstvo pooblastilo tudi strokovne organe SZD, da so njegovi posvetovalni organi.

Tu imam pomisleke. Glede pooblastil se je pri zbornici že izkazalo, da se lahko s pooblastili oddalji od sebe možnost ukrepanja, odgovornost pa vseeno ostane. Pri nadzorih pooblastila že niso najbolj učinkovita, saj ministrstvo samo ne more ukrepati, čeprav javnost od njega zahteva odgovornost. Zato bo treba pri naslednji pogodbi z ZZS bolj natančno doreči izvajanje pooblastil tako glede nadzorov kot tudi specializacij. Sicer ni v interesu ministrstva, da bi dana pooblastila zbornici prevzemala, mora pa predaja pooblastil potekati v skladu s pričakovanji, merili in odgovornostjo, ki jo ministrstvo ima.

Nadzori v zdravstvu so v resnici paradoksní, začne se z incidentom, ZZS pregleda zadnjega zdravnika, ki je imel stik s pacientom, in mu »sodi« v pravniško ničnem postopku, ne more pa se razsodišče ZZS ob tem vtikati v organizacijo zdravstvene dejavnosti, ki je pri incidentih navadno bistvena.

Mislím, da je odgovornost ministrstva za zdravje kot ustanovitelja, da opravlja te nadzore in ukrepa.

Ampak kaj ni pri odgovornosti bolje, da jo ugotavlja nekdo, ki ni »lastnik«? Ministrstvo ima kot »lastnik« do državne bolnišnice vseeno nek sentiment, ne more pustiti, da se bolnišnica zapre ali da pride preveč na slab glas.

To je bolj problem internih strokovnih nadzorov v ustanovah, kjer očitno nekaj ne deluje. Ministrstvo kot lastnik ustanov pa bi moralo imeti celo veliko bolj neposredno možnost, da zahteva odgovornost. Podobna bi morala biti tudi relacija z RSK-ji. Ministrstvo se v polni meri zanese na njihovo strokovnost, zato se mi ne zdi smiselno RSK-jev vsebinsko oddaljevati od ministrstva.

Glede odgovornosti je sicer vtis, da je imajo pri nas zdravstvene institucije odločno premalo. Od politike pričakujejo, da jim zagotavlja materialni obstoj, investicije so brezplačna državna darila, ki jih ni treba odslužiti z dobičkom od zdravstvenih storitev, zato se direktorju plača zahtevati aparature, ki stanejo milijone, čeprav si bo z njimi objektivno prihranil samo deset tisočakov stroškov letno. Tudi ob incidentih skoraj vsa krivda pade na pleča zdravnikov, o bolnišnicah pa nič.

To je problem današnjega financiranja bolnišnic, ki je popolnoma nestimulativen, ne spodbuja k boljšemu delu in zahteva reforme.

Zato moramo uvesti večjo avtonomijo vodstev bolnišnic, hkrati pa večjo konkurenčnost in poslovno odgovornost vse do tega, da bo manj uspešna bolnišnica morala krčiti programe, odpuščati delavce ali celo zapreti vrata. Šele to bo bolnišnico sililo v racionalne odločitve in bo dalo bolnikom težo. Bolnišnice morajo biti namreč odvisne od interesa bolnikov, da se ti pridejo zdraviti prav k njim in ne drugam. Današnji sistem financiranja res ne silí v to smer.

Kaj pa vloga zdravnikov kot akterjev v zdravstvenem sistemu? Poleg klasičnih javnih uslužbencev imamo s. p. zdravnike, pa idejo svobodnih zdravnikov, pa zdravnike najemnike bolnišničnih zmogljivosti. To so zelo različne situacije.

Idejo svobodnih zdravnikov pozdravljam. Zlasti izkušeni kolegi, ki zmorejo več, kot lahko opravijo dela v svojem zavodu, naj imajo pod določenimi pogoji možnost delati tudi drugje. »Svobodni zdravnik« naj bi bil najet s strani javnega zavoda in ne obratno, kajti javni zavod mora biti sam zainteresiran, da ohranja in povečuje kakovost in status zavoda. Obratno pa se mi zdi bolj vprašljivo. Če zdravnik najame zmogljivosti javnega zavoda, se hitro zaplete pri nadzoru, odgovornosti, pristojnosti, škodah, odškodninah.

Tudi marsikateri ekonomist zdravnikom podobno očita osebne koncesije, češ da gre za nelogično podarjanje monopolnega in vnaprej plačanega zdravstvenega trga posamezniku na njegovo dobro ime in za nedoločen čas, z ekonomskega stališča gre tako rekoč za kredite brez kritja in zavarovanj.

Na primarni ravni se mi osebne koncesije ne zdijo sporne, zlasti če potekajo v okviru urejenih zavodov oz. splošnih ambulant. Na sekundarni ravni pa se mi zdijo manj primerne, saj zdravnik na tej ravni v okviru koncesije največkrat opravlja le manjši obseg dela, za katerega je sicer usposobljen. Ključen je interes bolnikov. Preverili bomo, kako so koncesije urejene v sosednjih državah, in poiskali rešitve. Naši zdravniki morajo po odprtju meje imeti enake možnosti za delo kot tuji zdravniki.

Precejšen problem je tudi v družinski medicini, kjer zdravnik z absurdno omejenimi možnostmi diagnostike in časa na pacienta prisilno igra vlogo triažerja in mu sistem ne da vloge, za katero je izobražen in usposobljen. Po eni strani nam manjka zdravnikov, po drugi strani z birokratskimi omejitvami mečemo proč strokovni potencial velikega števila zdravnikov, to ni logično.

To je velik sistemski problem, ker je zdravstvo vlagalo predvsem v sekundarno in terciarno raven. Za spremembo pripravljamo dogovor o mreži na primarni ravni; potrebna je kadrovska okrepitev primarne ravni in šele na podlagi več časa, ki ga bo imel primarni zdravnik za pacienta, lahko okrepiamo tudi njegovo vlogo pri zdravljenju, vključno z diagnostiko. Tu torej manjkajo normativi, ki bodo najbrž pokazali, da na primarni ravni manjka precej zdravnikov. Drugi nujen ukrep so pravične cene, ki jih na primarni ravni najbrž ni oz. so prenizke za kakovostno delo družinskih zdravnikov. Če bi to uredili, bi bistveno razbremenili sekundarno in terciarno raven. Referenčne ambulantne za kronične nenalezljive bolezni so že en znak te usmeritve.

E-naslov: alozjz.ihan@mf.uni-lj.si

Prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med., višji svetnik

Alojz Ihan



Zdravniško društvo se zadnje čase pojavlja kot združevalec zdravniških strokovnih združenj (vključno z RSK-ji) v strokovne svete. Kaj je namen te ideje?

Slovensko zdravniško društvo je osrednja strokovna organizacija slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov, ki že 150 let skrbi za podiplomsko izobraževanje. Potrebo po stalnem podiplomskem izobraževanju so naši kolegi prepoznali že pred 150 leti, zato so najprej ustanovili Bralno društvo krajskih zdravnikov, ki je imelo za glavni cilj druženje, prebiranje strokovne literature in izmenjavo strokovnih informacij. S to tradicijo je društvo nadaljevalo ves čas svojega delovanja do današnjih dni. V drugi polovici prejšnjega stoletja so se predstavniki posameznih strok organizirali in pod okriljem SZD ustanovili številna združenja, tudi v zadnjem času je nastalo več sekcij in strokovnih združenj. Tako društvo trenutno združuje več kot 70 različnih strokovnih združenj. SZD ni le zveza 13 regijskih zdravniških društev, temveč tudi združevalec zdravniških strokovnih združenj. Za slovensko medicinsko stroko je pomembna koordinacija in

povezovanje različnih specialnosti, ki poteka pod okriljem SZD in ki ga udeležena Strokovni parlament in Glavni strokovni svet, sestavljena iz vodilnih strokovnjakov različnih strok.

Večkrat se je v strokovni laični javnosti pojavilo vprašanje, katera so najvišja strokovna telesa na medicinskem področju. Za razvoj stroke so gotovo najbolj odgovorne klinike, ki pa ne morejo pokriti različnih interesov in posebnosti delovanja medicinskih strokovnjakov na različnih ravneh zdravstvenega varstva. Zato so strokovna združenja najbolj verodostojen predstavnik različnih interesov medicinske stroke, kjer se združujejo izkušnje in interesi učiteljev in vrhunskih raziskovalcev z izkušnjami kolegov »s terena«, ki delujejo v povsem drugačnih razmerah in tako dopolnjujejo mozaik različnih možnosti izvajanja zdravstvenega varstva. Tako menim, da se najvišja strokovna telesa lahko organizirajo le pri strokovnih združenjih Slovenskega zdravniškega društva, s tem bo pokrita različnost potreb zdravstvenega varstva na različnih ravneh in v celotnem slovenskem prostoru. Hkrati pa bomo na ta način dobili povsem neodvisna strokovna telesa, ki bodo primerljiva s strokovnimi forumi medicinske stroke, kot jih pozna razviti svet (*boardi, councili*), ki so izraz samoregulacije stroke in na njihovo sestavo ter delovanje nima vpliva politika in druge nezdravstvene ustanove.

Sedanje RSK-je so pred več kot 10 leti ustanovile zdravniške organizacije: zbornica in Slovensko zdravniško društvo v sodelovanju s klinikami Kliničnega centra v Ljubljani, in so bili opredeljeni kot povsem neodvisna strokovna telesa. Organizacija in nadzor nad delovanjem RSK-jev je prevzela koordinacija zdravniških organizacij. Žal pa se je RSK-jev po treh letih delovanja polastila zdravstvena politika – Ministrstvo za zdravje – z izgovorom, da pod pokroviteljstvom zdravniških organizacij RSK-ji slabo delujejo in da niso učinkoviti. Toda tudi po prenosu sedeža RSK-jev in nadzora nad njihovim delovanjem s strani Ministrstva za zdravje, se učinkovitost RSK-jev ni izboljšala, kvečjemu nasprotno. Večini sedanjih RSK-jev je tudi že pred nekaj leti potekel mandat, zato je SZD predlagalo ustanovitev strokovnih svetov v okviru strokovnih združenj SZD, ki bi bili najvišji strokovni organi posameznih medicinskih strok in ki bi nasledili vlogo RSK-jev. Že s prejšnjim ministrom za zdravje je bil dosežen dogovor, da društvo pripravi pravilnik o sestavi in delovanju strokovnih svetov, kar je bilo posredovano Ministrstvu za zdravje. Nakar je prišlo do umika ministrstva od tega projekta z izgovorom, da je za oblikovanje strokovnih svetov oz. RSK-jev pred tem potrebno spremeniti zakonodajo. Zato smo se v SZD odločili, da ne glede na mnenje Ministrstva za zdravje organiziramo strokovne svete, ki bodo pripravljali odgovore na najzahtevnejša strokovna vprašanja, in to ne glede na interese zdravstvene politike. Minister za zdravje pa naj se odloči, ali bo koristil usluge

– odgovore na zahtevna strokovna vprašanja, ki bi jih pripravljali strokovni sveti SZD, ali pa bo poleg Zdravstvenega sveta imenoval še svoja posvetovalna telesa. Prepričan sem, da bodo strokovni sveti, ki so bili za večino strok že ustanovljeni, najbolj verodostojen izraz strokovnih prioritet, ki ne bodo obremenjeni s političnimi interesi in finančnimi omejitvami, temveč bo njihovo delovanje temeljilo zgolj na strokovnih izhodiščih.

Ima MZ interes, da svoje posvetovalne organe, ki odražajo strokovno odgovornost osrednjih zdravstvenih ustanov, »odda« zdravniškemu društvu? Bi za to moral obstajati nek bolj formalno obvezujoč okvir, kot ga ima na primer ZZS glede specializacij?

Odgovor na to vprašanje je bil delno posredovan že v odgovoru na prejšnje vprašanje. V primeru strokovnih svetov ne gre zgolj ali predvsem za posvetovalne organe ministra, temveč za oblikovanje strokovnih izhodišč, dogovorov in smernic, ki po vzoru mednarodnih strokovnih institucij pripravljajo strokovna izhodišča, zdravstvena politika pa strokovne standarde nadgradi z oceno možnosti izvedbe glede na materialne pogoje. Stroka se namreč mora nedvoumno opredeliti do sodobnih in najučinkovitejših načinov zdravljenja določene bolezni, in to ne glede na materialne pogoje in razvitost sistema, zdravstvena politika in financer pa se morata odločiti, kaj so zdravstvene prioritete določene populacije in kaj je možno uresničiti glede na razpoložljive finančne možnosti. Za to, kar naj bi stroka počela, pravzaprav ne potrebujemo javnih pooblastil, gre zgolj za vprašanje, koga bo pri svojih odločitvah poslušala in upoštevala zdravstvena politika. Če se bodo strokovni sveti izkazali kot učinkovita in najvišja strokovna telesa, potem jih tudi zdravstvena politika ne bo mogla zaobiti.

Zdravniki zadnja leta v javnosti nimamo najboljšega ugleda. Očita se nam klanska organiziranost, zaprtost, grabežljivost, izogibanje odgovornosti. Kaj menite o tem pojavu? Ima zdravniško društvo kak način, da ga nevtralizira?

Zdravniki v zadnjem času v javnosti res nimamo najboljšega ugleda, k čemur je prispevalo več dejavnikov. Slovenski medijski prostor je obseden z aferami, zato so tudi zapleti in napake, ki se jim tudi zdravniki ne moremo v celoti izogniti, zelo uporaben material za polnjenje medijskega prostora. Pri tem gre velikokrat za neprofesionalen pristop s strani novinarjev in za vnaprejšnje obsodbe zdravstvenih delavcev, zlasti zdravnikov, še preden se ugotovi narava zapleta in analizirajo vzroki. Velikokrat pa smo za napačno obveščanje javnosti krivi tudi zdravniki sami. Po eni strani ne znamo komunicirati z mediji in po drugi strani pride veliko potvorenih informacij v medije tudi po službi samih zdravnikov, kolegov, ki s tem, da razkrivajo napake kolega, poskušajo utrditi svoj položaj na piedestalu. Gotovo tudi zaslužkarstvo zdravnikom ni povsem tuje. So žal tudi posamezniki, ki jim je v ospredju pridobitništvo in ne skrb za bolnika. Združujejo delo z več delodajalci in njihov prihodek, ki ni nujno vezan na obseg opravljenega dela, je nekajkrat večji, kot je plača povprečnega specialista. Slovensko zdravniško društvo žal nima možnosti vpliva na omenjene nepravilnosti, ki so v veliki

meri pogojene z zakonskimi določili, poskušamo pa se oz. se bomo v bodoče še bolj trudili, da bomo stopili v bran kolegom, ki se jim je po krivici zgodil medijski linč.

Zdravniške zbornice imajo po Evropi precej podobne naloge; kako je z zdravniškimi društvi, kako so organizirana, kaj so njihove dejavnosti, je to predvsem stroka, kot pri nas, ali bolj prostočasne dejavnosti, ki veselijo zdravnike?

Vloga zdravniških društev in zbornic je po svetu različno opredeljena, tako vzhodno- kot zahodnoevropske države poznajo obe obliki združevanja zdravnikov, medtem ko so v Angliji in ZDA predvsem združenja in društva tista, ki pokrivajo interese zdravnikov. Poslanstvo zbornic je predvsem regulativa, nadzor in sodelovanje pri pripravi standardov, medtem ko strokovna združenja in društva skrbijo za stalno podiplomsko izobraževanje svojih članov, pripravljajo strokovne smernice in etične standarde za opravljanje zdravniškega poklica. Tudi naše društvo z več kot 70 strokovnimi združenji in sekcijami ter 13 regijskimi zdravniškimi društvi skrbi predvsem za izobraževanje zdravnikov in zobozdravnikov. Sekcije in združenja našega društva organizirajo vsako leto več kot 200 strokovnih sestankov in kongresov, pripravljajo strokovne smernice in tudi formalne oblike podiplomskega izobraževanja. Tako je društvo v zadnjih letih pripravilo več kot 40 prenovljenih programov specializacij. Predvsem pa smo se v zadnjih dveh letih posvetili pripravi programov posebnih in dodatnih znanj. Sprejeti so bili pravilniki in izpeljani prvi programi posebnih oziroma dodatnih znanj. Tako je dejavnost našega društva v veliki meri skladna z aktivnostmi strokovnih združenj pod svetlo.

Imam občutek, da smo zdravniki premalo dejavni pri obveščanju javnosti o možnih ali priporočljivih politikah temeljnih zdravstvenih storitev in »košaric«, ki bi ustrezale naši družbi. Namesto tega se distanciramo od naše materialne realnosti in politike in vsak raje akvizitira najbolj bombastične diagnostične in terapevtske možnosti svoje stroke. Je to produktivno, če potem ljudje vidijo, da se zatika pri najbolj osnovnih stvareh, recimo pri vrstah za prvi pregled?

Strinjam se, da zdravniki premalo sodelujemo pri oblikovanju prioritet zdravstvenih storitev. Glavni razlog za odsotnost zdravniške stroke pri temeljnih odločitvah o »košarici« zdravstvenih storitev, ki bi bile najbolj primerne za našo družbo, je predvsem ignorantski odnos zdravstvene politike do stroke. Društvo ves čas ponuja zdravstveni politiki roko za sodelovanje pri pripravi prioritet in zagotavljanju zdravstvenih storitev, ki so najpomembnejše za naše prebivalstvo, a se kljub temu, da v naših strokovnih sekcijah in združenjih deluje večina slovenskih vrhunskih strokovnjakov, le redko konzultira naše organe. Tako pa prioritete pripravljajo administratorji na ministrstvu in zavarovalnica. Pri slednji pa je tako v ospredju finančni interes. Tudi stroka deluje večkrat nekoordinirano, »kdor je pri skledi«, uspe iztržiti finančno podporo za zelo drage storitve in materiale, ki ne temeljijo vedno na strokovno preverjenih in še manj na

racionalnih izhodiščih. Tukaj bo potrebna boljša in bolj prepoznavna samoorganiziranost stroke in pripravljenost zdravstvene politike ter plačnika, da prisluhneto strokovnim izhodiščem.

V okviru Katedre za interno medicino smo pred dvema letoma pripravili priročnik o stopnjah nujnosti za obravnavo najpogostejših internističnih bolezni, ki je bil predstavljen širši javnosti in Ministrstvu za zdravje, a ni bilo nobenega odziva. Ministrstvo je imenovalo posebno komisijo, ki je pripravila pavšalna izhodišča o dopustnih čakalnih dobah in povsem zaobšla avtorje omenjenega priročnika, ki so opravili pionirsko delo na tem področju. Zdravniške organizacije smo izdale tudi priročnik standardov in normativov, izhajajoč iz izhodišč, ki jih je že pred leti pripravila posebna komisija pri Ministrstvu za zdravje. Toda usoda teh standardov, ki so povzeti po evropskih in prilagojeni našim razmeram, še vedno ni jasna in vprašanje je, kdaj bo prišlo do njihove implementacije. Vsekakor je na potezi zdravstvena politika.

Neprijetno nam je tudi javno pojasnjevati, koliko na primer staneta zdravstveni sistem zadnji dve leti življenja posameznika v primerjavi z vsemi prejšnjimi. Kultura odkritega pogovora o tem, kaj medicina zmore in česa ne, nam je precej tuja. Je mogoče v zvezi s tem kaj storiti s strani SZD?

Res je, da je zdravstveno varstvo posameznika najdražje v zadnjem življenjskem obdobju, zlasti v zadnjem letu življenja. Podatki kažejo, da večina posameznikov v zadnjem letu življenja porabi 80 odstotkov sredstev od celotnega življenjskega obdobja. To je tudi pričakovano, saj se v starosti kopičijo kronične bolezni, ki zahtevajo več bolnišničnih obravnav, intenzivnejše zdravljenje, zdravljenje z dragimi zdravili. Pri tem pa se zastavlja vprašanje, do kdaj poskušati aktivno zdraviti neko bolezen. Starost sama po sebi ne sme biti razlog za opuščanje intenzivnih in invazivnih ukrepov, ki bi lahko pripeljali do izboljšanja ali ozdravitve določene bolezni. Gre pa za to, da zdravnik mora prepoznati, do kdaj je neko zdravljenje še smiselno. Etično in tudi strokovno ni sprejemljivo poskušati z različnimi »herojskimi« postopki podaljševati agonijo in bolnikovo trpljenje, ko se zaradi neozdravljive bolezni življenje neizogibno izteka. Vsaka smrt je na nek način poraz za zdravnika, toda zavedati se je treba, da nismo čudodelci, zato moramo mlajše kolege čim prej seznanjati z realno presojo uporabe invazivnih postopkov pri kritično bolnih. Slovensko zdravniško društvo skuša v okviru podiplomskih izobraževanj seznanjati kolege z dilemami, ki se nanašajo na vprašanja, do kdaj zdraviti. Pri tem pa gre poleg strokovnih tudi za etična vprašanja, zato se v program strokovnih srečanj vedno pogosteje vključujejo tudi predavanja o medicinski etiki in deontologiji. Tudi na dodiplomski ravni bi morali v še večjem obsegu študentom prikazati, da medicina ni vseomogoča in da zdravnik mora znati presoditi, kaj medicina zmore in kdaj prenehati zadrževati življenje za vsako ceno, s postopki, ki so praviloma invazivni, dragi in ne prispevajo h kakovosti preživetja preostanka življenja.

Kako vidite nujno doseganje konsenza o tem, kaj ljudje želijo imeti (in prek davkov in prispevkov plačati) kot

zdravstveni minimum? Tak konsenz je izjemno naporen podvig celo pri mnogo bolj dialoških narodih, kot smo Slovenci. Kdo naj družbeno razpravo organizira, jo vodi in na kakšen način? Če pomislim na iskanje konsenza o pokojninskem sistemu, je politika zelo slab moderator. Je tu priložnost za SZD?

Doseganje konsenza o tem, koliko so (smo) ljudje pripravljeni plačati za vzdrževanje zdravstvenega varstva, je gotovo zelo težko, kajti po eni strani smo obremenjeni z miselnostjo iz polpretekle dobe, da vsakomur brezpogojno pripadajo zdravstvene storitve, ki jih mora zagotavljati država brez osebnih prispevkov. Po drugi strani pa tako zdravstvena politika kot plačnik zdravstvenih storitev (zavarovalnica) obljubljata uporabnikom zdravstvenih storitev, da bodo dobili vse, kar potrebujejo, ne da bi morali seči v lastni žep, in ves čas poslušamo nerealna sporočila, da se kljub finančni krizi košarica pravic ne bo zmanjšala. Na koncu smo glavni krivci zdravniki, ker naj bi premalo delali in zato nastajajo čakalne dobe. Po drugi strani pa, če presegamo program, smo šikanirani s strani delodajalcev, ker s tem ustvarjamo izgubo.

Zato menim, da je predpogoj za nacionalni konsenz o zdravstvenem minimumu realen prikaz stanja in obveščanje javnosti o tem, kaj lahko glede na razpoložljiva javna finančna sredstva ponudimo našemu zavarovancu, in na osnovi tega se bo potrebno odločiti o višini prispevne stopnje in o morebitnih participacijah. Smo namreč ena redkih, če že ne edina evropska država, ki nima participacije za zdravila, predpisana na recept. Kljub temu, da se zavedamo, da bi bila participacija, četudi minimalna, koristna in vzgojna, v to kislno jabolko naša politika ni pripravljena ugrizniti. Menim, da bi SZD lahko z obveščanjem javnosti o realnem stanju in možnostih našega zdravstvenega sistema angažiralo javnost in aktivno sodelovalo pri doseganju konsenza o tem, koliko prispevkov smo pripravljeni plačati in kakšen naj bo zdravstveni minimum.

Zdravniki smo pregovorno ljubosumni drug na drugega, kot posamezniki in kot stroke, ki ne prenesejo vdorov na svoje področje. Ob tem se zaradi prepletenosti medicine »vdori« nenehno in nujno dogajajo, isti nos se na primer čuti poklicanega »obdelati« veliko različnih specialistov. Ima SZD mehanizme za razreševanje takih konfliktov?

Zdravniki smo res neredko preveč zaverovani vase, premalo je sodelovanja in medsebojnega zaupanja. Predvsem bi se morala med zdravniki, ki delujejo na različnih ravneh zdravstvenega varstva in tudi med specialisti različnih strok, izboljšati odnos in komunikacija. Zelo redko se zgodi, da ob napotitvi bolnika k drugemu specialistu lečeči zdravnik le-tega naslovi z besedami: spoštovani kolega... , kar je v civiliziranem svetu praksa. V nasprotju s tem se včasih v izvid, ki je strokovni dokument, zapišejo opazke in kritike na račun kolega – napotnega zdravnika. Pri tem gre za pomanjkanje kulture in prepričanje posameznika, da si on, ki je prilezel na piedestal nezmotljivosti, to lahko privošči.

Zdravniki se bomo morali sprijazniti tudi s tem, da ima bolnik pravico iskati drugo mnenje, kar pa ne pomeni, da zagovarjam

to, da »obrede« veliko različnih specialistov. Za takšno ravnanje bolnikov sta verjetno krivi obe strani. Neredko so bolniki nezadovoljni prav zaradi pomanjkljive komunikacije in neustrezne pojasnitve bolezenskih težav s strani zdravnika. Res pa je tudi, da, kot je bilo že povedano, imajo določeni bolniki občutek, da so njihove pravice neomejene in so upravičeni tudi do povsem neutemeljenih preiskavnih postopkov. To področje bi morala natančneje opredeliti zdravstvena zakonodaja in pravila zdravstvenega zavarovanja, zdravniki pa bi morali brez ljubosumja do drugih kolegov slediti omenjenim določilom. SZD je pripravljeno sodelovati pri pripravi zdravstvene zakonodaje in načrtovanju zdravstvenega varstva, vključno z opredeljevanjem bolnikovih pravic. V preteklosti je društvo sodelovalo pri nastajanju dokumentov, ki opredeljujejo izvajanje zdravstvene dejavnosti, v zadnjem obdobju pa je bilo žal izločeno iz teh procesov. V mandatu sedanje vlade se je tudi prvič zgodilo, da Slovensko zdravniško društvo nima uradnega predstavnika v Zdravstvenem svetu.

Kakšne posledice ima lahko odprtje zdravstvenega trga EU? Naj kot vzgled opozorim na desetletno ne vključevanje sodobnejših zobozdravstvenih storitev v zavarovalniški paket, čemur je sledil začasen razmah »domačega« zasebnitva, ki pa se zdaj preliva v zobozdravstveni turizem čez naše meje. Kako se lahko SZD odziva na take probleme in kakšno moč ima?

Slovensko zdravstvo je pred pomembnim izzivom, kajti če bi se zdravstveni trg v območju EU povsem odprl, bi to lahko imelo usodne posledice, tako za plačnika zdravstvenih storitev kot tudi za posamezne strokovne dejavnosti. Zato moramo storiti vse, da bo naš zdravstveni sistem učinkovit, konkurenčen drugim evropskim trgov in da bo zagotavljal kakovostne ter prijazne zdravstvene storitve; na ravni, ki bo primerljiva z drugimi razvitimi evropskimi državami. Glavna nevarnost, ki jo ob tem vidim, je beg kadrov, zlasti zdravnikov v države EU, ki že sedaj delovnim in sposobnim zdravnikom ponujajo bistveno boljše pogoje dela in nagrade, kot jih imamo v Sloveniji. In če bodo vrata za prihod zdravnikov v Slovenijo še naprej tako na široko odprta, kot jih je odprl Intervencijski zakon, katerega avtor je bivši minister za zdravje, bomo v zameno za kakovostne slovenske zdravnike dobili zdravnike iz drugih držav, ki ne dosegajo stopnje strokovne usposobljenosti naših zdravnikov. Stanja zobozdravstva ne morem komentirati, ker ne poznam vzvodov, ki so pripeljali do sedanjega stanja zobozdravstva, ki prav gotovo ni v ponos slovenskemu zdravstvenemu sistemu. Ob tem, ko imamo odlično zobozdravstveno preventivo, ki je na zavirljivi evropski ravni, pa je zobozdravstveno varstvo odraslih zaradi načina financiranja na nezavirljivi ravni. Slovensko zdravniško društvo lahko zgolj opozarja na nepravilnosti, ki se dogajajo, tako na področju organizacije kot tudi financiranja zobozdravstvenih storitev, žal pa nima nobene moči ukrepanja.

Kaj so glavne naloge in izzivi za SZD v naslednjih letih?

Slovensko zdravniško društvo ostaja pri svoji temeljni usmeritvi, to je stalno podiplomsko izobraževanje slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov. Spremljali in posodabljali bomo programe

specializacij, ki smo jih v zadnjih letih na novo pripravili, nadzorovali bomo izvajanje programov posebnih in dodatnih znanj, katerih temelji in pravilniki so bili pred nedavnim postavljeni, v bližnji prihodnosti pa nameravamo pripraviti še Nacionalni program podiplomskega izobraževanja zdravnikov in zobozdravnikov. Ta program bo vključeval minimalni obseg obveznih vsebin, ki jih mora vsak zdravnik oziroma zobozdravnik preštudirati na letni ravni, da si pridobi potrebno število točk za podaljšanje licence. Prizadevali si bomo tudi, da bi bili za vse stroke čim prej vzpostavljeni strokovni sveti, da bi le-ti pričeli aktivno delovati in opravljali pričakovano poslanstvo. Pripravljene smo sodelovati tudi pri pripravi zdravstvene mreže in strokovnih prioritet ter načrta zdravstvenega varstva, seveda če nas bo zdravstvena politika povabila k sodelovanju.

Politiki javnosti najraje obljublajo, da bo zdravstvo ostalo »javno«, kar pomeni na tak ali drugačen način proračunsko financirano. Ampak v tem primeru mora država zaradi omejenosti javnih financ zavirati razvoj določenih zdravstvenih storitev. Kar najbrž pomeni zaostajanje za tujino, čeprav bi dodatne zdravstvene storitve lahko zaposlovale veliko ljudi v zdravstveni panogi – tudi za zdravstveni trg EU. Ampak po drugi strani bi uvedba tržnih zdravstvenih storitev in tržnih zavarovalniških paketov pomenila občutek ljudi, da tudi glede zdravja niso več enaki. Zdi se, da sta si razvoj zdravstva kot dejavnosti in socialni mir nekako v nasprotju, kaj menite o tem?

Ne morem se povsem strinjati s trditvijo, da javno zdravstvo pomeni zaviranje razvoja določenih zdravstvenih dejavnosti. Osebnostno menim, da sta javno in zasebno zdravstvo dopolnjujoči se obliki delovanja zdravstvenega sistema. Drži, da so sredstva za financiranje javnega zdravstva omejena in da je zaradi tega lahko tudi motena dostopnost do zdravstvenih storitev, toda tako kot pri nas, se tudi drugje po svetu razvoj zdravstva dogaja predvsem v javnih ustanovah. Javne ustanove imajo namreč v večji meri kot zasebne na voljo sredstva za razvoj zdravstvene dejavnosti in raziskovanje. Zasebnik mora s sredstvi, ki mu jih daje država, ravnati zelo preudarno, da preživi, zato mora razpoložljiva sredstva uporabljati strogo namensko, predvsem za rutinsko dejavnost. Javne ustanove, pa četudi ustvarjajo izgubo, preživijo, ker je njihov obstoj nacionalnega pomena. Tržne zdravstvene storitve so sestavni del sodobnih zdravstvenih sistemov, toda namenjene so le manjšemu deležu prebivalstva, kar velja zlasti za ekonomsko šibkejšo državo. Ne strinjam se s predpostavko, da sta razvoj zdravstva in socialni mir lahko v nasprotju. Razvit zdravstveni sistem lahko ponudi več kakovostnejših in učinkovitih storitev, kar pa ni v nasprotju s socialnim mirom, zlasti če tak razvoj spodbuja in financira država oziroma če so javna sredstva pravilno razporejena in zagotavljajo tudi razvoj strokovne in znanstvene dejavnosti.

E-naslov: alojz.ihan@mf.uni-lj.si

Skromno, a bogato življenje s. Miriam, misijonarke in zdravnice pulmologinje r. Frančiške Praprotnik

Vesna Tomc Lamut, Zvonka Zupanič Slavec

V ponedeljek, 7. maja 2012, sta Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije (ZDZZKS) in Inštitut za zgodovino medicine MF UL v prostorih Slovenskega zdravniškega društva na Dalmatinovi 10 v Ljubljani pripravila srečanje z eno najbolj zanimivih osebnosti našega časa – s. Miriam, prim. Frančiško Praprotnik, častno sestro usmiljenko in specialistko za pljučne bolezni, ki je velik del svojega 88-letnega življenja posvetila nesebični skrbi za bolnike. Leta 2008 je bila nominirana za Slovenko leta. Za karitativno delo jo je papež Janez Pavel II. nagradil z odličjem sv. Cirila in Metoda, rojstna občina Naklo pa s priznanjem častne občanke. Svojim kolegom zdravnikom, ki so se v velikem številu udeležili srečanja z njo, je predstavila svoje življenje in delovanje v Beogradu, na Kosovu in v Albaniji, razkrivala tamkajšnje razmere in odgovarjala na zastavljena vprašanja.

V imenu vseh prisotnih je gostjo pozdravila prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, predstojnica Inštituta za zgodovino medicine Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, ki je tudi vodila pogovor. Poudarila je, da bo srečanje še posebej zanimivo, saj ga bomo prebili v družbi častne sestre usmiljenke in stanovske kolegice zdravnice prim. Miriam Praprotnik, doma iz Naklega pri Kranju, ki je študirala medicino v Ljubljani, dolga leta delala v Beogradu, nato v Peći na Kosovu v bolnišnici za pljučne bolezni, po upokojitvi pred dvajsetimi leti pa je svoje človekoljubno delo nadaljevala v albanskem pristaniškem mestu Drač; pred enim letom se je bila zaradi bolezni prisiljena vrniti v Slovenijo.

Pozdravne besede je spregovorila tudi predsednica ZDZZKS prof. dr. Damjana Furlan Hrabar, ki je spomnila na našo ne tako davno preteklost, na leto 1948, ko je Slovenija sestram usmiljenkam, povečini so bile to medicinske sestre in zdravnice, prepovedala delovanje, zato so se izselile v druge republike. Tam so jih radi sprejeli, ker so bile strokovno odlično usposobljene za delo v bolnišnicah.

Kdo je sestra Miriam?

»Sestra usmiljenka, sicer po poklicu zdravnica, specialistka pulmologinja in primarijka velike bolnišnice za pljučne bolezni v Peći na Kosovu ter nazadnje v pristaniškem mestu Drač v Albaniji.« Tako je voditeljica pogovora predstavila zdravnico z velikim srcem, zdravnico, ki jo poznajo po Evropi bolje kot doma. Dobila je vrsto uglednih priznanj, od vsega pa ji največ pomeni, če lahko pomaga ljudem, ki se zatečejo k njej. In teh je veliko. »Ni me sram prositi,« pravi 88-letna sestra. Častni



S. prim. Miriam Praprotnik, dr. med. (foto Matija Selan).

naslovi, ki jih je prejela v več evropskih državah, ji ne pomenijo veliko. »Pohval ne potrebujem, če me že kje opazijo, sem vesela le, če mi dajo dar za uboge,« pravi.

Pred nami je sedela prijazna sestra v modro-belem oblačilu, milega pogleda in prijaznega nasmeha. Kljub častitljivi starosti, ki jo, mimogrede, skriva, smo začutili svežino njenega duha in telesa. Povedala je, da je v svojem življenju dala številne intervjuje, vendar je današnjega srečanja s svojimi stanovskimi kolegi in kolegicami še posebno vesela, ker med slovenske zdravnike še ni bila povabljen.

Zaprosili smo jo, da nam za začetek vendarle najprej pove nekaj o sebi in o svoji življenjski poti, in zaupala nam je svoje spomine na otroštvo.

Rodila se je kot Frančiška Praprotnik 31. oktobra leta 1924 v revni delavski družini v Naklem blizu Kranja. Iz otroštva ji



Sestra Miriam s predsednico Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije, prof. dr. Jano Furlan (foto Duša Fischinger).



Pogovor s sestro prim. Miriam Praprotnik, dr. med., je vodila prof. dr. Zvonka Z. Slavec (foto Duša Fischinger).

je ostal živ spomin na mater, ki ji je kot petletni deklici brala zgodbe o gobavcih na tihooceanskem otoku Molokai, kjer je bila znana kolonija gobavcev, ki jim je trpljenje lajšal belgijski misijonar Damjan de Veuster. Te zgodbe so jo tako pritegnile, da so jo zaznamovale za vse življenje: sklenila je, da bo tudi ona nekoč šla na ta otok pomagat bolnikom. V Naklem pa so v samostanu živele usmiljene sestre, ki so kot medicinske sestre delale v bolnišnici na Golniku, in tudi te so znale deklici predstaviti koristnost človekoljubnega požrtvovalnega dela za bolne in trpeče. Življenjska pot male Frančiške je bila začrtana!

Bližala se je druga svetovna vojna. Deklica je najprej obiskovala osnovno šolo v Naklem, potem pa ji je birmanska botrica povedala, da je v Ljubljani zavod, ki ga vodijo sestre usmiljenke, in da bi bil ta primeren zanjo in za njene življenjske načrte. Vendar je šolanje in bivanje v njem stalo kar 100 predvojnih dinarjev, ki jih pri Praprotnikovich niso imeli. Kljub vsemu so denar za prvi mesec le zbrali in trinajstletna šolarica je odšla v Ljubljano. Potem pa se je zaradi svoje marljivosti in predvsem zaradi razumevanja usmiljenih sester vsa štiri leta šolala zastonj. V zahvalo je inštruirala gojenke, ki so se težje učile.

Prišla je druga svetovna vojna. Frančiška je končala šolanje in se umaknila v rodni kraj, kjer je na občini dobila službo. Župan je bil naklonjen Hitlerju, ona pa ni hotela pozdravljati »Heil Hitler«, zato je kmalu ostala brez zaposlitve. Javila se je na borzo dela v Kranju. Poslali so jo služiti k družini Podkrižnik v Kranju in tam je dočkala tudi konec vojne. Na srečo pa je prišla v dobro družino, kjer mladega dekleta niso pretirano obremenjevali, še več, dovolili so ji, da je lahko brala in se samostojno učila nemškega jezika. V enem letu se ga je tako dobro naučila, da je lahko že brala Goetheja, Schillerja v izvirniku. Vse to je gradilo v Frančiški temelje za njeno nadaljnjo življenjsko pot. Cilj pa je bil še daleč.

Druga svetovna vojna se je končala in ona je bila trdno odločena, da postane zdravnica. Vesela se je meseca junija 1945 odpravila v Ljubljano, da bi poiskala sestre usmiljenke, vendar

jih na starem mestu ni bilo več. Nekdo ji je povedal, da so usmiljenke sedaj samo še v Lichtenurnovem zavodu na Poljanskem nabrežju. Šla je tja in se javila pristojni sestri, ta pa ji je odgovorila, naj se vrne do jeseni. Frančiška pa: »Ne grem nikamor! Tu bom ostala!« In tako je bilo.

Vpisala se je v klasično gimnazijo na današnji Šubičevi cesti, ki je bila dejansko v stavbi uršulinskega samostana. Ker je bila zaradi vojnih let malce starejša od drugih, so ji dovolili, da je peti in šesti razred opravila kar z razrednimi izpiti in se s samo enotedensko zamudo vpisala v sedmi razred, to je v današnji tretji razred gimnazije. Bila je zelo uspešna dijakinja, vendar tudi samosvojega, za tisti čas nezaželenega mišljenja. Ker se ni strinjala z za tisti čas značilnim blatenjem in norčevanjem iz vernih ljudi in Cerkve, so jo šolske oblasti izključile iz mladinske organizacije, na koncu je celo izgubila volilno pravico. Brez državljanstva pa se ni mogla vpisati na fakulteto!

Kaj zdaj? Živeti je bilo treba in poiskala si je službo v kranjski tovarni Iskra, tam je v nabavnem oddelku vodila kartoteko. A misel na medicino ji ni šla iz glave in kljub nezavidljivemu položaju človeka brez državljskih pravic je upala na najboljše. In ker za dežjem vedno posije sonce, je sodelavec, začuden, da dekleta nima volilne pravice, nekako uspel pri oblasteh in ji uredil status, povrhu pa še prinesel prijavnico za vpis na medicinsko fakulteto.

Cilj se uresničuje: postala bo zdravnica!

Na študij na medicinski fakulteti ima prim. Praprotnikova lepe spomine. Ni bilo nikakršnih političnih ovir ne zamer, vendar pa zaradi svojega prepričanja tudi nikoli ni dobila štipendije. Sedem let je študirala in ko je leta 1955 končala medicinsko fakulteto, je začela zdravniški staž v Novem mestu. Tam se ni dobro počutila, saj so jo ves čas klicali na zagovor na državne organe (OZNO), zato se je odločila, da bo staž nadaljevala in končala na Ptujju. Takrat še ni bila sestra usmiljenka, vendar ni pozabila na svojo od otroških let začrtano pot. Žal pa je veljal

poseben zakon, ki je vsem samostanom po Jugoslaviji za deset let prepovedal sprejemati nove člane in članice. S Ptuja jo je pot vodila v majhen oddaljen kraj Središče ob Dravi. Tam so imeli sprva samo majhno ambulanto, z eno samo sobo, v štirih letih pa je prim. Praprotnikova s pomočjo donacij iz Maribora organizirala in razširila zdravstveno službo. Prebivalci Središča jo imajo še vedno v lepem spominu.

Od njih pa je odšla nenadno, zelo na tiho leta 1960, ko je izvedela, da so v Beogradu spet začeli sprejemati dekleta, ki bi želele postati usmiljenke. Odhitela je v naše nekdanje glavno mesto in vstopila v red Hčera krščanske ljubezni – k sestram usmiljenkam. Postala je sestra Miriam. Predstojnico samostana je prosila, naj jo pošlje kot misijonarko v Afriko, med gobavce na otok Molokai. A sestra ji je rekla: »Ne v Afriko, ampak na Kosovo boste šli!« S. Mirjam je odgovorila: »Bog povrni!« in se vesela odpravila v Peč na Kosovo. Petdeset let je od takrat! V Peči so jo z veseljem sprejeli v tamkajšnji bolnišnici za pljučne bolezni. Po petih letih dela v bolnišnici in enem letu v Beogradu na Institutu za pljučne bolezni je opravila specialistični izpit iz pulmologije.

Bolnišnica v Peči je delovala samostojno, v njej so kot strokovni delavci delali ljudje iz vseh republik in bili so kot ena družina. Direktor bolnišnice je bil Slovenec dr. Vladislav Mlakar. V času nemške okupacije je bila njegova družina iz Maribora skupaj z mnogimi drugimi izgnana v Srbijo, kjer je dr. Mlakar potem v Beogradu specializiral pulmologijo in postal odličan pulmolog, ki je na Kosovu postavil trdne temelje za preventivo in zdravljenje tuberkuloze. V bolnišnici za pljučne bolezni v Peči je takrat delalo pet sester usmiljenk: dve zdravnici – Vida Rojc (kasneje je odšla na Madagaskar) in Miriam Praprotnik, ena usmiljenka je delala v laboratoriju, posebno na zasejavanju materiala na Kochov bacil, dve pa sta bili medicinski sestri na moškem in otroškem oddelku.

Na Kosovu: daleč od doma, blizu ljudem

Na Kosovu je bilo zelo lepo. Začenjali so dobesedno iz nič. Dr. Mlakar je postavil temelje za pulmoško bolnišnico, nazadnje so imeli postelj za 320 bolnikov, ambulante, laboratorije, štiri pulmoške dispanzerje. Tudi število zdravnikov se je z leti povečevalo in z začetne ekipe treh zdravnic je število naraslo na petintrideset zdravnikov in zdravnic. Bolnišnica je bila kasneje vse bolj in bolj opremljena z boljšimi rentgenskimi aparati. V začetku so sicer delali s starimi rentgenskimi aparati, ki so jih darovali razni dobrotniki iz Italije in Nemčije, a so močno sevali in je bilo delo z njimi tudi za zdravnika zelo škodljivo. A kljub temu, da je s. Frančiška (tam so ji rekli kar Frančika) dnevno naredila tudi do 120 rentgenskih pregledov in pri tem nikoli ni bila zaščitena s svinčnim predpasnikom, za čuda ni zbolela. Te vrste delo je trajalo kar nekaj let.

Načrtovala je tudi po zakonu predpisana preventivna cepljenja prebivalstva proti tuberkulozi. Na začetku je bilo na Kosovu veliko tuberkuloze, kasneje pa več pljučnega raka. V glavnem so zbolevali moški (kot zanimivost je povedala, da je bila v desetih letih med 87 primeri pljučnega raka samo ena ženska kadilka). Moški so pokadili tudi od 80 do 100 cigaret dnevno. Žal so po



Sestra Miriam v svoji skrbno urejeni lekarni v Draču v Albaniji (foto Jožica Ličen, Karitas).

odkritju bolezni le redki preživeli eno leto. Kje so bili vzroki za takšno stanje? Poleg tega, da tam veliko moških kadi, so bile obremenjujoče tudi delovne razmere (rudniki, težka industrija, delo v prašnem in onesnaženem okolju) in revščina. Število tuberkuloznih bolnikov, ki so na začetku prevladovali, se je močno zmanjšalo, žal pa se je v zadnjem času, po minuli srbsko-albanski vojni izpred desetih let, zopet povečalo! Kot vse drugo, je tudi zdravstvo na Kosovu močno nazadovalo.

Že v začetku osemdesetih let prejšnjega stoletja so se začele pojavljati nacionalistične napetosti med Srbi in Albanci, stanje se je od leta 1985 naprej samo še slabšalo. Med drugim je v bolnišnici začelo vse bolj primanjkovati zdravil in sanitetnega materiala, a ob velikem prizadevanju osebja, tudi sestre Miriam, so stanje nekako vzdrževali. Pri oskrbi je pomagala tudi Slovenija ter dobrotniki iz vse Evrope, posebej iz Nemčije, kjer je takrat živelo veliko naših ljudi. Potem pa je prišlo leto 1991 in razpad Jugoslavije. Ljudje so se razdelili po narodnostih in Srbi so naredili čistko. Dokler so bile na Kosovu enote JLA, je bolnišnica dobivala sanitetni material tudi iz skladišč vojašnic, ko so vojaki odšli, pa je postajalo pomanjkanje zdravil in tudi medicinskega osebja neznosno. Zaradi izrednih razmer je sestra Miriam po skoraj tridesetih letih zdravniškega dela, takrat že primarijka bolnišnice, morala dobesedno zbežati od tam. Kasneje v Sloveniji ji to delo sploh ni bilo uradno priznано, saj zaradi nekega novega zakona, ki ga je zamudila za nekaj dni, še danes ni upravičena do pokojnine, temveč dobiva le 300 evrov socialne pomoči. A v smehu doda, da denarja ne potrebuje.

Izvedela pa je še to, da so po koncu bratomorne srbsko-kosovske vojne v Peči uničili »njeno« bolnišnico in raznesli vso dokumentacijo, in to prebivalci sami zaradi medsebojnih obračunavanj. To jo je močno užalostilo.

Albanija, njena Afrika

Takrat 70 let stara prim. Miriam Praprotnik je svoje nadrejene v samostanu zaprosila, da ji dovolijo življenjsko pot in človekoljubno

delo nadaljevati med potrebnimi bolniki v Albaniji. Marca 1992 se je po 26-urni vožnji z ladjo iz Trsta ob spremstvu mlade sestre pripeljala v Drač, največje albansko pristanišče. Skoraj dvajset let je živela tam, pa je videla, da se v teh letih kapitalizma tam ni razvilo nič drugega razen korupcije in da ljudje žive veliko revneje kot prej v starem sistemu. Albanija je bila znana kot najbolj komunistična država v Evropi, kjer so vsa leta po drugi svetovni vojni poznali taborišča in krematorije. V njih je bilo med drugimi zaprtih tudi veliko katoliških duhovnikov in samo pet jih je preživelo vsa mučenja; eden med njimi je bil v ječi kar 40 let!

Sestra Miriam je dve leti delala na polikliniki v Draču. V deželo je prišla, ko je bila ta že postkomunistična, danes pa je neoliberalistična z vsemi slabostmi: uničenim gospodarstvom, socialo, večina prebivalcev – razen peščice bogatašev – živi slabše kot prej. Leta 1992 tam skorajda ni bilo moč živeti, saj ni bilo nikjer nobene trgovine, zato so častne sestre dve leti živele le od pomoči italijanskega in tudi slovenskega Karitasa. Tamkajšnja skupnost usmiljenih sester danes s pomočjo dobrotnikov iz Slovenije (Karitas), Avstrije in Nemčije skrbi za najrevnejše. To so upokojenci, otroci in mladostniki iz nepopisno revnih družin. Upokojenci (preračunano imajo od 30 do 40 evrov pokojnine) prejemajo v lekarni, ki jo vodijo usmiljenke, zdravila na zdravniške recepte brezplačno. Otroci in mladostniki iz revnih družin morejo s to pomočjo obiskovati šolo, študirati in doseči svoj življenjski poklic.

In kakšne so zdravstvene razmere v Albaniji? Po bolnišnicah je stanje katastrofalno! Zdravstvo in sociala ne delujeta. Za zdravljenje rakavih in psihiatričnih bolnikov država ne da denarja, vse morajo plačati sami, ali pa se ne morejo zdraviti. V bolnišnicah sploh nimajo kuhinje in bolnikom svojci prinašajo hrano; kdor nima nikogar, je lačen. Sestra Miriam zato po Sloveniji in po vsej Evropi nabira prostovoljne prispevke, denar in zdravila za albanske bolnike. Med dvanajstimi sestrami usmiljenkami v Draču je bila samo ona Slovenka, druge so Albanke. Čisto jasno je, da se je morala naučiti tudi albanskega jezika.

V Albaniji dejansko vladajo grozljive razmere, ki si jih svet ne more niti zamisliti. To so dejansko njeni »gobavci«!!!

Sestra Miriam še danes iz Albanije dobiva ogromno pošte, od sodelavcev in od bolnikov. Sprašujejo jo, kdaj se bo vrnila mednje, saj je leta 2011 odšla na hitro, brez poslavljanja, ker je morala iti iskati zdravja v domovino. V Slovenijo je prišla na operacijo kolena. Zaradi težke pooperativne pljučne embolije so trajne posledice tako hude, da se ne more več vrniti v svoj »afriški« misijon.

Izjemno notranjo moč je črpala iz volje, zvestobe veri, Kristusu in evharistiji. Nikoli ni nehala moliti in prepričana je, da je zato tudi imela blagoslov. Ima rada ljudi; vse ljudi. Za vse to se mora zahvaliti svoji mami, čudoviti ženski. Koliko pomeni domača vzgoja; česar otrok ne dobi v družini, ne bo dobil nikjer več! Vedno so jo vsi lepo sprejeli. Tudi nikoli ni delala nobenih razlik, ne rasnih ne verskih in ne političnih. Zato so jo imeli tudi vsi radi.

Sestra Miriam danes živi med svojimi sosestrami v Domu sester usmiljenk v Šentjakobu ob Savi in čaka, kdaj bo prišla starost

– a njeno današnje stanje in početje je še daleč od starosti. Po srcu je še vedno mlada in polna življenja!

Naša mati Terezija, naš Pedro Opeka

Sestro Miriam v Evropi poznajo bolje kot doma. Dobila je vrsto uglednih priznanj, ostaja pa skromna, kot je bila vse svoje življenje. Leta 2008, ko je bila še v Albaniji, je bila predlagana za Slovenko leta. Papež Janez Pavel II. ji je dodelil najvišje cerkveno odličje – odličje sv. Cirila in Metoda, občina Naklo pa priznanje častne občanke.

Predsednica društva prof. dr. Damjana Furlan Hrabar jo je primerjala z misijonarjem Pedrom Opeko, ki opravlja dobrodelno delo na Madagaskarju, in izrazila upanje, da bo človeštvo prav zaradi tako izjemnih ljudi preživelo. Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec pa je ob koncu pogovora o prim. Miriam Praprotnik dejala, da je s svojo dobroto velik ambasador miru in spoštovanja. »Občudujemo vaše delo, zapisano bo z velikimi zlatimi črkami v slovensko zgodovino! Izjemno smo ponosni na veliko delo, ki ste ga opravili, in na vso izjemnost vaše osebnosti, zato vas bomo predlagali za častno članico Slovenskega zdravniškega društva.« Ob tem ji je izročila najnovejšo knjigo Prvi učitelji popolne Medicinske fakultete v Ljubljani po letu 1945 in ji zaželela predvsem veliko zdravja.

Ob zaključku se je s. Miriam za vse zahvalila in preprosto ter zadovoljno dejala, da je bil današnji dan njen najsrečnejši dan v tem letu.

Mi pa končajmo z besedami Hipokrata, da je samo dober človek lahko dober zdravnik. In dobrote ima s. Miriam v sebi v izobilju!

Če bi bili pripravljeni prispevati za albanski misijon v Draču, se obrnite na Misijonsko središče Ljubljana, Kristanova 1, 1000 Ljubljana, e-naslov: missio@rkc.si (s pripisom: za s. Miriam Praprotnik – Albanija).

E-naslov: zvonka.slavec@gmail.com



S. Miriam je iz rok nadškofa Rodeta prejela odličje sv. Cirila in Metoda, najvišje cerkveno odličje (foto Franci Petrič, Družina).

Šentpeterska kasarna v Ljubljani

Od lazareta do vojašnice, zaporov, prve slovenske onkološke ustanove in sedeža Medicinske fakultete

Zvonka Zupanič Slavec

Stavba šentpeterske kasarne je bila zgrajena v 16. stoletju kot lazaret za kužne bolnike, skozi stoletja so jo prezidavali in je iz velike pritlične štirikotne stavbe postala enonadstropna, nato dvonadstropna, vse pa za potrebe vojakov habsburške monarhije. V 19. stoletju so v njej prebivali vojaki 17. pešpolka, imenovanega »Kranjski Janezi«, od tukaj so leta 1914 mladi vojaki odkorakali na srbsko in rusko fronto, stavba pa je postala vojaški zapor s svojim sodiščem, od koder so obsojene vodili na strelišča... Tudi čas med obema svetovnima vojnama je ohranjal zaporniško tradicijo in so v to dotrajano stavbo vodili predvsem politične zapornike. Neslavna tradicija se je nadaljevala med drugo svetovno vojno, ko so okupatorji sem zapirali svobodoljubne Slovence in so prav v tej stavbi med drugimi izbirali talce za Gramozno jamo itd. S koncem vojne leta 1945 in dodelitvijo stavbe Medicinski fakulteti se je njena zgodovina spremenila, še vedno pa je ostajala v duhu boja za življenje, kot med kužnimi epidemijami, ko so ljudje umirali in so jih le čez dvorišče prepeljali na šentpetersko pokopališče... V stavbi so našli svoje mesto popolna Medicinska fakulteta, njeno vodstvo, Centralna medicinska knjižnica, predklinični inštituti, študenti s svojim Pajzlom in od 1938 ustanova za zdravljenje rakavih bolezni, ki se je leta 1946 preimenovala v Onkološki inštitut. V vsej skromnosti šentpeterskih razmer so medicinci prav tukaj osvajali predklinično znanje bazičnih predmetov in v sejni sobi dekanata slavnostno prevzemali prigarane zdravniške diplome, onkološki bolniki so iskali pomoč predanih onkologov in radioterapevtov, nuklearna medicina pa je

tukaj postavila svoje temelje. Stavba je skozi stoletja doživela vse: od stokov umirajočih kužnih bolnikov, do petja mladih vojakov na dolgem služenju vojaških rokov, zasliševanja in mučenja zapornikov, upanja in obupovanja rakavih bolnikov, fakultetnih sanj o boljšem zdravju slovenskega naroda. Stoletja stavba – kljub izjemni velikosti in pestri zgodovini – ni predstavljala ljubljanskega ponosa, novozgrajeni most (2012) pa ji bo s težkim prometom dodobra razrahljal temelje, da ne bo več varna za delo. Zato je trakt ob Ljubljani že porušen, vzhodni, vzporeden z mostom, rušijo in jutri bo na mestu skoraj poltisočletne zdravstveno-vojaško-politične zgodovine stala nova stavba ljubljanske medicinske fakultete. Naj se iz njenih neder širi veselje in naj zveni glasen smeh, da bo prekril mračno zgodovino.

Šentpeterski lazaret

Skozi sodobnejšo zgodovino so se izolirnice, lazareti in bolnišnice pogosto nahajali v velikih stavbah, ki prvotno niso bile namenjene zdravstvenemu delu. Najpogosteje se je to dogajalo ob razsajanju kužnih bolezni, ko je bilo nujno bolnike izolirati in jih premestiti čim dlje od goste naseljenih krajev, da bi se preprečilo širjenje bolezni. Neredko so za to uporabljali prazne ali opuščene vojašnice. Tako so le-te občasno postale izolirnice za kužne ali lazareti za zdravljenje ranjencev v vojnah in podobno. Ravno nasproten primer predstavlja v Ljubljani šentpeterska vojašnica, ki je bila najprej lazaret, od leta 1945 pa je sedež ljubljanske medicinske fakultete. A ta stavba z mogočno štirikotno zasnovo in z obsežnim dvoriščnim atrijem v



Najstarejša ohranjena fotografija šentpeterske kasarne jo prikazuje v njenem veličastnem obsegu. Profesor Benedikt Franc Hermann jo pri opisu Ljubljane leta 1780 omenja med najznamenitejšimi poslopji poleg rotovža, gledališča, Gruberjeve in Zoisove palače (Potovanje po Avstriji, Štajerski, Koroški, Kranjski, Italiji, Tirolski, Salzburški in Bavarski) (fotoarhiv Inštituta za zgodovino medicine MF UL).

Ljubljana — Laibach. Peters-Kaserne des k. u. k. Inf-Regim. Nr. 17.



Šentpeterska kasarna ob prelomu 19. v 20. stoletje. Ob njej je bilo včasih pokopališče.

sredini še zdaleč ni povezana z medicino le zadnjih 70 let, njena zgodovina je veliko daljša, raznolika in tudi zdravstveno zanimiva. Ker se s to stavbo sreča vsak ljubljanski študent medicine in dentalne medicine, kakor se je srečala tudi večina slovenskega zdravništva 20. stoletja, pa še Onkološki inštitut je do nedavna domoval v kasarniški stavbi, predstavlja šentpeterska vojašnica del zdravstvene zgodovine in je vredna predstavitve slovenskemu zdravilstvu. Hkrati se prav sedaj, v začetku poletja 2012, z aktualnim rušenjem južnega in vzhodnega trakta objekta končuje večstoletni obstoj te stavbe.

Majhen slovenski narod je moral od nekdaj improvizirati, da je postavil na noge vse ustanove, ki jih potrebuje civilizirana družba in država. Tako so v sodobnem času tudi nekdanji vojaški objekti dobili drugotno vsebino. V Ljubljani, ki je od časa razsvetljenstva in obveznega služenja vojaškega roka morala imeti kasarne, so bile zgrajene vojašnice na Žabjeku, ob lazaretu pri cerkvi sv. Petra na Vodmatu, na mestu nedavno porušenega Koloseja belgijska kasarna, na mestu današnjega kulturno-etnološkega kompleksa ob Metelkovi ulici, domobranska kasarna ob Roški cesti, kot tudi bežigrajska kasarna, kjer je v kasnih devetdesetih letih 20. stoletja nastal nov stanovanjsko-poslovni kompleks. Ob vojašnicah so bile neredko tudi garnizijske bolnišnice: vojašnica na Roški cesti v Ljubljani je bila z mostom čez Ljubljanico povezana z vojaško bolnišnico ob Zaloški cesti, ki je bila zgrajena med leti 1896 in 1899. Ob razpadu Jugoslavije jo je jugoslovanska vojska leta 1991/92 zapustila, nato pa so stavbe zapolnile civilne bolnišnične dejavnosti, predvsem psihiatrična in okulistična. (Mimogrede: tudi idrijska psihiatrična bolnišnica se nahaja v prostorih nekdanje največje vojašnice na zahodu Slovenije, ki so jo v tridesetih letih 20. stoletja zgradili Italijani.)

Pa pojdemo spet k šentpeterski vojašnici, ki je med nekdanjimi ljubljanskimi vojašnicami najtesneje povezana z zdravstvom. Kakšno preteklost skriva v sebi ta, skoraj pol tisočletja stara stavba?



Cerkev sv. Petra, zgrajena leta 1262, od Turkov požgana leta 1464 in ponovno pozidana med leti 1729 in 1734, ob kateri je bilo ljubljansko mestno pokopališče, zaradi česar je najverjetneje bil v 16. stoletju prav tukaj zgrajen kužni lazaret.

Kužne bolezni so skozi zgodovino človeštva ljudem prizadejale največ hudega in terjale več žrtev kot vse dosedanje vojne. Zato ni nič čudnega, da so mestne oblasti od nekdaj težile h gradnji izolirnic za kužne izven mest in običajno v bližini pokopališč. V 16. in 17. stoletju se je na slovensko ozemlje večkrat razširila kuga (*pestis*) in terjala nemalo smrtnih žrtev. Pomembnejše epidemije so bile v letih 1542, 1543, 1554, 1598 (slednje imenujejo tudi ostudna kuga), 1599, 1624, 1632, 1645, 1646, 1649 (1). Poleg imenovanih let pa se je pojavljala v manjšem obsegu tudi v nekaterih drugih letih. Ljudje so se pred kugo umikali iz mest, bežali v bližnje okolje, iz Ljubljane npr. v okoliško hribovje. Neredko so tako bolezen širili v duhu latinskega reka, da je treba pred kugo zbežati takoj in daleč: *Mox, cito, longe*. Za zaščito Ljubljane pred kugo so meščani že sredi 16. stoletja z leseno ograjo zagradili mestno jedro od špitalskega mosta (današnje Tromostovje) do vhoda v t.i. Šentjanžovo dolino (današnja Vidovdanska cesta) (2), leta 1587 pa je mestna oblast svetovala gradnjo kužnega lazareta izven mesta pri pokopališču in zato obljubila finančno pomoč. Predlog je podprla tudi Cerkev (škof Tavčar) in poklonila zemljo ob šentpeterski cerkvi. Viri pravijo, da so lazaret zgradili leta 1586 celo zaradi množičnega širjenja sifilisa (3). Ker pa se je kmalu izkazalo, da je lazaret premajhen, so se magistrat, škof in deželna gosposka odločili, da ga razširijo. Leta 1612 je magistrat v ta namen kupil od nekega plemenitaša Dienerja posestvo (sadni vrt in veliko njivo) ob

šentpeterski cerkvi, na vrtu je razširil lazaret, njivo pa prepustil špitalu (4). Gradnja je tekla med leti 1612 in 1635, podprli pa so jo mestna občina in deželni stanovi. Ob epidemijah je bil to resnični lazaret, kjer so okužene oskrbovali, v primeru smrti pa pokopavali na bližnjem šentpeterskem pokopališču.

Jeseni 2011 so na Njogoševi ulici ob šentpeterski cerkvi potekala prenovitvena dela na vodovodni napeljavi, kjer so arheologi izkopavali na površini okoli 2500 m². Odkopali so okoli 200 grobov z dobro ohranjenimi skeleti iz že znanega slovanskega pokopališča iz 9. do 11. stoletja. Pokopališče se je med 11. in 15. stoletjem širilo proti vzhodu, kjer so izkopali še okoli 50 grobov. Od 16. do 18. stoletja, torej v času kužnega lazareta, pa so umrle intenzivneje pokopavati spet bližje cerkvi, trupla pa so polagali v lesene krste. Izkopali so okoli 600 skeletov (5).

V času brez kug so leseno stavbo zapolnili s huje bolnimi, ki so jih tja pošiljali iz ljubljanskih špitalov. Tako je bilo v stavbi namoščenih vse več betežnih in obubožanih in se je začelo dogajati, da ob pojavu novih epidemij spet ni bilo prostora zanje. Zato so za okužence dodatno gradili kočice na Rožniku in Golovcu. Ko je leta 1634 ponovno razsajala kuga, je magistrat dozidal lazaret, a je bilo isto potrebno tudi ob epidemijah leta 1679, 1680 in z majhnimi premori vse do leta 1691, ko je bil lazaret dovolj velik, da je zadoščal potrebam vseh okuženih. Leta 1730 je lesen in pritličen zavzemal že ves prostor današnje zgradbe, le trakta proti cerkvenemu pokopališču ni bilo. Postopoma je lazaret v brezkužnem času prevzel vlogo brezplačnega zdravljenja za obubožane. Premošni meščani so se namreč lahko zdravili z zasebnimi zdravniki na domu, obubožane pa so ob hujših boleznih iz špitala premestili v lazaret. Tako je zahtevala avstrijska vlada, ki je s posebnim zakonom *Infectionsordnung* predpisala ravnanje ob kugi in velevala takojšnjo premestitev kužnega špitalskega oskrbovanca v lazaret, ki je s tem deloval tudi kot izolirnica. Zanimivo je, a niti malo čudno, da je lazaret težko dobil duhovnika, ki pa je bil za delovanje predpisan. Četudi

je ustanova domovala v neposredni bližini cerkve, tamkajšnji duhovniki tega tveganega dela, kljub dobremu plačilu, saj bi si lahko z letno plačo kupili manjšo hišo, niso hoteli sprejemati, pri čemer so navajali, da so v času epidemij tako ali tako nenehno pokopavali umrle. Leta 1691 je kuga zadnjič pustošila po Kranjskem in ker lazareta za kužne niso več potrebovali, je začela stavba propadati. Četudi je magistrat dotlej največ vlagal v stavbo, ni bil njen lastnik; zato se je dogovoril s škofijo, ki je ob ustanovitvi poklonila zemljišče, da jim jo odprodajo za 30.000 kosov opeke, in od 1634 je bil magistrat njen lastnik (6).

Šentpeterska vojašnica

V času vladanja cesarice Marije Terezije (1740–1780) je bila Ljubljana preplavljena z vojaki, ki so jim morali prebivalci dati bivališča. Njihovi domovi so bili prenapolnjeni z vojaki, ti pa so se vedli oblastno in je bilo stanje pogosto vsaj zaskrbljujoče, če ne že nevzdržno. Da bi izboljšali razmere, so številne mestne stavbe priredili za vojake, predvsem pa zanje uredili vojašnico na Žabjaku za 500 vojakov (današnji naslov Hrenova 17). Ker pa ta postopoma ni več ustrezala, je mestna občina sklenila preurediti mestni lazaret. Leta 1732 je zato stavbenik Janez Jurij Schmidt naredil načrt za vojašnico, a ga niso izpeljali. Leta 1748 je mestni stavbenik Zulliani (Suliani) Candido Daniele Silvestro pripravil drug načrt, stavbi do leta 1752 namesto lesene pritlične gradnje pozidal stene, a je umrl, preden so jo dvignili še za nadstropje, kot je leta 1749 sklenil mestni odbor. Leta 1780 so vojašnici nadzidali še drugo nadstropje (7). Za boljšo povezavo vojašnice z mestom so vojaki v bližini nekdanje škofovske brvi pri cerkvi sv. Petra leta 1776 postavili lesen most čez Ljubljano in ga poimenovali Zakasarniški most. Prvi polk, ki se je leta 1754 vselil v šentpetersko vojašnico, je bil domači pešpolk št. 43 grofa Antona Thurna Valsassina. Ustanovljen je bil leta 1715 kot polk grofa Wallisa in je bil pred tem nameščen v kasarni na Žabjeku, ki pa so jo leta 1754 preuredili v zapor. Imenoval se je polk »Kranjskih Janezov«. V šentpeterski vojašnici



Državna protezna delavnica je imela svoje prve prostore na dvorišču šentpeterske vojašnice (fotoarhiv Zgodovinskega arhiva Ljubljana).



Nad vhodom z zahoda v šentpetersko kasarno napis Udruženje vojnih invalidov – Oblastni organ v Ljubljani govori o povezanosti kasarne z vojnimi invalidi po prvi svetovni vojni.



Pogled na šentpetersko vojašnico in istoimensko cerkev z zahodne strani na prelomu 19. in 20. stoletja.



Onkološki inštitut je 70 let domoval v južnem in delno vzhodnem traktu šentpeterske vojašnice (fotoarhiv Inštituta za zgodovino medicine MF UL).

so bili nameščeni državni vojaki, ki so prihajali iz različnih delov avstrijskega cesarstva, domače nabornike pa so morali še naprej prebivalci nameščati po svojih domovih (8).

Zanimivo je vedeti, kako je potekalo financiranje preureditve lazareta v vojašnico: ljubljanski meščani so se morali obvezati, da bodo prispevali 4.000 goldinarjev, in to v dveh letih. Obveznost je mesto razdelilo na hišne posestnike, po en do pet goldinarjev na posest, pri čemer so največ prispevkov, po štiri goldinarje, morali plačati premožnejši obrtniki iz šentpeterskega predmestja (usnarji, strojarji in mesarji), premožnejši meščani pa so plačevali po pet goldinarjev. Mesto je za vojsko dalo hišo, vredno 18.000 goldinarjev. Za sofinanciranje gradnje dodatnega nadstropja se je magistrat obrnil tudi na deželno gosposko, ki pa je prošnjo zavrnila. O dogajanju v vojašnici skozi čas govori nekatera ohranjena poročila. Tako je *Laibacher Zeitung* leta 1790 poročal o jahaški predstavi: »Dne 25. in 26. septembra je



Vhodni obok šentpeterske kasarne (foto Blaž Bertonec, 2012).

pokazal g. Mathien, kraljevi angleški konjar, katerega sta že občudovala Dunaj in Madrid, tudi pri nas v naši vojašnici, kamor je prišlo sila mnogo ljudi iz mesta, dokazat svoje in svoje družbe splošno znane umetnosti na konju. Konji in jezdec, bodisi, da se občuduje pripravnost in urnost drugih, ali pa lepoto in hitrost prvih, vsekakor zaslužijo oboji, da se jih vidi in potem poznavalec umetnosti ne more odrekati družbi svojega priznanja.« Nadalje je zanimivo tudi opažanje nemškega turista iz leta 1793: »Zunaj mesta Ljubljane je velika, v štirikotu zidana vojašnica, katere notranje stene na dvorišču so temno-modro prepletskane. To pa zaradi vojakov pri vežbanju, ker jih slepijo bele stene, zlasti če jih obseva sonce. Tudi oficirji lažje razlikujejo bele vojake, njihove puške in njihovo premikanje.« (9)

O ljubljanskih kasarnah je zabavljive verze napisal tudi France Prešern in vojašnice kritično uvrstil med zabavišča:

*Farnih carkva pet ima Gospod Bog v naši Ljubljani,
toliko tudi kasarn ima peklena pošast.
Vabita Peter, Miklavž nas z Jakobam k Bogu Ljubljance,
vabi nas Janez Krstnik, vabi Marija v nebo.
Hiše: kazino, redut, koloseum, z njimi teater,
ima strelišč hudič, svoje si cipce lovit. (10)*

Po odhodu Francozov (1816) iz Ljubljane je skozi 19. stoletje življenje v šentpeterski kasarni teklo po ustaljenih tirih avstrijske



Panoramska slika jugozahodnega dela dvorišča šentpeterske kasarne z nadomestno (sivo) stavbo za nekatere administrativne službe Medicinske fakultete (MF) in Inštitut za biomedicinsko informatiko (2011), prostore študentov MF Pajzl ter inštitute za biologijo celice, biokemijo in biofiziko (foto Blaž Bertoneclj, 2012).

oblasti in njenih vojaških predpisov. Ob začetku prve svetovne vojne so prvi pohodni bataljoni Kranjskih Janezov odkorakali iz šentpeterske vojašnice, a se številni niso nikoli več vrnili v domovino. Vojaki 17. pešpolka so bili premeščeni tudi v Judenburg na Zgornjo Štajersko, kjer so leta 1918 izpeljali vojaški upor z žalostnim koncem (11).

Po prvi svetovni vojni so v podstrešnih prostorih dobili skromna stanovanja nekateri prebivalci, med njimi ruski emigranti, ki so bežali pred oktobrsko revolucijo.

Šentpeterski vojaški zapori

V času med leti 1918 in 1945 se je vloga šentpeterske stavbe ponovno spremenila, tokrat v vojaške zapore, kamor so zapirali politične zapornike (12). Med drugim v zapisih beremo: o dogodku pred nastopom 2. svetovne vojne: »... 25. marca 1941, na dan, ko je Cvetkovičeva in Mačkova vlada podpisala pristop Jugoslavije k taboru osi, so se zvečer v mraku začele v Ljubljani študentske demonstracije proti pristopu Jugoslavije k fašističnemu bloku. Organiziral jih je neodvisni akademski klub Zarja, pridružili pa so se jim domoljubni akademiki nekaterih drugih akademskih klubov in srednješolska mladina. Pri demonstracijah je policija aretirala skupino akademikov in jih zaprla v Šentpetersko kasarno...« (13) Čez mesec dni je Hitler zasedel Jugoslavijo.

Dne 23. februarja 1942 so Italijani Ljubljano zaprli, tako da so jo obdali v obroč bodeče žice in stražnic. Sledile so racije: pregledovali so različne predele mesta in mlajše moške odvažali v vojašnice, kjer so s svojimi ovaduhi zadržali sumljive in jih zapirali v belgijsko in šentpetersko vojašnico. Prof. France Planina je popisal svoj arest v šentpeterski kasarni, kamor so ga zaprli, ker ga je neki vojak videl, kako je skozi okno fotografiral italijanski vojaški kamion: »Nekega dne so prišli pome, me še z nekaterimi zaprli v policijski avto – marico in nas peljali na policijo na Bleiweisovi (sedaj Prešernovi) cesti, kjer smo dolgo stali na dvorišču. Kaj se je takrat pletlo z menoj, ne vem, niso me niti zaslišali, niti kaj rekli. Od tam so me spravili v šentpetersko vojašnico. V šentpeterski vojašnici sem prišel v celico, kjer so bili trije na dveh posteljah, enega od njih so pozneje ustrelili kot talca. Kmalu po mojem prihodu se je pred vrati pojavil profesor Fran Novak, odbornik profesorskega društva, in sva skozi rešetke govorila. Za njim je prišel še univerzitetni profesor

France Kidrič, Borisov oče, s katerim sva bila znana s sej odbora za odkup Prešernove rojstne hiše, kjer sem zastopal prosvetni oddelek banske uprave. Povedal sem mu o svojem doživljanju in o racijah. V sobi so mi tovariši odstopili odejo in sem tisto noč udobno spal, čeprav na tleh, saj je bilo vsaj dovolj prostora, mirno in čisto. Lahko sem si sezul čevlje in nataknil copate.« Kasneje so prof. Planino odpeljali v italijansko internacijsko taborišče Gonars (14).

Med drugo svetovno vojno so torej v šentpeterski kasarni italijanski fašistični okupatorji zapirali in mučil sodelavce in simpatizerje narodnoosvobodilnega gibanja ter izmed njih odbirali talce za smrt v Gramozni jami. Med prvimi je bil leta 1942 žrtvovan dr. Aleš Stanovnik. V šentpeterskih zaporih so bili med drugimi zaprti tudi pomembni slovenski intelektualci dr. Fran Kidrič, Juš in Ferdo Kozak, dr. Anton Slodnjak in drugi (15).

Šentpeterske zdravstvene ustanove

Novo zdravstvene ustanove v Ljubljani so v času med obema svetovnima vojnoma zelo iskale prostor za svojo namestitvev. Šentpeterska kasarna je bila tista, ki je to ponujala kljub silno skromnim razmeram. Po prvi svetovni vojni so ob rasti prebivalstva Ljubljane in okolice prostorske možnosti lokalne bolnišnice postajale premajhne. Bolnišnica je iskala možnosti širjenja in se pri tem na prvem mestu ozirala na stavbe v neposredni bližini. Tako so tekle polemike o vselitvi šentpeterske kasarne. Kako je na to gledala javnost, verno priča časopisni zapis iz leta 1934:

»*Kisum teneatis amici*, so dejali stari Rimljani, kadar se je bilo bati, da bi kdo ne počil od prevelikega smeha. Nekaj podobnega se godi zdaj v Ljubljani, ko se od neke strani že dlje časa in uporno propagira, da bi se starodrevna šentpeterska vojašnica pritegnila v krog občje javne bolnišnice v Ljubljani. Kdor to poslojje pozna, ve, da ni vredno drugega, nego nekaj kilogramov ekrazita (razstreliva, op. avtorice). Zdaj služi še za silo nekaterim javnim uradom in zavedom, je pa samo po sebi močno nehigienično, potrebno stalnega popravila itd. Dandanes vendar že vsak laik ve, da je vsaki bolnišnici potrebno sonce, čisti vzduh, higienične stene, odprte terase, topla in mrzla voda itd. Torej vse ono, česar šentpeterska vojašnica ne nudi. Razen higiensko stališče stoji, da omenjena starina ni sposobna niti za napravo ubožnice, kaj še za adaptacijo v bolnišnico najsi bi bilo i proti garjavim ali spolnim boleznim. ... Zamislek je prav za prav nastal iz finansijske zadrege. Država nima denarja,



Gradnja mostu čez Ljubljanico ob Lipičevi ulici je ogrozila trdnost stare šentpeterske kasarne, ki ji zato od maja 2012 rušijo južni in vzhodni trakt. Na tem mestu naj bi našla mesto nova stavba Medicinske fakultete in v njej predklinični inštituti, ki sedaj domujejo v neustreznih prostorih (foto Zvonka Zupanič Slavec, julij 2012)

da bi postavila nove bolniške zgradbe, ki so inace nujno potrebne, na že kupljenem ozemlju za nove bolnišnice. Torej je dolžnost, da se zasigurajo finance. Zaradi tega predlagam obenem, kako bi se zgradil vsaj en nov objekt na novem stavbišču. Evo predloga! Najnujnejša je zgradba novega kirurškega oddelka, kirurški oddelki v Ljubljani je stalno prenatrpan – dokaz, da leže bolniki na tleh. Denar – nekaj milijonov – bi se moral dobiti na posodo in odplačevati z anuitetami. Vsaka bolnišnica pa je – kakor znano – pasivna. Zaradi tega bi se napravilo sledeče: zgradba novega paviljona bi se priredila moderno, okusno, vsem higienskim zahtevam naše dobe popolnoma odgovarjajoča. Cene v tem novem paviljonu pa bi bile dvojne: kdor bi se hotel lečiti na starem oddelku, bi plačal staro tarifo, kdor bi si pa želel večjega komforta in higienske opreme, bi plačal dvojno. Ker ni dvoma, da tudi dandanes niso še vsi bolniki v Sloveniji berači, bi bil novi paviljon aktiven in bi se sam izplačeval. Ako bi se ta predlog ne osvojil, naj se pozove predlagatelj šentpeterske vojašnice, da si izmisli kaj novega in njega samega prekašujočega. Že danes predlagamo, da se rezervira zanj prostor na šentpeterski vojašnici za soho ali vsaj spominsko ploščo.« (16)

Onkološki inštitut

Med tistimi zdravstvenimi ustanovami, ki so leta 1937 sprejele nemogoče prostorske razmere v šentpeterski vojašnici za vendarle sprejemljive, je bil takrat ustanovljen Banovinski inštitut za raziskovanje in zdravljenje novotvorb, ki se je leta 1946 preimenoval v Onkološki inštitut. 1. avgusta 1938 so se vselili v šentpeterske prostore. Prvi ravnatelj je bil slovenski pionir onkologije doc. dr. Josip Cholewa (1885–1942), ki je vodil Inštitut v letih od 1938 do 1942 in mu postavil temelje. Po njegovi smrti je delo nadaljeval prof. dr. Leo Šavnik (1942–1945, 1948–1963). O nastanku Inštituta je ob 25-letnici obstoja leta 1963 naslednica prof. Šavnika, onkologinja



Pogled na neokrnjeno šentpetersko kasarno z južne strani (foto Boris Gumilak, 2009).

prof. dr. Božena Ravnihar (vodja 1963–1982), v radijski oddaji povedala, da so bili zametki silno skromni, in sicer v prvem nadstropju jugovzhodnega trakta šentpeterske vojašnice, kjer so preuredili nekaj prostorov, da so vanje lahko spravili potrebno opremo: 28 bolniških postelj, rentgenske aparate, operacijsko sobo in ambulanto. Na podstrešje so namestili laboratorije za diagnostične preiskave in poskuse na živalih. Tudi oprema za terapijo z obsevanjem je bila skromna: majhna količina radija, en večji in dva manjša rentgenska aparata. Delati je pričelo pet zdravnikov, vse osebje skupaj pa je takrat štelo 24 zdravstvenih in pomožnih delavcev. V tistem času je osebje s strahom pričakovalo, ali se bodo bolniki prišli zdraviti ali ne, saj je takrat beseda rak ljudem pomenila zanesljivo smrt. Takšnih zavodov, kot je bil ta, je bilo leta 1938 malo v svetovnem merilu, le trije ali štirje, a je profesor Šavnik zastavil delo z izjemnim znanjem, svetovljanstvom in pogumom. Dela je bilo ogromno, delovne razmere pa silno skromne. Bolniške sobe so bile natrpene, bolniki so ležali tudi po tleh oziroma bili na vozičkih po hodnikih. Kljub temu pa so bili tako rekoč odpisani rakavi bolniki osebju hvaležni in je prof. Ravniharjeva zapisala: »Vsem so dobro poznane bedne razmere v našem inštitutu, ki izvirajo iz skrajne stiske s prostori. Znano je, kako malo udobnosti lahko nudimo našim bolnikom in kako naporno je delo osebja v takih pogojih. Da pa se bolniki kljub temu navežejo na našo ustanovo, da se radi, brez strahu in z zaupanjem zatekajo vanjo, da vlada med osebjem dobra volja, da brez pritiska in priganjanja s tolikšno požrtvovalnostjo premaguje vse težave in po najboljših močeh lajša bolnikom njihovo trpljenje, je temu brez dvoma vzrok tisto posebno prijetno in prisrčno človeško vzdušje, ki ga je ustvaril v inštitutu in ga vzdržuje profesor Šavnik prav s svojo osebnostjo.« Tudi onkologinja prof. dr. Berta Jereb se je spominjala svojega takratnega dela na Inštitutu: »S strahom smo pričakovali vse večji naval bolnikov, saj zaradi prostorske stiske ne bi mogli več vsem omogočiti pravočasnega zdravljenja. V ambulanti je vsak dan na pregled čakalo 100 ali več bolnikov. Tudi bolniških postelj smo imeli blizu 100. Zdravnikov nas je bilo osem. Verjamem, da nismo delali slabo. Verjamem, ker

mi je to rekel bolnik, ki je zaradi pomanjkanja prostora in postelj ležal na golih tleh ob peči v sobi devet. Tolažila sem ga, da bom poskusila najti posteljo na kakšnem drugem oddelku takratnih kliničnih bolnišnic, pa je rekel: »Nikar, raje sem pri vas, tu ste dobri ljudje in tukaj me boste dobro zdravili.« Odnosi med zdravniki, sestrami, tehnikami, med vsem osebjem so bili prijateljski. To so bila še vedno leta po vojni, ko smo bili hvaležni usodi, da smo preživeli, naša osebna pričakovanja so bila zato skromna.« (17)

Oddelek Onkologija A v šentpeterski kasarni se je s preureditvami postopoma širil in imel leta 2009 150 postelj ter v istem letu zaposloval 27 zdravnikov in strokovnjakov drugih panog, skupno 185 ljudi. Opremljen je bil tudi z vso najpotrebnejšo opremo za sodobno zdravljenje raka. Po dolgoletnih prizadevanjih je leta 1997 stekla gradnja novega Onkološkega inštituta in leta 2008 so se preselili vanjo. V 75 letih se je zaradi vsestranskega razvoja medicine in vsesplošne blaginje silno povečala onkološka dejavnost in ustanova danes zaposluje skoraj 1.000 ljudi, med njimi nad 100 zdravnikov (18). Vsa onkološka dejavnost pa se je začela v res skromnih razmerah.

Še ena podporna bolnišnična dejavnost je prehodno našla prostor na dvorišču šentpeterske kasarne: leta 1947 se je tja za leto dni preselila Reševalna postaja Ljubljana, ki si je že v začetku leta 1948 našla stalno lokacijo v bivši remizi na Zaloški cesti (19).

Tudi pionirski koraki nuklearne medicine so potekali v sklopu šentpeterske kasarne. Prve nuklearnomedicinske posege v Sloveniji so opravili sicer že na Interni kliniki v Ljubljani v letih od 1954 do 1959, ko je internist prof. dr. Jože Satler (1919–1993) začel leta 1954 uporabljati radioaktivni jod za preiskave ščitnice, internist prof. dr. Bojan Varl (1920–2002), ki velja za pionirja nuklearne medicine pri Slovencih, pa je isto leto začel sistematično uvajati dejavnost nuklearne medicine. Prvi radioizotopski laboratorij (na Slovenskem) so ustanovili januarja 1960, in sicer v Ljubljani na Onkološkem inštitutu, ki je bil v šentpeterski vojašnici, in na Interni kliniki. Pod vodstvom B. Varla se je laboratorij Interne klinike postopoma razvijal in 1973 prerasel v Kliniko za nuklearno medicino z oddelki za diagnostiko *in vivo* ter *in vitro* in za zdravljenje na bolnišničnem in tirolskem oddelku (20).

Šentpeterska zdravstveno-izobraževalna ustanova – Medicinska fakulteta

Pomanjkanje prostora je bil ponovni razlog, da je po osvoboditvi leta 1945 novoustanovljena popolna Medicinska fakulteta z desetimi semestri dobila prostore prav v tej stavbi. Ustanovljena je bila z vladnim odlokom 31. julija 1945 in je prevzela zdravstvene zavode na območju ljubljanske splošne bolnišnice, v njeni soseščini ter v njih naselila klinike in inštitute. Po navodilu ginekologa in porodničarja prof. dr. Pavla Lunačka (1900–1955), ki je bil takrat ljubljanski župan, so bili fakulteti dodeljeni provizorični prostori v tej neugledni stavbi. V njej je

sicer začasno, a po 70 letih lahko rečemo, da praktično trajno, dobila mesto fakultetna uprava z dekanom prof. dr. Božidarjem Lavričem (1899–1961), s Centralno medicinsko knjižnico, katere vodstvo je prvi prevzel zdravnik in pisatelj dr. Lojz Kraigher (1877–1959), in nekateri predklinični inštituti, ki tam večinoma domujejo še danes (biologija, biokemija, biofizika in še kaj) (21).

Biolog in zdravnik prof. dr. Hubert Pehani (1900–1994) se je začetkov popolne Medicinske fakultete na Vrazovem trgu, ki so ga številni pogosto preimenovali tudi v »vragov« trg, spominjal takole: »Po osvoboditvi se je leta 1945 ponudila priložnost, da dobijo predmeti prvega letnika medicinskega študija, t.j. fizika, kemija in biologija, lastne prostore v bivši šentpeterski vojašnici, kjer so bili med vojno zloglasni zapori. S skromnimi sredstvi, ki so bila tedaj na voljo, smo skušali čim bolje urediti in opremiti inštitut za predavanja in vaje iz biologije.« (22)

Ker pa si je fakulteta močno želela boljših pogojev dela, je zasnovala načrt za izgradnjo nove stavbe, in sicer v dveh etapah. Prva, narejena po načrtih arhitekta Vladimirja Ažmana, je bila predana namenu leta 1987, druga faza izgradnje pa se bo, upajmo vsaj, uresničila z nadomestno gradnjo na mestu sedanjega rušenja južnega in vzhodnega trakta šentpeterske vojašnice ob Ljubljani in Lipičevi ulici. A vse to okoli šentpeterskega dela Medicinske fakultete, njene preteklosti in prihodnosti, je zgodba, ki potrebuje nov list papirja... Pred desetletji, ko bi se morala gradnja 2. faze novogradnje nadaljevati, je namreč vrag odnesel šalo. Da se le ne bi tako zgodilo tudi sedaj!

Literatura:

1. Zupanič Slavec Z. Epidemije na Slovenskem: lakote, kuge in vojne reši nas, o Gospodl. V: Granda S(ur.), Šatej B (ur.). Množične smrti na Slovenskem: zbornik referatov. Ljubljana: Zveza zgodovinskih društev Slovenije, 1999; 201–11.
2. Potočnik A. Ljubljana – predmestja. Zvonček, januar 1928; 29 (5): 106–10.
3. Radics. P. Zgodovino deželne Civilne bolnice v Ljubljani. Ljubljana: Deželni odbor kranjski, 1887: 81 str.
4. Vrhovec I. Meščanski špital. Letopis Matice Slovenske, 1898: 1–112. <<http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-QP1RWWLJ>>
5. Draksler M. Tisočletno grobišče ob cerkvi sv. Petra. 18. 10. 2011. <http://www.arheologijaljubljane.si/2011/tisočletno-grobišce/>.
6. Vrhovec I. Zgodovina šentpeterske fare v Ljubljani. Zbornik znanstvenih in poučnih spisov 1903; 5: 1–88.
7. Prelovšek D. Ljubljanska arhitektura v prvi polovici 19. stoletja. Kronika časopis za slovensko krajevno zgodovino 1981: 29.
8. Kladnik D. Namesto vojašnic – kultura in stanovanja. Nedeljski dnevnik 10. 11. 2009. http://www.dnevnik.si/tiskane_izdaje/nedeljski/1042312199.
9. Jutro: ponedeljska izdaja, 1934; 15, št.39.
10. Hren M. Antologija Metelkova. Ljubljana: samozaložba 2008. <http://www.dlib.si/preview/URN:NBN:SI:DOC-YIZYIFB6/ft0ae6e1-aa5a-4933-8810-d47d748b764d>
11. Rus J. Upor v Judenburgu 1918. Kronika slovenskih mest. 1935; 2: 65–71.
12. Kavčič P, Kavčič F. Ustanovitev OF v Škofji Loki in okolici. Loški razgledi, 1961; 8:11–23.

13. Jeza F. Zakasnela pomlad in druge kratke zgodbe; <http://zakasnelapomlad.blogspot.com/>
14. Planina F. V italijanskih zaporih. Loški razgledi 1978; 265–79.
15. Kolar I. Literarni sprehod po Ljubljani. Jezik in slovstvo 1958; 4 (1): 16–9.
16. Šentpeterska vojašnica kot sanatorij. Slovenski narod, 1934; 67: 13. julij.
17. Jereb B. Iz zgodovine Onkološkega inštituta. Onkologija 2009; 13: 73–81.
18. http://www.onko-i.si/fileadmin/onko/datoteke/dokumenti/osebna_izkaznica_OI.pdf
19. Posavec A, Fink A. 80 let poklicnega delovanja Reševalne postaje v Ljubljani. KC Ljubljana, oktober 2002.
20. Zupanič Slavec Z, Gaberšček S, Slavec K. The development of nuclear medicine in Slovenia and Ljubljana; half a century of nuclear medicine in Slovenia. Radiol. oncol. (Ljubljana), 2012; 46 (1): 81–8.
21. Zupanič Slavec Z. Devetdeset let Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani (1919–2009). Zdrav Vestn 2009; 78 (11): 659–72.
22. Zupanič Slavec Z, Slavec K. Prva generacija medicincev na popolni Medicinski fakulteti v Ljubljani leta 1945 – ob 65-letnici vpisa. Zdrav Vestn 2011; 80 (7/8): 599–613.

E-naslov: zvovka.slavec@gmail.com

Nevropatologija na Slovenskem in v svetu

Nastopno predavanje ob izvolitvi v naziv redna profesorica

Mara Popović

Nevropatologija je veja patologije, ki se ukvarja s patomorfološki-mi spremembami v osrednjem in perifernem živčevju, skeletni mišici in likvorju. Začetki nevropatologije segajo v drugo polovico 19. stoletja, ko je italijanski anatom Camillo Golgi odprl vrata v histopatologijo živčevja, še vedno ne dovolj raziskanega sistema človeškega telesa. Camillo Golgi je iznašel metodo impregnacije živčnih celic s srebrovimi solmi v histoloških rezinah možganov. Španski anatom Santiago Ramon y Cajal je izboljšal Golgijevo metodo in uvedel še impregnacijo z zlatom, da je lahko opazoval povezave različnih predelov živčnega sistema in študiral degeneracijo in regeneracijo perifernega in osrednjega živčevja. Svoje ugotovitve je opisal v številnih člankih in monografijah, ki jih je ilustriral z mnogoštevilnimi lastnimi risbami.

Z današnjimi metodami ni veliko dodati k njegovim ugotovitvam glede histologije živčevja in patohistologije degeneracije in regeneracije perifernega in osrednjega živčevja. Golgi in Cajal sta leta 1906 delila Nobelovo nagrado za svoje dosežke (1). Še dva anatomista sta pomembno prispevala k razvoju tehnik, ki so omogočale opazovanje patoloških sprememb v živčnih celicah in zgradbo glialnih celic: Max Bielschowski je še dodatno razvil Golgijevo metodo, tako da je omogočil prikaz distrofičnih aksonov in dendritov v senilnih plakih pri Alzheimerjevi bolezni, kot tudi patološke fibrilarne vključke v perikarionu živčnih celic pri Pickovi bolezni. Del Rio Hortega je iznašel metodo za prikaz glije (1).

Do druge svetovne vojne se je nevropatologija razvijala predvsem v Nemčiji, Avstriji in Švici ter se širila v Francijo, Anglijo, Italijo in Španijo. Spremembe v možganih so zanimale predvsem nevropsihiatre tega časa, ki so želeli ugotoviti, kaj se dogaja v možganih njihovih bolnikov: Alois Alzheimer, Franc Nissl, Alfons M. Jakob, J. M. Charcot, J. Dejerine, H. Obersteiner, O. Marburg, J. Greenfield so le nekateri od znanih nevrologov, ki so sistematično pregledovali možgane in ugotavljali, da je razporeditev patoloških sprememb v možganskih jedrih in funkcionalno

definiranih poteh povezana s kliničnimi znaki in simptomi (1, 2). Med svetovnimi vojnami so se strokovnjaki iz ZDA prihajali v Evropo učiti nevropatologijo. Po drugi svetovni vojni se je nevropatologija močno razvila tudi v ZDA in na Japonskem, v državah, ki danes pomembno prispevata k razvoju nevropatologije. K razvoju tumorske nevropatologije sta pomembno prispevala nevrokirurga Harvey Cushing in Percival Baily, slednji je bil izobražen tudi v histopatologiji možganskih tumorjev, ki sta postavila temelje klasifikaciji primarnih možganskih tumorjev (1).

Kdaj se je nevropatologija pojavila na Slovenskem? Prvi nevropatološki laboratorij je ustanovil nevropsihiater Srečko Pogačar leta 1964 v kleti stare Nevrološke klinike, sočasno z ustanovitvijo laboratorija za nevrofiziologijo, pod taktirko dr. Milana Dimitrijevića. Iz Kidričevega sklada je dobil denar za nakup Zeissovega mikroskopa s fotoaparatom in mikrotoma za velike histološke rezine. Pri delu mu je pomagal laboratorijski tehnik. Srečko Pogačar se je leta 1963 izobraževal iz nevropatologije tri mesece v National Hospital Queen Square v Londonu, dva meseca na Inštitutu za nevropatologijo Poljske akademije znanosti v Varšavi in en mesec na Inštitutu možganov v Moskvi. Poleg tega se je leta 1962 eno leto učil patologijo na Inštitutu za patologijo v Ljubljani. Pregledoval je možgane in organiziral kliničnopatološke konference. Leta 1965 je Srečko Pogačar na povabilo direktorja Rhode Island Medical Centre odšel v ZDA na mesto nevropatologa. Po dveh letih se je vrnil v Ljubljano, vendar nevropatološkega laboratorija v kletnih prostorih stare Nevrološke klinike ni bilo več (3).

Patolog Danilo Tavčar je začel pregledovati možgane leta 1969. Leta 1972 je ustanovil laboratorij za nevropatologijo in uvedel tekočo identifikacijsko številko za nevrokirurške biopsije in možganske sekcije. Napotke za ustanovitev laboratorija je iskal pri takrat najbolj uglednem jugoslovanskem nevropatologu, prof. Nenadu Grčeviću v Zagrebu, in pri priznanem nemškem

nevropatologu prof. Zulchu v Kölnu. Leta 1974 se je Danilo Tavčar šest mesecev izobraževal v laboratoriju za nevropatologijo v Massachusetts General Hospital (MGH) v Bostonu pri E. P. Richardsonu, kjer se je na rednih kliničnopatoloških konferencah in večernih histopatoloških konferencah srečeval s Srečkom Pogačarjem.

V času bivanja v Bostonu leta 1974 je v Zdravniškem vestniku objavil štiri pisma iz Bostona. V tretjem pismu je navdušeno pisal o prvih rezultatih uporabe najnovejše rentgenske diagnostične pridobitve, računalniške aksialne tomografije ali CAT, ki je bila odkrita leta 1971 v Angliji ter leta 1973 uvedena v uporabo na kliniki Mayo v Rochestru in v MGH (4). CAT je bila, v primerjavi z dotedanjimi metodami slikovne diagnostike obolenj osrednjega živčevja, kot so pnevmoencefalografija, angiografija in scintigrafija, veliko bolj natančna in manj agresivna metoda. Po prvih analizah so s CAT v teh dveh klinikah opravili 529 oziroma 500 preiskav in so imeli le 3,4 odstotka nepravilnih diagnoz. Danilo Tavčar je v istem pismu poročal, da je bila v tem času izdelana tudi podobna aparatura za pregled celotnega telesa, ki se je imenovala ACTA-Scanner. Upal je, da bo Ljubljana kmalu dobila CAT, kar se je zgodilo šest let kasneje, leta 1980.

Danilo Tavčar je v pismu predstojniku Inštituta za patologijo, prof. Antonu Dolencu, leta 1978 napisal svojo vizijo, kako naj bi bil urejen oddelek za nevropatologijo, ki ga je ustanovil leta 1980 na Inštitutu za patologijo v Ljubljani. Glavni pomen nevropatologije je po njegovem mnenju v kliničnopatoloških konferencah (KPK) po smrti nevroloških bolnikov. KPK so, poleg povratne informacije lečečemu nevrologu o zanesljivem vzroku težav pri nevrološkem bolniku, imele za Danila Tavčarja izjemen izobraževalni pomen tako za specializante nevrologije, psihiatrije, nevrokirurgije in patologije kot tudi za nevrologe in patologe. Poleg tega naj bi oddelek za nevropatologijo skrbel za izobraževanje dodiplomskih študentov splošne in dentalne medicine iz patologije živčevja. Predlagal je, da se pouk nevropatologije izvaja v četrtem letniku medicine, ob pouku iz nevrologije in psihiatrije, kar je bil zametek bolonjske reforme, ki se je letos tudi uresničila. Od šolskega leta 2012/13 je nevropatologija del predmetnega sklopa Živčevje. Seveda je poudaril tudi pomen raziskovalnega dela v nevropatologiji.

V času Danila Tavčarja je število obdukcijskih Inštitutu za patologijo Medicinske fakultete v Ljubljani presegalo 1.000 na leto, prof. Tavčar je pregledal od 100 do 200 možganov in okrog 200 biopsij možganskih tumorjev na leto. Za ta obseg dela je načrtoval oddelek s tremi nevropatologi, dvema laboratorijskima tehnikoma in eno administrativno delavko. Načrti se mu niso uresničili. Junija 1986 je dobil pomoč v moji osebi, vendar sva skupaj delala žal komaj eno leto. Prof. Tavčar je jeseni 1986 zbolel in umrl leto kasneje, ne da bi se preselil v novi Inštitut za patologijo na novi Medicinski fakulteti, pri gradnji katerega je sodeloval. Moje izobraževanje iz nevropatologije obsega šest mesecev dela v laboratoriju za nevropatologijo Rhode Island Hospital, Providence, Rhode Island, ki mi ga je omogočil Srečko Pogačar. Poleg tega sem se štiri mesece izobraževala na Inštitutu za nevrologijo Medicinske univerze na Dunaju

pod vodstvom uglednega evropskega nevropatologa Herberta Budke, predsednika mednarodnega združenja nevropatologov in mojega dobrega prijatelja, ki mi je vedno priskočil na pomoč v primeru diagnostično težavnih možganskih tumorjev. Prof. Budka je od lanskega leta upokojen, inštitut sedaj vodi prof. Johannes Hainfellner, prav tako izjemen kolega slovenske nevropatologije, pripravljen priskočiti na pomoč v težavnih primerih.

Nevropatologija je v nekaterih evropskih državah priznana samostojna specializacija, in sicer v Avstriji, Nemčiji, na Madžarskem, Irskem, Poljskem in v Veliki Britaniji. Specializacija obsega, poleg nevropatologije, tudi izobraževanje iz patologije, nevrologije in nevroradiologije in traja od štiri do pet let. V ZDA, Franciji, Italiji, na Portugalskem, v Romuniji, Španiji in Švici je nevropatologija priznana kot subspecializacija, ki izhaja iz patologije. Od leta 2000 je tudi pri nas nevropatologija priznana kod subspecializacija v trajanju enega leta v petem letu specializacije iz patologije (2).

Svetovni nevropatologi so od leta 1959 združeni v Mednarodnem združenju nevropatologov, evropski nevropatologi pa so od leta 1979 združeni v evropski konfederaciji nevropatologov, poimenovani EURO-CNS. Slovenska sekcija za nevropatologijo, ustanovljena leta 2005, je članica EURO-CNS od leta 2007.

EURO-CNS je aktiven organizator tečajev za izobraževanje iz nevropatologije in si prizadeva za uskladitev ravni znanja evropskih nevropatologov. Organizirajo tudi evropski izpit iz nevropatologije.

Oddelek za nevropatologijo na Inštitutu za patologijo Medicinske fakultete v Ljubljani je edini oddelek v Sloveniji, ki zajema skoraj celotno nevropatologijo. Biopsije skeletne mišice se delno izvajajo na Inštitutu za anatomijo MF v Ljubljani. Na oddelku za patologijo Kliničnega centra v Mariboru pa diagnosticirajo možganske biopsije bolnikov, ki so operirani na kliničnem oddelku za nevrokirurgijo v Mariboru.

Slovenija in slovenska nevropatologija sta od leta 1994 vključeni v projekte EU za nadzor pojavljanja Creutzfeldt-Jakobove bolezni z namenom dobiti vpogled v to redko, vendar izjemno zanimivo in še neraziskano možgansko obolenje, ki je prenosljivo ne le s človeka na človeka iatrogeno, ampak tudi z goveda na človeka s hrano. Zaradi slednjega je sledenje te bolezni izredno pomembno, da bi preprečili širjenje bolezni s krvjo in presaditvami organov.

Literatura:

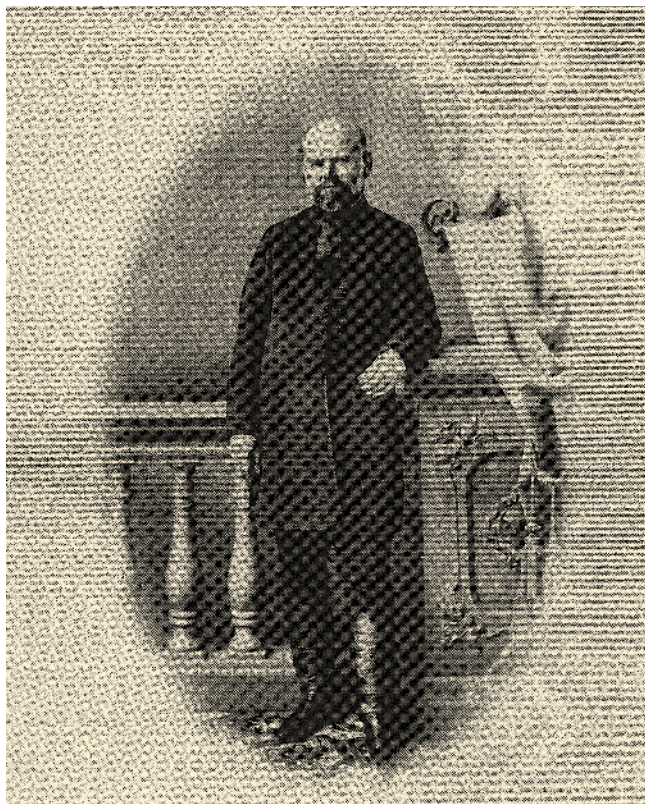
1. James MH. Neurons and Nobel prizes: a centennial history of neuropathology. *Neurosurgery* 1998; 42 (1): 143–156.
2. Mikol J, Weller R. Neuropathology in Europe: an overview. *Clinical Neuropathol* 2006; 25 (1): 7–13.
3. Mara Popović. Srečko Pogačar, psihiater, nevrolog in nevropatolog v ZDA. *Intervju. Isis* 2012; 21 (7): 27–32.
4. Danilo Tavčar. Tretje pismo iz Bostona: kompjuterizirana aksialna tomografija (CAT). *Zdrav Vest* 1974; 43: 356–357.

E-naslov: mara.popovic@mf.uni-lj.si

Semmelweisov muzej medicine in farmacije

Temelji Semmelweisovega muzeja medicine so bili položeni pravzaprav že z ustanovitvijo Kraljevega združenja zdravnikov Budimpešte (Budapesti Királyi Orvosegyesület), ki je nastalo leta 1837 in je že zbralo zavidanja vredno zbirko madžarske zgodovine medicine. Leta 1841 je združenje ustanovilo še knjižnico, ki se je nato iz leta v leto povečevala. Leta 1905 pa je združenje ustanovilo še Muzej zgodovine medicine, ki je svoja vrata javnosti odprl štiri leta kasneje. Muzej je obsegal zbirko relikvij, ki so jih zapustili preminuli člani združenja, pridobil pa je tudi druge izredno pomembne in neprecenljive relikvije iz zgodovine madžarske medicine. Podobno zgodovino nastanka ima Madžarsko farmacevtsko združenje (Magyar Gyógyszerészeti Társaság), znotraj katerega je leta 1906 József Ernyey na podlagi zbranih knjig in relikvij ustanovil zbirko zgodovine farmacije, na podlagi te pa je še istega leta nastal in odprl svoja vrata Madžarski muzej zgodovine farmacije (Magyar Gyógyszerészettörténeti Múzeum). Kasneje so muzejema zgodovine medicine in farmacije, ki sta bila torej sprva organizirana na ravni združenj in strokovnih društev, dodali še zbirki Združenja prostovoljcev prve pomoči Budimpešte (Budapesti Önkéntes Mentőegyesület), ki ga je ustanovil Géza Kresz leta 1910, in Muzeja javne higiene (Népegészségügyi Múzeum), ki je bil odprt leta 1931.

Žal pa danes te dediščine ne moremo občudovati v celoti. Med 2. svetovno vojno, še posebej med obleganjem Budimpešte, so namreč te zbirke utrpeli veliko škodo; uničena je bila celotna zbirka Muzeja javne higiene, muzej Združenja prostovoljcev prve pomoči Budimpešte pa so izropali. Ko je leta 1947 Kraljevo združenje zdravnikov Budimpešte razpadlo in uradno prenehalo delovati, je njegove prostore zasedel Center za dokumentacijo sovjetske medicinske znanosti (Szojjet Orvostudományi Dokumentációs Központ), združenje pa je za sabo pustilo knjižnico, muzej in zgodovinske arhive. Podobna usoda je doletela tudi druge znanstvene organizacije in interesne skupine medicinske stroke, pa tudi zasebne bolnišnice in zdravstvene institucije, ki so jih vključili v centraliziran, državni zdravstveni sistem. Toda nekako je bilo treba poskrbeti za knjižnice, arhive in opremo teh organizacij in institucij. Leta 1951 je zato ministrstvo za zdravje izvedlo inventuro teh medicinskih zbirk, priključilo pa jim je tudi inventar, ki je pred tem spadal pod cerkveno vodene zdravstvene institucije in jih je po novem prevzela država. 1. maja je tako v prostorih nekdanje Bolnišnice bratov usmiljenja Buda (Budai Irgalmas Kórház) pod novo državno oblastjo ministrstvo ustanovilo Nacionalno medicinskozgodovinsko knjižnico (Országos Orvostörténeti Könyvtár). Knjižnica je dobila tudi nalogo zbrati vse medicinske knjige, izdane do leta 1900, ki so bile v lasti sicer ne več delujočih zdravstvenih institucij, društev in združenj, s čimer so postavili



Ignac Filip Semmelweis (fotografija neznanega avtorja, 1860–65, zbirka Semmelweisovega muzeja za zgodovino medicine).

temelje za nacionalno zbirko madžarske zgodovine medicine. Večino tako zbranih knjig je sestavljalo 60.000 primerkov, ki so pred tem pripadali Kraljevemu medicinskemu združenju Budimpešte; tem pa so bile priključene tudi zbirke raznih ukinjenih zdravstvenih institucij in bolnišnic, ki so bile razseljene v prvih letih po vojni pod sovjetsko oblastjo.

Nacionalno medicinskozgodovinsko knjižnico je upravljal Ákos Palla (1903–1967). Palla je še z dvema (in kasneje tremi) kolegi začel organizacijo knjižnice v mnogo premajhnih prostorih. Čeprav sta bila sprva legalni status pa tudi zanimanje za zbirko nejasna, soočali in so se tudi z nekaterimi drugimi problemi, je po obdobju naporenega dela Nacionalna medicinskozgodovinska knjižnica leta 1952 le odprla vrata raziskovalcem in zainteresirani javnosti, od jeseni istega leta pa so potekala vsak drugi teden tudi odprta predavanja, ki so jih izvajali priznani raziskovalci medvojnega obdobja, pa tudi člani mlade generacije raziskovalcev,

ki so dobili priložnost, da oživijo in reorganizirajo raziskovalne aktivnosti na področju zgodovine medicine. Tri leta pozneje, leta 1955, je Nacionalna medicinskozgodovinska knjižnica začela izdajati serijo resnih publikacij z naslovom Publikacije Nacionalne medicinskozgodovinske knjižnice (*Az Országos Orvostörténeti Könyvtár Közleményei, Communicationes ex Bibliotheca Historiae Medicae Hungarica*), s prvim urednikom Ákosom Pallo. Revija je kmalu dosegla mednarodni ugled, sledila pa ji je serija knjig Medicinskozgodovinske knjige (*Orvostörténeti Könyvek*), ki so jih uredili zaposleni Nacionalne medicinskozgodovinske knjižnice. V okviru te serije so izšli tudi štirje zvezki Istvan Wesprijemijevih slavnih biografij priznanih zdravnikov.

Leta 1956 so prostori, ki jih je knjižnica dobila leta 1951, postali premajhni za njeno razširjeno funkcijo, zato so jo preselili na drugo lokacijo, kjer bi lahko – poleg osnovne knjižnične funkcije – zagotavljala primeren prostor za različne družbene in znanstvene aktivnosti. Tako je šele na tej točki Nacionalna medicinskozgodovinska knjižnica postala institucija, kakršna bi morala biti. Knjižnica se je spomladi 1956 preselila v neobaročno zgradbo s preloma stoletja, ki je bila sprva zasebni dvorec, v zadnjih mesecih 2. svetovne vojne pa je služila kot vojaška bolnišnica Rdečega križa in kasneje kot bolnišnica za žrtve epidemije otroške paralize. Knjižnica je tudi naglo povečevala obseg zbirke – z relikvijami iz madžarske zgodovine medicine in tudi od drugod po svetu, ki so kasneje prešle pod Semmelweisov muzej zgodovine medicine (*Semmelweis Orvostörténeti Múzeum*). Medtem je Nacionalna medicinskozgodovinska knjižnica postala center oživljenega družbenega življenja raziskovalcev zgodovine medicine, ki je privlačil tako strokovnjake kot tudi ostale zainteresirane. Prenovljene aktivnosti na tem področju je simboliziral prvi Madžarski kongres zgodovine medicine, ki je potekal leta 1958 v Nacionalni medicinskozgodovinski knjižnici in na mnogih spremljajočih konferencah po državi (v Pécsu, Debrecenu in Szombathelyju), v celoti v organizaciji Strokovnega panela za zgodovino medicine, ki je deloval v okviru Sindikata zdravstvenih delavcev. Panel je bil zakonit predhodnik Madžarskega društva za zgodovino medicine (*Magyar Orvostörténelmi Társaság*), ki je bilo ustanovljeno leta 1966.

Leta 1958 je bil na pobudo ministrstva za zdravje ustanovljen Odbor muzeja zgodovine medicine (*Orvostörténeti Múzeumi Bizottság*), katerega naloga je bila rešiti, kar je še ostalo od baročne hiše, v kateri se je rodil Ignac Filip Semmelweis (1818–1865), in tam ustanoviti primeren spominski muzej, ki bi nosil ime po velikem madžarskem zdravniku. Na predlog

odbora je hiša, v kateri je bil rojen Semmelweis, prešla v roke ministrstva za zdravje, ki je odredilo obnovo te zgodovinske zgradbe. A slavna hiša v predelu Buda ob vznožju grajskega griča, poznanega kot »Tabán«, je bila že 70-odstotno v ruševinah, zato jo je bilo treba tako rekoč ponovno zgraditi. Končno so v hiši leta 1964 odprli muzej, kakor je bil namen. Hiša je sprva delovala pod imenom Semmelweisova spominska hiša (*Semmelweis Emlékház*), od januarja 1965 pa Semmelweisov muzej zgodovine medicine. Njegov prvi direktor je bil priznani ginekolog prof. Sándor Fekete, medtem ko je bil njegov asistent József Antall, ki je kasneje postal prvi demokratično izvoljen predsednik madžarske vlade po padcu komunističnega režima maja 1990.

Po smrti Ákosa Palle leta 1967 sta se leta 1968 Nacionalna medicinskozgodovinska knjižnica in Semmelweisov muzej zgodovine medicine združila tako pravno kot institucionalno, novonastala institucija pa je leta 1972 pridobila pravni status arhivskega urada. Tako je institucija izvajala funkcijo knjižnice, muzeja in arhivskega urada v enem in je poleg praktične obdelave podatkov in katalogiziranja zagotavljala zajeten prostor za izvajanje raziskav ter kmalu postala model, ki so ga posnemale podobne institucije drugod po Evropi.

Semmelweisov muzej zgodovine medicine ima od svoje ustanovitve (z zakonom iz leta 1962 o zbiranju umetniških del s področja medicine in farmacije) pravico zbirati pisne, materialne in tiskane relikvije stroke na celotnem ozemlju Madžarske, pa tudi tiste relikvije, ki imajo umetniško vrednost, dokumente in relikvije, ki so jih za sabo pustili veliki predstavniki tega področja, in druge splošne zgodovinske predmete iz preteklosti madžarske zgodovine medicine in farmacije. Po tem načelu je bil osnovan tudi sistem organiziranja muzejske materialne zbirke. Kasneje je muzej razširil svojo pristojnost na nadzorno funkcijo in je ustanovil spominske zbirke v različnih mestih izven Budimpešte. Med takšne zbirke so sodile lekarne, ki so imele status zgodovinskega spomenika; nekatere teh lekarn so se razvile v muzeje zgodovine farmacije (v mestih Sopron, Győr, Pécs, Székesfehérvár in drugih), druge pa so služile kot običajne lekarne, a sta bila njihovo povišanje in oprema zaščiteni z zakonom o zaščiti nacionalnih spomenikov.

Semmelweisov muzej zgodovine medicine je svojo prvo začasno razstavo odprl leta 1965, leta 1968 pa ji je sledila stalna razstava z naslovom Podobe iz zgodovine zdravljenja, ki je bila dopolnjena z novopridobljenimi predmeti leta 1972, 1981 in 1992, toda njena organizacijska načela so ostala enaka do danes. Muzej je v sedemdesetih začel s serijo začasnih razstav, ki so

predstavljale različna področja znotraj medicinske in farmacevtske stroke ali pa so sledile madžarskim in mednarodnim medicinskim in farmacevtskim kongresom in konferencam, ki so se odvile v tistem času v Budimpešti. Več ustanov je bilo odprtih kot samostojne institucionalne enote muzeja: Knjižnica za zgodovino farmacije József Ernyey (Ernyey József Gyógyszerésztörténeti Könyvtár) leta 1981, Farmacevtski muzej Zlati orel (Arany Sas Patikamúzeum) leta 1974, Spominski muzej Frigyes Korányi in Sándor Korányi (Korányi Frigyes és Sándor Emlékmúzeum) v mestu Nagykálló leta 1977, Okrožni muzej za zgodovino medicine in farmacije Szabolcs-Szatmár (Szabolcs-Szatmár megyei Orvos- és Gyógyszerésztörténeti Múzeum) v mestu Tiszavasvár in Okrožni muzej za zgodovino medicine Bács-Kiskun (Bács-Kiskun megye Orvostörténeti Múzeuma) v mestu Kecskemét leta 1982.

Nacionalna medicinskozgodovinska knjižnica deluje kot ločena, skoraj samostojna enota pod okriljem večje institucije in je postala pomembno središče za raziskovanje madžarske in evropske zgodovine medicine. Zbirke knjižnice so zares neprimerljive znotraj stroke. V knjižnici sta zbrana dva tipa dokumentov: po eni strani teži k zbiranju vse medicinske literature, ki je bila izdana do sredine 20. stoletja na Madžarskem in po svetu, po drugi strani pa zbira priročnike in učbenike, ki so potrebni za raziskovanje zgodovine medicine, pa tudi druga dela o zgodovini medicine. Te so dopolnjene z zbirkami revij in časopisov, disertacij in ponatisov. Posebna zbirka, označena s črko »S«, pa je pravi hišni zaklad, saj vsebuje rokopise, ki so nastali pred izumom tiska, inkunabule, razne redke tiske in stare madžarske tiske izpred leta 1711. Ta posebna zbirka zaobjema tudi tiske in knjige izjemne slave, knjige, ki so slavne zaradi ilustracij, posebnih naslovnih, ali pa so bile nekoč v lasti slavnih osebnosti. Večji del knjižnice sestavljajo knjige iz obdobja od 17. do 19. stoletja. Ker si knjižnica prizadeva k zbiranju vseh vrst knjig s področja zgodovine medicine, lahko poleg teh glavnih medicinskih zbirk tu najdemo še temeljna dela iz sorodnih družboslovnih in humanističnih znanosti, kot so zgodovina znanosti in umetnosti, kulturna zgodovina, filozofija, etnografija, literatura itd. Zaloga revij in časopisov danes presega 25.000 primerkov, zbrane pa so revije, izdane do sredine 20. stoletja. Najstarejši časopis je iz obdobja druge polovice 18. stoletja, muzej pa si prizadeva zbrati po en izvod vsake izdaje medicinskega časopisa, ki je bil kdajkoli izdan na Madžarskem.

Ločeno zbirko znotraj institucije predstavlja Knjižnica za zgodovino farmacije József Ernyey, katere temelje je izvorno položil prej omenjeni Madžarski muzej za zgodovino farmacije, ki ga je vodil József Ernyey. Do leta 1981 so bile zbirke tega muzeja, skupaj z zalogo knjig iz razpuščenih združenj in društev s področja zgodovine farmacije, shranjene na Fakulteti za farmacijo Medicinske univerze Semmelweis v Budimpešti (Semmelweis Orvostudományi Egyetem). Skoraj 20.000 primerkov knjig, revij in ponatisov so leta 1981 preselili v Knjižnico za zgodovino farmacije József Ernyey na Trgu Mátyás v

Budimpešti, ki je bila spremenjena v knjižnico iz lekarne Szent Keresztély in je bila zaščitena kot zgodovinska zgradba.

Nacionalna medicinskozgodovinska knjižnica in Semmelweisov muzej zgodovine medicine sta se po njuni združitvi leta 1968 začela hitro razvijati. Prof. Emil Schultheisz, generalni direktor muzeja od leta 1971 do 1984 in minister za zdravje med leti 1974 in 1985, je igral ključno vlogo pri razvoju institucije. V tem obdobju je bil József Antall najprej namestnik direktorja muzeja, nato pa od 1985 do 1990 tudi generalni direktor, ko je bil hkrati zadolžen za vodenje muzeja, knjižnice in arhivov. Spominsko ploščo v njegovo čast so postavili v vhodni dvorani v muzejsko zgradbo.

Posmrtno ostanke Ignáca Semellweisa so 14. oktobra 1964 pokopali na vrtu Muzeja zgodovine medicine, to je v baročni hiši, kjer se je 1. julija 1818 tudi rodil. Na grobu stoji spomenik Miklósa Borsosa, Materinstvo, vrt pa je postal prostor »romanja« za domače in tuje občudovalce tega velikega madžarskega zdravnika.

Ignac Filip Semmelweis

Madžarski zdravnik Ignac Filip Semmelweis (nem. Ignaz Philipp Semmelweis, madž. Ignác Fülöp Semmelweis) danes zavzema pomembno mesto v zgodovini medicine. Toda za časa svojega življenja ni bil priznan v današnjem obsegu. Šele raziskave zgodovine medicine in zgodovine znanosti so mu po smrti prinesle in priznale status, ki mu gre. Danes si tako Dunaj kot Budimpešta lastita zasluge za njegov uspeh. V 18. in 19. stoletju je bila namreč madžarska medicina po velikim vplivom dunajske medicine oziroma je bila tako rekoč v njeni senci. Dunajska univerza je bila eno od učnih središč madžarskih študentov medicine: tu so lahko opravljali prakso, dokončali študij, se seznanili z najnovejšimi medicinskimi teorijami in praktičnimi prijemi in pridobili diplomo, ki je bila priznana po vsem habsburškem cesarstvu in Evropi. Madžarska je že od leta 1769 imela samostojno medicinsko fakulteto, toda diploma, ki je bila pridobljena na njej, je znotraj cesarstva veljala le na Madžarskem, zato je kljub visokemu deležu uglednih predavateljev na njej večina študentov študij raje dokončala na Dunaju. Ta trend je krojil tudi pot Ignaca Semmelweisa.

Družina Semmelweis prvotno izhaja iz današnjega avstrijskega okolja; njegove korenine je možno izslediti do 16. stoletja v okolici današnjega Eisenstadta. Prihaja iz posebne skupine nemške manjšine na Madžarskem, imenovane »Hienc« (ali »Heanc«). Nekateri viri nakazujejo, da ta skupina predstavlja potomce Frankov, ki so se naselili tu pred madžarsko osvojitvijo Panonske nižine v času Karla Velikega. Semmelweis se je rodil 1. julija 1818 v baročni hiši, kjer danes domuje Semmelweisov muzej zgodovine medicine, ki nosi njegovo ime.

Srednješolsko izobraževanje je opravil na Kraljevi katoliški gimnaziji v Budi, čeprav je eno leto obiskoval tudi cistercijsko šolo. Že takrat je bil med najuspešnejšimi dijaki. Leta 1835 je pričel obiskovati dveletno filozofsko fakulteto Univerze v Pešti.

A ker si je njegov oče želel, da bi postal vojaški sodnik, je Semmelweis leta 1837 odpotoval na Dunaj, kjer je pričel s študijem na pravni fakulteti dunajske univerze. Toda že po enem letu študija je Semmelweis predsedal na medicinsko fakulteto. Eden od možnih razlogov za to je dejstvo, da je bival skupaj s študenti medicine in kmalu ugotovil, kaj ga bolj veseli. Prvo leto je študiral na Dunaju, drugo in tretje v Pešti, četrto in peto pa ponovno na Dunaju. Študij medicine je zaključil leta 1844, istega leta pa je pridobil tudi diplomu porodničarja in kirurga.

Po študiju je Semmelweis nihal med prakso interne patologije in ginekologije. Odločil se je za slednjo. Leta 1846 je postal asistent prof. Kleina na t.i. materinski kliniki. Materinski oddelek so v Splošni bolnišnici Dunaj odprli že leta 1784, prvotno pa je bil namenjen revnejšim slojem prebivalcev prestolnice oziroma njenemu nežnejšemu delu. Skoraj štiri desetletja po odprtju je bila smrtnost žensk, ki so rodile na tem oddelku, največ 1,25 odstotka, po letu 1825 pa je ta delež drastično narasel. Ženske so na oddelku umirale za nenavadno boleznijo, t. i. poporodno vročico. Oddelek je sicer deloval tudi kot univerzitetna učna klinika, kjer so se študentje učili praktičnega dela. Kasneje je bil oddelek razdeljen na dva dela; izdan vladni dekret je namreč zahteval, da se loči praksa študentov medicine in batic. Prvega je vodil prof. Klein, drugega pa Bartsch. S tem pa se je pokazala tudi neka pomembna razlika. Med leti 1841 in 1846 je namreč na prvem oddelku za poporodno vročico umrlo kar 9,92 odstotka žensk, ki so rodile tam, medtem ko jih je na drugem oddelku za to skrivnostno boleznijo umrlo »le« 3,38 odstotka. Najhuje je bilo med majem 1841 in oktobrom 1843, ko je v nekaterih mesecih umrlo tudi do 30 odstotkov mater. Razlika med oddelkoma je bila tako velika, da je ni bilo mogoče spregledati. Zato so ustanovili posebno raziskovalno

komisijo, ki pa ni prinesla rezultatov. Poporodno vročico so tako imeli za epidemijo, nalezljivo bolezen, ki jo povzroča gneča in neprezračen prostor.

Semmelweis se kot mlad zdravnik ni mogel sprijazniti s takšno usodo in izsledki raziskovalne komisije. Vzroke je iskal tudi na obdukcijah; vsako jutro je obduciral trupla pacientk, ki so umrle ponoči. Patografija pa je bila venomer enaka: vnetje ven in limfnih žil, peritonitis, perikarditis in vnetje možganske skorje. Semmelweis je preučil kategorizacijo poporodne vročice in zaključke glede epidemije. Vodil je statistične podatke o obdukciji, celo kaj je počel na določen dan in kdo je sodeloval pri oddelčnem delu in pod kakšnimi pogoji. Tako je opazil, da povečano število študentov na oddelku sovпада s povečanim številom smrtnih primerov. Kar je Semmelweisa dokončno napeljalo k lastnemu odkritju, pa je bila nepričakovana smrt kolega Kolletschke. Ta si je namreč med obdukcijo porezal roko in kmalu umrl zaradi zastupitve krvi. Semmelweis je pregledal poročilo avtopsije in osupel ugotovil, da je umrl zaradi natanko istih razlogov kot mlade matere na njegovem oddelku. Zato je bil prepričan, da vzrok poporodne vročice in posledične smrti leži v »delih trupel, ki so lahko prišli v sistem krvnih žil«, v razgrajeni organski snovi mrtvih organizmov. In prenašalci so lahko bili le zdravniki in študenti medicine, ki so izvajali preglede, saj so bili nenehno v stiku s trupli. Babice pripravnice, po drugi strani, niso nikoli prišle v stik s trupli, kar je razložilo manjšo stopnjo smrtnosti v drugem oddelku.

Semmelweis je pričel s eksperimenti. Milna voda ni uspela sprati delcev trupel z rok, na kar je opozarjal značilen smrad. Potrebno je bilo razkužilo, ki bi uničilo odmrle delce. Potem ko je preizkusil več kemikalij, je končno našel klor ali natančneje kalcijev klorid. Maja 1847 je pričel s prakso umivanja rok s klorirano vodo in



Semmelweisov muzej farmacije (foto Alan Kelher).

jo uvedel kot obvezno za zdravnike, študente medicine in medicinske sestre, ki so delali na oddelku. Kmalu so sledili rezultati: stopnja smrtnosti se je z 2,38 odstotka v juniju zmanjšala na 1,2 odstotka v juliju in 1,8 odstotka v avgustu. A s tem zgodbe še ni bilo konec. Ko so avgusta 1848 na oddelku sprejeli neko žensko s popadki, je kmalu umrlo kar 11 od 12 pacientk v njeni sobi. Semmelweis je spoznal, da poleg delcev trupel razpadla organska snov živih organizmov prav tako lahko povzroči poporodno vročico. Zato je zahteval, da si zaposleni umijejo roke s kloridom pred in po vsakem pregledu kateregakoli pacienta. Ko je v letu 1848 umivanje rok postalo obvezno, se je smrtnost na prvem oddelku zmanjšala na 1,27 odstotka, na drugem oddelku pa na 1,33 odstotka. To pomeni rojstvo Semmelweisove doktrine. Etiologija in profilaksa bolezni sta bili dokončno odkriti: metoda preventive je bila preprosto **asepsa**, preprečitev infekcije.

A Semmelweisovega znanstvenega odkritja niso želeli sprejeti vsi. Med njimi tudi prof. Klein, ki mu zato 20. marca 1849, ko se je Semmelweisu iztekel mandat asistenta profesorja, tega ni želel podaljšati. Posledično se je Semmelweis odločil za zasebno prakso in je deloval kot gostujoči predavatelj. 10. oktobra je postal častni univerzitetni predavatelj, a demonstriral je lahko le na lutkah. Vse skupaj je Semmelweis sprejel z grenkobo. Počutil se je namreč užaljenega, saj bi mu lahko podaljšali pogodbo, imenovanje v častnega predavatelja pa je bilo tudi polno nepotrebnih zapletov. Zato se je še istega meseca nenadoma vrnil v Pešto, kjer je sprejel mesto glavnega zdravnika na materinskem oddelku bolnišnice Rókus. Semmelweis je kot častni glavni zdravnik vodil oddelk šest let in zmanjšal smrtnost na 0,85 odstotka, potem ko je uvedel svoje metode kot obvezne za vse zaposlene. Leta 1855 je Semmelweis dobil tudi mesto predavatelja na Univerzi Pešta, kar je bil morda njegov največji dosežek v karieri, to pa zato, ker Semmelweis svojih odkritij ni objavljaval v strokovnih revijah, temveč jih je le delil s kolegi na strokovnih srečanjih, kjer je naletel na večje ali manjše odobravanje. Šele ko je postal profesor, je preko poučevanja na stotine zdravnikov in babic razširil svojo napredno metodo po vsej Madžarski.

Leta 1857 se je začelo novo poglavje v življenju Ignaca Semmelweisa. Povabili so ga, da prevzame mesto direktorja porodne in ginekološke klinike medicinske fakultete Univerze v Zürichu, toda vabilo je zavrnil in se posvetil profesionalnemu pisanju s področja patologije poporodne vročice. V seriji člankov je Semmelweis do podrobnosti opisal svoj pogled na poporodno vročico, zgodovino odkritja ter razlike med njegovimi idejami in epidemično teorijo angleških porodničarjev. Kljub neizpodbitnemu odkritju je imel v tem času še kar nekaj nasprotnikov, zato je za utrditev svoje teorije potreboval članke, napisane v nemškem jeziku. Sledila je objava serije člankov v

dunajski medicinski reviji Wiener Medizinische Wochenschrift, leta 1860 pa je napisal (izdal pa leto kasneje) knjigo *Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers*. Ta knjiga vsebuje tako rekoč vse, kar vemo o zgodovini odkritja, razpravah, ki so ga spremljale, ter negotovostih in dosežkih, ki jih vključuje. Semmelweisova knjiga je temeljita znanstvena knjiga, natančna študija statistike, spomin v neformalnem tonu ter ironična in polemična razprava, vse v enem.

Zadnja leta svojega življenja je Semmelweis trpel za manično depresijo. Julija 1865 se mu je stanje precej poslabšalo, zato je bil 31. julija sprejet v dunajsko psihiatrično bolnišnico. Po manj kot dveh tednih je 13. avgusta 1865 umrl. Neposreden vzrok njegove smrti naj bi bila majhna ureznina, ki jo je po nesreči staknil na sredincu desne roke med operacijo julija 1865, in posledična zastrupitev krvi, ki je okužbo razširila na vse telo. Njegovo zgodnjo smrt je pravzaprav povzročila ista bolezen, ki je pokončala mnoge matere, ki so bile predmet njegove študije in za katere je Semmelweis delal vse svoje življenje – bolezen, katere prepoznavna je bila njegovo največje odkritje.

Semmelweisovo odkritje ni vplivalo le na ginekologijo in porodništvo, temveč tudi na kirurgijo (prvi na Madžarskem je uspešno odstranil vnet jajčnik) in celotno medicinsko znanost. Šele dosežki Pasteurja in Kocha, in odkritja bakteriologije, so mu prinesli zasluženo slavo – a šele mnogo let po njegovi smrti. Semmelweis je tako dajal poudarek preprečevanju okužbe in je bil tisti, ki je odkril, da sta poporodna vročica in sepsa ena in ista bolezen. Ignac Semmelweis je tako brez dvoma najbolj poznana mednarodna avtoriteta madžarske medicinske znanosti, po kateri še danes nosi ime tudi slovita mednarodna medicinska univerza v Budimpešti.

Vir:

Kapronczay, Károly (2004): Semmelweis. Budapest: Semmelweis Museum of the History of Medicine.

Prevod in priredba: Alan Kelher

E-naslov: alan.kelher@gmail.com

Inštitut za zgodovino medicine Medicinske fakultete UL naproša lastnike Biltena Kliničnega centra Ljubljana, da ga predajo, če ga ne potrebujejo. Z njim bo ustanova izpopolnila svoja zgodovinskomedicinska gradiva.

Naslov: Zaloška 7a, 1000 Ljubljana,
e-naslov: zgodovina.medicine@mf.uni-lj.si,
tel.: 01 522 45 49; 041 327 935

Zdravnika Josip Tičar in Jernej Demšar pred 100 leti ustanovila slovensko gorsko reševalno službo (1912–2012)

France Malešič, Zvonka Zupanič Slavec

16. junija 2012 mineva 100 let od ustanovitve slovenske Gorske reševalne službe. Njena ustanoviteljica sta bila kranjska zdravnik, velika ljubitelj planin dr. Josip Tičar in dr. Jernej Demšar. Nastala je v času Tičarjevega zdravniškega dela in županovanja v Kranjski Gori. Bila je del Tujskega prometnega društva v Kranjski Gori, ki ga je prav tako ustanovil Josip Tičar. Po Tičarju so leta 1946 poimenovali dom na Vršiču, saj je bil zaslužen za njegovo gradnjo. Odprt je bil leta 1912, predstavljal pa je protiutež nemški Vossovi planinski koči na Vršiču (1).

Uvod

Razvoj planinstva je k zdravnikom vse pogosteje pripeljal poškodovance z gora, zato so bili ravno zdravniki tisti, ki so spodbujali nastanek Gorske reševalne službe (dalje GRS). Dokler so gore obiskovali le domačini zaradi lova, drvarstva, paše ali nabiranja zelišč in iskanja rud, so pri nesrečah pomagali sorodniki, sovaščani in drugi. V 18. stoletju pa so se za gore začeli zanimati tudi meščani in začelo se je razvijati planinstvo. V ospredju so bili botaniki, naravoslovci in drugi občudovalci gora, nesreče pa so bile le redke.

Prvi znani zdravnik, ki je raziskoval naše gore, je bil Bretonec Belsazar Hacquet (1739–1815), ki se je leta 1777 povzpел na Mali Triglav in v svoji knjigi napisal prva zares uporabna navodila za hojo po gorah. Leto za njim je njegov učenec, ranocelnik Lovrenc Willomitzer (1747–1801) kot eden bohinjskih štirih srčnih mož priplezal na vrh Triglava, »prvi, odkar svet stoji«, ne le zaradi imenitnega cilja, ampak tudi, da bi pomagal v primeru nezgode (2).

Predzgodovina Gorske reševalne službe

Z nadaljnjim razvojem planinstva in še posebej alpinizma je bilo v Alpah vedno več nesreč. Ni šlo več le za nesreče domačinov, pri katerih je zadostovala pomoč najbližjih. Obiskovalci gora so postajali vse bolj smeli in so raziskovali tudi vedno bolj odročne in nevarne predele gora. Nesreče so postale pogostejše. Prva gorska reševalna služba je bila ustanovljena leta 1874 v Švici. Kasneje so tudi v drugih alpskih državah po ustanovitvi planinskih organizacij postopno poskrbeli za organizirano reševanje. Na naših tleh delujoče Nemško-avstrijsko planinsko društvo (DÖAV) je leta 1894 prvič pri nas organiziralo tečaj za gorske vodnike in pri tem tudi tečaj prve pomoči; v naslednjih

letih pa postopno tudi rešilne postaje, katerih glavni reševalci so bili slovenski gorski vodniki.

Leta 1893 je bilo ustanovljeno Slovensko planinsko društvo (dalje SPD) z namenom približati gorski svet domačim ljudem, prav tako pa tudi z željo ohraniti slovenski značaj našega gorskega sveta. V naslednjih letih se je zgodilo nekaj planinskih nesreč, pri katerih so reševanje pomagali organizirati odborniki SPD. Vsa ta reševanja so bila večdnevna in težavna. Pri njih so sodelovali gorski vodniki, ki jim je bil to poklic, pa tudi drugi, ki pa jim je bilo težje pustiti svoje delo in opravke. Vedno bolj je kazalo, da bo potrebno reševanje ustrezneje urediti.

Hude gorske nesreče spodbudijo organizirano reševanje

Dne 9. septembra 1909 si je dr. Josip Stojc, zdravnik kirurg in bakteriolog iz Ljubljane, v severni steni Škrlatic zlomil roko



Trentarski gorski vodniki po reševanju dr. Josipa Stojca leta 1909 (fotoarhiv Slovenskega planinskega muzeja).



Ustanovitelja GRS dr. Josip Tičar in dr. Jernej Demšar, v sredini reševalec dr. Josip Stojc (fotoarhiv Uroš Župančič).



Portret dr. Josipa Tičarja (fotoarhiv Inštituta za zgodovino medicine MF UL).

in nogo. Potem ko je soplezalec naslednji dan sam odhitel po pomoč, so Stojca kranjskogorski vodniki zaman skušali rešiti. Drugi dan je v naslednji »rešilni ekspediciji« sodelovalo devetnajst mož pod vodstvom dr. Josipa Tičarja, dolgoletnega krajevnega zdravnika in načelnika Kranjskogorske podružnice SPD, in ob sodelovanju predsednika SPD Frana Tominška ter člana Osrednjega odbora dr. Jerneja Demšarja. Tretji dan so ga s trentarskimi gorskimi vodniki na čelu uspeli z vrvmi spustiti pod steno. Tam sta mu pomagala dr. Tičar in dr. Demšar. Kmalu je ozdravel.

V »rešilni ekspediciji«, ki je 5. aprila 1912 s poledenelega Stola reševala skupino dijakov in smrtno ponesrečenega geografa dr. Josipa Cerka, sta poleg drugih sodelovala dr. Josip Tičar in dr. Jernej Demšar. Pomagala sta ponesrečenemu dijaku in drugim omrznim izletnikom, poleg tega pa še Janezu Finžgarju, ki je med reševanjem zdrsnil 500 metrov globoko in se poškodoval.

Po teh dveh nesrečah sta prav dr. Tičar in dr. Demšar spodbujala ustanovitev GRS. Dne 16. junija 1912 je bila tako ustanovljena prva »Rešilna ekspedicija Kranjskogorske podružnice SPD«, torej prva »rešilna postaja«, katere območje je obsegalo gore v Gornjesavski dolini.

Ustanovne seje so se udeležili ne samo vsi podružnični odborniki, temveč tudi mnogo domačinov Kranjskogorcev in jih je več pristopilo k rešilni postaji; prav tako tudi z Dovjega, iz Mojstrane, Podkorena in Rateč. Dr. Demšar je zastopal Osrednji odbor SPD in je skupno z domačim načelnikom dr. Tičarjem predaval o prvi pomoči planinskim ponesrečencem.

Začetnika Gorske reševalne službe

Dr. Josip Tičar (1875–1946)

Josip Tičar je bil rojen v Trbojah pri Kranju leta 1875. Medicino je študiral na Dunaju in promoviral leta 1901. Sprva je služboval kot sekundarij v Deželni bolnici v Ljubljani, nato pa ga je službena pot pripeljala v Kranjsko Goro, kjer je kot okrajni zdravnik deloval med letoma 1903 in 1918. Njegovo organizacijsko sposobnost in predanost domačinom ter svetu vršacev so krajanje nagradili z izvolitvijo na mesto župana Kranjske Gore (1907–1910). Poskrbel je za komunalne pridobitve, kot sta električna napeljava in kopalnice v Jasni. Tu je tudi ustanovil Tujsko prometno društvo in podružnico Slovenskega planinskega društva ter postal njen predsednik. V tem okviru je skupaj z Jernejem Demšarjem ustanovil prvo gorsko reševalno postajo na Slovenskem. Zaslužen je tudi za gradnjo planinskega doma na Vršiču kot slovenske postojanke proti nemški Vossovi; odprta je bila leta 1912 ter po njegovi smrti leta 1946 preimenovala v Tičarjev dom. Leta 1912 se je kot zdravnik prostovoljec udeležil balkanske vojne (3).

Od leta 1919 je bil dr. Tičar šef-zdravnik železniškega bolniškega sklada v Ljubljani (4). Med ljudske množice se je pomembno zapisal z izdajo dveh poljudno pisanih knjig: *Boj nalezljivim boleznim* in *O nevarnosti in obrambi jetike*. Obe knjigi sta se porodili iz splošne potrebe. Iz njiju veje globoka zdravnikova socialna osveščenost, skrb za javno zdravje in prosvetljevanje ljudi. Brez teh predpogojev je namreč zdravnikovo kurativno delo lahko zelo jalovo (5).



Portret dr. Jerneja Demšarja (fotoarhiv Inštituta za zgodovino medicine MF UL).



Kirurg dr. Josip Stojc se je leta 1909 hudo ponesrečil v severni steni Škrlatic, si zlomil roko in nogo ter bil po težavnem reševanju med pomembnimi zagovorniki nastanka gorske reševalne službe.



Dr. Josip Cerk. Nesreči dr. Josipa Stojca in dr. Josipa Cerka sta privedli do spoznanja o potrebah gorskega reševanja. Tako so na pobudo dr. Josipa Tičarja in dr. Jerneja Demšarja 16. junija 1912 v Kranjski Gori ustanovili prvo gorsko reševalno postajo pri nas.

Dr. Tičar je bil tudi velik Slovenec. Kopica njegovih organizacijskih sposobnosti, ustvarjalna domišljija, delavnost in predanost zdravniškemu poslanstvu so ga pripeljale na mesto 17. predsednika Slovenskega zdravniškega društva (1922–1923) (6).

Dr. Jernej Demšar (1875–1961)

Jernej Demšar se je rodil leta 1875 v Železnikih in je po maturi študiral medicino na Dunaju. Promoviral je leta 1901. Po enoletni vojaški službi je kot hospitant deloval v ljubljanski Splošni bolnišnici do jeseni leta 1902. V letih od 1902 do 1904 je na dunajski dermatološki kliniki opravljal specializacijo iz kožnih in spolnih bolezni. Novembra 1904 se je nastanil v Ljubljani kot specialist dermatovenerolog (7).

Leta 1909 je bil Demšar imenovan za šolskega zdravnika mesta Ljubljana. Z Mavricijem Rusom sta imela pod nadzorstvom vse ljubljanske mestne ljudske šole in oba mestna otroška vrtca, salezijansko šolo na Rakovniku, zunanjo dekleško šolo pri uršulinah in dekleško osemrazrednico v Lichtenurnovem zavodu. Opravljala sta pionirsko delo in postopoma uvajala zamisli šolske medicine (8). Demšar je kot šolski zdravnik deloval do leta 1922 (9, 10).

Leta 1913 se je dr. Demšar udeležil 2. balkanske vojne in bil odlikovan z redom sv. Save IV. stopnje. Polovico prve svetovne vojne je preživel na ruski in italijanski fronti. Po vojni je leta 1921 prevzel vodstvo Brezplačnega zdravniškega ambulatorija v Ljubljani (11).

Julija 1926 je bil dr. Demšar imenovan za primarija in vodjo Dermatovenerološkega oddelka ljubljanske splošne bolnišnice in na tem mestu ostal do upokojitve. Leta 1945 je bil imenovan za prvega profesorja dermatovenerologije na popolni

Medicinski fakulteti in postal prvi predstojnik Katedre za dermatovenerologijo v Sloveniji. O zdravstveni problematiki je pisal v strokovnih glasilih in si intenzivno prizadeval za zatiranje spolnih bolezni ter prvi govoril o pomenu spolne vzgoje. O tem je veliko pisal v strokovnih glasilih in v dnevnem časopisju, predvsem pa v samostojni knjigi *Spolne bolezni – ljudstvu v pouk in svarilo*.

Dr. Demšar je bil tudi velik častilec umetnosti, bil podpornik Ivana Groharja in imel veliko zbirko njegovih slik. Umrl je leta 1961 v Lescah na Gorenjskem (12).

Nadaljnji razvoj Gorske reševalne službe

Med obema svetovnjima vojnoma so sprva ponesrečene reševali predvsem gorski vodniki, vedno bolj pa so prihajali v ospredje mladi člani Turistovskega kluba Skala, ki so organizirano gojili alpinizem. Med njimi so bili medicinci, med prvimi Vladimir Kajzelj, Slavko Peršič, Bogdan Breclj in Mirko Kajzelj. Leta 1931 je vodja osrednjega reševalnega odseka postal dr. Bogdan Breclj. Poskrbel je za trdnejšo organizacijo reševanja in leta 1933 izdal tudi prvi priročnik *Prva pomoč in reševanje v gorah*. V vrste reševalcev so prihajali novi zdravniki.

Po drugi svetovni vojni je bila GRS organizirana v okviru Planinske zveze Slovenije (PZS), naslednice prejšnjega SPD. Sprva je bila centrala GRS na Jesenicah. Po hudi nesreči petih alpinistov maja 1952 v Špiku je prišlo do velike organizacijske krize. Znanje in izkušnje dr. Bogdana Breclja so bili odločilni, da je postal prvi načelnik novonastale komisije za GRS pri PZS in s pomočjo pravnikarja dr. Mihe Potočnika uspel utrditi

organiziranost reševanja. Njegovo delo je kmalu prevzel Potočnik in ga dolga leta vzorno opravljajal.

V letu 1957 je po hudih nesrečah prišlo do pobude inž. Igorja Levstka o organizacijskem in strokovnem napredku. V delo se je vključilo več najuglednejših zdravnikov in še mladih, neujavljenih; med njimi so bili tudi usposobljeni za posredovanje v najtežjih stenah. Predvsem pa so reševali številna strokovna medicinska vprašanja, ne le za potrebe pri reševanju, ampak tudi s širših področij, od planinstva do odprav v tuja gorstva, od aklimatizacije do medicinske opreme. V izredno delavni skupini, ki so jo organizirali v okviru ljubljanske univerze, je bilo sodelovanje med različnimi generacijami ves čas nadvse zgledno. Skupino sta vodila Levstek in prof. dr. Božidar Lavrič, v njej pa so bili dr. Jože Andlovic, prof. dr. Bogdan Breclj, prof. dr. Mirko Derganc, dr. Anton Dolenc, dr. Milan Hodalič, prof. dr. Oskar Končan, prof. dr. Janez Milčinski, prof. dr. Miroslav Pleterski, dr. Andrej Robič, prof. dr. France Srakar, dr. Uroš Tršan, dr. Ivo Valič, dr. Evgen Vavken, prof. dr. Draško Vilfan, dr. Gorazd Zavrnik, prof. dr. Andrej O. Župančič in drugi. V nekaj mesecih so sestavili doktrino prve pomoči v gorah, ki je pomenila novost in napredek tudi v vsej medicini pri nas. Do takrat je na primer veljalo, da je treba zmrzline drgniti s snegom, potem pa ne več. Prej je bilo prvo pravilo poškodovanca pripeljati v bolnišnico, potem pa bolnišnico oziroma zdravniško pomoč pripeljati k njemu. Takrat pa so določili, kateri posegi so obvezni že na kraju nesreče ali v bližini. Teh so se potem naučili vsi zdravniki. V ljubljanski bolnišnici so jih vedno čakali posebej pripravljene instrumente za posredovanje v gorah. Dr. Mirko Derganc je tudi pripravil sodobno knjigo *Prva pomoč za vsakogar*.

Tega leta so pri reševanju prvič uporabili tudi radiooddajno postajo. Organizacijski in strokovni razvoj GRS je bil tolikšen, da ga je preseglo šele reševanje s helikopterjem. Leta 1963 so prvič pri nas reševali ponesrečenca z (avstrijskim) helikopterjem. Pri vaji s prvim domačim helikopterjem je leta 1968 sodeloval dr. Ivo Valič. V letu 1968 je bilo izvedenih več reševanj, pri katerih sta sodelovala dr. Valič in dr. Evgen Vavken. Tega leta je dr. Vavken odšel s helikopterjem v Liko in iz Gospiča spremljal prevoz hudo poškodovane Ljubljancanke.



Reševanje Josipa Cerka in drugih na poledenem Stolu, 6. aprila 1912 (fotoarhiv Gorenjskega muzeja Kranj).

Tudi v teh letih so bili zdravniki ves čas tesno povezani z delovanjem gorske reševalne službe. Med številnimi reševanji je posebno znana pomoč dr. Andreja Robiča, ko sta v poletnem neurju leta 1967 pod Kriško goro umrla mati in otrok. Hudo podhlajeno tretjo planinko je v koči ogrel s toplo infuzijo umetne plazme. Sprva mu v tujini skoraj niso verjeli, kasneje pa je bil ta način priznan kot uspešen. Z nastankom zdravniške podkomisije pri GRS so leta 1975 prišle do izraza vse osebne kvalitete njenega načelnika dr. Robiča, dolgoletnega praktika in reševalca, udeleženca naše prve himalajske odprave leta 1960.

Junija leta 1975 je prvi helikopterski tečaj za zdravnike organiziral dr. Gorazd Zavrnik nad Jezerskim. Žal se je ponesrečil nekaj dni zatem v helikopterski nesreči.

Zdravniško podkomisijo je še naprej vodil dr. Andrej Robič, sledil mu je dr. Tomaž Ažman, po njegovi smrti pa dr. Igor Tekavčič. Začela so se redna letna zdravniška strokovna srečanja – Ažmanovi dnevi.

V letu 1997 je prišlo med helikoptersko vajo nad Okrešljem do hude nesreče, v kateri je umrlo pet izkušenih gorskih reševalcev, med njimi dr. Jani Kokalj. V zaostrenih razmerah je vodstvo Medicinske podkomisije prevzel dr. Iztok Tomazin in s svojo vztrajnostjo spodbudil nadaljnji razvoj. Poleg drugih novosti je uvedel dežuranje zdravnikov in reševalcev pri helikopterju na Brniku v času glavne sezone. Prav tako je izredno uspešno tudi njegovo sodelovanje v Medicinski komisiji mednarodne reševalne organizacije Ikar. V letu 2002 je njegovo delo z občudovanja vredno doslednostjo nadaljevala dr. Eva Pogačar in poleg drugih uspehov dosegla dodatno izpopolnjevanje gorskih reševalcev iz nujne medicinske prve pomoči.

Poleg vseh teh uspehov pa je posebej pomembno in hvalevredno, da so zdravniki slovenske gorske reševalne službe v svojih temeljnih stališčih in delovanju enotni in med seboj zelo dobro sodelujejo. Dosledno upoštevajo svoja poklicna etična in strokovna načela. Medicina je stalno med najbolj živimi in vročimi temami v najboljšem pomenu, zdravniki pa so trdno odločeni, da bodo skupaj z vsemi sodelavci nadaljevali vse dobro, na čemer sloni bogato skupno izročilo slovenskega gorskega reševanja in mesta slovenskih zdravnikov v njem.

Literatura:

1. Wester J. Tičar Josip. V: Slovenski biografski leksikon. Ljubljana: SAZU, 1980, zv. 12: 84–5.
2. France Malešič, Iztok Tomazin, Eva Pogačar. Zdravniki v slovenski gorski reševalni službi. V: Reševanje v gorah. Sto let organiziranega gorskega reševanja v Sloveniji. Gorska reševalna zveza Slovenije, Kranj 2012, stran 60–71.
3. Sekulič M. Slovenski dobrovoljci v srbski vojski: zdravniki in drugi intelektualci. V: Vojaška zgodovina. Zbornik 2010; 17 (1): 43. Dostopno na: <http://www.scribd.com/doc/58301844/9/Slovenski-dobrovoljci-v-srbski-vojski-%E2%80%93-zdravniki-in-drugi-intelektualci>.
4. Savenc F. Tičar, Josip. V: ES. Ljubljana: MK, 1999: zv. 13: 249.
5. Zupanič Slavec Z. Iz rok v roke, iz roda v rod. 140 let Slovenskega zdravniškega društva. Ljubljana: Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije, 2001: 69–70.

6. II. izredni občni zbor Slovenskega zdrav. društva v Ljubljani dne 6. julija 1922 ob 17 h v magistratni dvorani. Liječ Vijesn 1922; 44: 315.
7. Demšar Jernej. Avtobiografski zapis iz njegove personalne mape. Iz Arhiva ljubljanske dermatovenerološke klinike.
8. Zupanič Slavec Z, Slavec K. Šolska medicina na Slovenskem med prvo in drugo svetovno vojno (1918–1941). Ob 100-letnici šolske medicine na Slovenskem (1909–2009). Zdrav Vestn 2009; 78: 755–68.
9. Šega J. O šolskem zdravstvu v Ljubljani pred prvo svetovno vojno. Šolska kronika 1994, 27: 120–1.
10. Brcar Štrukelj P. Šolska medicina. V: Enciklopedija Slovenije. Zv. 13. Ljubljana: MK; 1999. str. 78.
11. Pirc I. Zdravje v Sloveniji. Knj. 2, Zdravstvene prilike in delo higijenskih ustanov v Sloveniji: 1922–1936. Ljubljana: Higijenski zavod; 1938: 138.
12. Potočnik M, Kansky A. Jernej Demšar: the first Slovenian formally educated dermatovenerologist. V: Miljković J (ur.). Zbornik V. dermatološki dnevi v Mariboru. 2008: 119.

E-naslov: zvonka.slavec@gmail.com

Življenje v bolnišnici skozi oči slikarja

Hvaležni bolnik Branko Škofic ujel življenjski utrip Kliničnega oddelka za žilne bolezni UKCL

Pripravila Zvonka Zupanič Slavec



K naslovnici revije: začetki in sodobnost naših medicinskih učbenikov

Histologija in embriologija

Danijel Petrovič

V več kot 90-letni zgodovini Inštituta za histologijo in embriologijo je na inštitutu nastalo precejšnje število učbenikov.

Študentje medicine na Medicinski fakulteti v Ljubljani so sprva uporabljali zapiske predavanj profesorja Alije Koširja, ki je bil predstojnik Inštituta za histologijo in embriologijo od leta 1922 do leta 1961. Takrat so bila študentom medicine v veliko pomoč pri pouku tudi prva **Navodila za vaje**, ki jih je izdal profesor Alija Košir. Profesor Košir se je vneto posvečal strokovnemu izrazju in je leta 1966 izdal Nomina anatomica po naše.

Na osnovi zapiskov predavanj profesorja Koširja je leta 1939 dr. Danilo Tavčar izdal **Histološka skripta**. Zanimivo, ta skripta je izdal tri leta pred svojo diplomo na Medicinski fakulteti. V skriptih je na 181 straneh predstavil osnove histoloških tehnik in histološka dognanja tedanjega časa, ki so bila prepletena z embriološkimi osnovami. Histološki del je bil razdeljen na enostavna tkiva in specialno histologijo. Ob prebiranju teh skript ugotovimo, da so bila spoznanja iz histologije že takrat na visoki ravni, veliko sprememb v primerjavi z današnjim časom pa je v strokovnem izrazju.

Na osnovi prvih Navodil je profesor Miroslav Kališnik izdal še štiri izdaje Navodil za vaje. Leta 2001 smo posodobljena **Navodila za vaje**, ki so bila opremljena s fotografijami preparatov, napisali Andrej Coer, Dragica Štiblar Martinčič, Zdenka Pajer, Danijel Petrovič, Olga Vraspir Porenta, Marjeta Zorc in Ruda Zorc Pleskovič. Doslej zadnja **Navodila za vaje in atlas** so bila

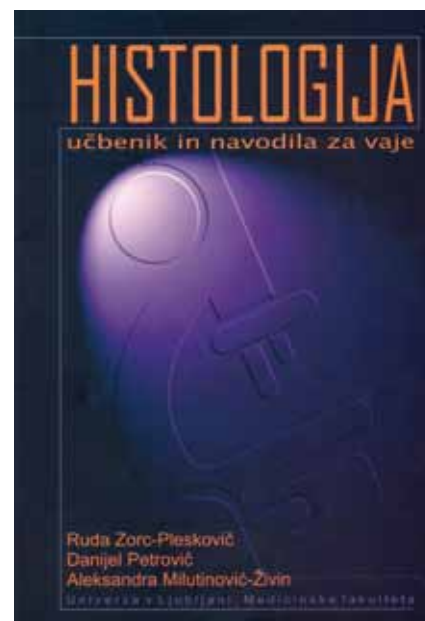
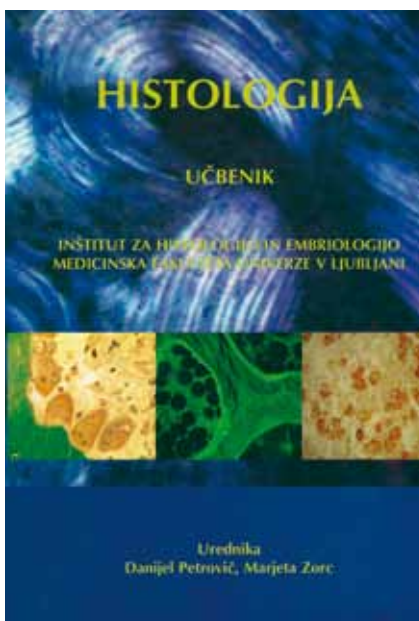
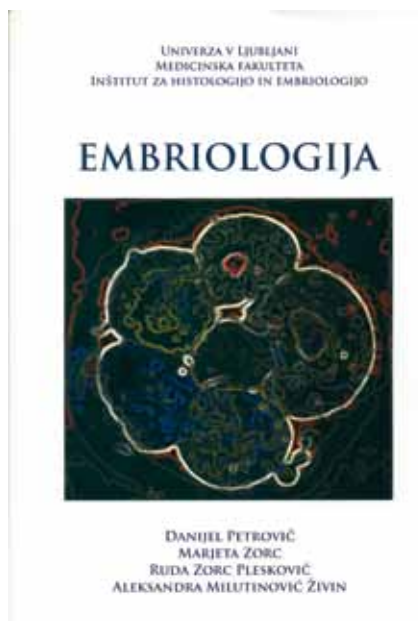
izdana leta 2010, avtorji Marjeta Zorc, Ruda Zorc Pleskovič, Danijel Petrovič in Aleksandra Milutinović Živin.

Prvi uradni slovenski učbenik je leta 1976 napisal in izdal profesor Miroslav Kališnik. V knjigi **Oris histologije z embriologijo** je v 28 poglavjih na 231 straneh v njemu lastnem zgoščnem slogu predstavil sodobna spoznanja splošne in specialne histologije ter osnove embriologije. Tej izdaji so sledile druga izdaja leta 1990, tretja izdaja leta 1992 in četrta izdaja leta 2003. Četrta izdaja knjige Oris histologije in embriologije je bila obširnejša kot prva ter je vsebovala več kot 450 strani.

Profesor Miroslav Kališnik se je podobno kot Alija Košir veliko ukvarjal tudi z medicinskim izrazjem. Najprej je izdal Pravopis medicinskih izrazov, nato pa je bil glavni urednik dveh izdaj Slovenskega medicinskega slovarja v letih 2002 in 2007.

Leta 2005 smo na inštitutu izdali nov učbenik **Histologija** (COBISS-ID: 222138880), avtorji Marjeta Zorc, Danijel Petrovič, Andrej Coer, Mateja Legan, Aleksandra Milutinović Živin, Dragica Štiblar Martinčič, Olga Vraspir Porenta, Ruda Zorc Pleskovič, uredila pa sva ga Danijel Petrovič in Marjeta Zorc.

Vrsto let je nastajal sodobni učbenik embriologije, v katerem so bile osnove embriologije prepletene z molekularnogenetskimi osnovami in spoznanji humane ter klinične genetike in sindromologije. Učbenik **Normalni razvoj človeškega zarodka in nepravilnosti v njegovem razvoju** je bil izdan leta 2010



na Zdravstveni fakulteti v Ljubljani (COBISS-ID: 250560000), avtor Danijel Petrovič.

Leta 2011 smo izdali še učbenik **Embriologija za študente medicine in dentalne medicine na Medicinski fakulteti v Ljubljani** (COBISS-ID: 255568640), avtorji Danijel Petrovič, Marjeta Zorc, Ruda Zorc Pleskovič in Aleksandra Milutinović Živin. Učbenik je dobro slikovno opremljen in ima 78 strani.

Ob tem je bilo na inštitutu izdanih še nekaj učnih knjig:

Histologija – učbenik za študente farmacije (COBISS-ID: 225649408), leto izdaje 2006, 114 strani, avtorji Ruda Zorc Pleskovič, Aleksandra Milutinović Živin in Danijel Petrovič;

Histologija – učbenik in navodila za vaje, leto izdaje 2011, avtorji Ruda Zorc Pleskovič, Danijel Petrovič in Aleksandra Milutinović Živin. Učbenik je namenjen študentom farmacije, fizioterapije, veterine in biologije.



Zmote in resnice o bioidentičnih hormonih

Lucija Vrabič Dežman, Helena Meden, Ksenija Geršak, Marija Pfeifer, Tomaž Kocjan, Bojana Pinter

Ker v današnji družbi velja, da sta lepota in mladost ključ do uspeha, se bolj kot kdajkoli uveljavljajo različni eliksirji »dobrega počutja in spolne dejavnosti«. Razpečevalci in svetovalci »bioidentičnih hormonov« obljublajo prav to in še več. Ideja ni nova. Promovirati jo je začel dunajski ginekolog dr. Huber, čigar dejavnost je po začetnem navdušenju hitro zamrla zaradi pomanjkljive dokumentacije o vrsti uporabljenih zdravil.

Tudi ženske v Sloveniji v zadnjem času segajo po teh pripravkih, ki jih nabavljajo bodisi preko spleta, pri nekaterih zasebnih zdravnikih in celo v nekaterih lekarnah. Dolžnost strokovnjakov in strokovnih združenj je, da opozorimo strokovno in laično javnost, da gre za nevarno igro z zdravjem slovenskih žensk, ki kot laiki zaupajo svetovalcem, ki jih vodi predvsem pridobitništvo. S tem prispevkom želimo strokovno javnost opozoriti, da gre pri »bioidentičnih hormonih« le za marketinški trik brez strokovne ali medicinske osnove, ki zahteva kritično strokovno distanco.

Izrazi

Bioidentični hormoni: hormoni, ki so po sestavi in delovanju identični (enaki) endogenim človeškim hormonom (npr. estradiol, progesteron...).

»**Bioidentični hormoni**« v obliki magistralnih zdravil: hormoni v obliki krem, gelov, globulov, supozitorijev, sublingvalnih tablet itd., ki jih lahko posamezni ženski predpišejo samo zdravniki, farmacevti pa izdelajo v skladu z izdanim receptom. Razlike so v vrsti vsebovanih hormonov (estrogeni, progesteron...) in odmerkih. Odgovornost nosita farmacevt, ki zdravilo izdelava, in zdravnik, ki zdravilo predpiše. Kontrolo nad izdelkom izvajajo uradni nacionalni regulatorni organi.

Registrirana zdravila za hormonsko nadomestno zdravljenje (HNZ): registrirana zdravila za hormonsko nadomestno zdravljenje v različnih oblikah (tablete, kožni obliži, vaginalne kreme, vaginalni obročki), ki jih ženski lahko predpiše samo zdravnik in jih pod ustrezno zdravniško kontrolo ženska tudi uporablja. Odgovornost pri predpisani indikaciji in odmerku nosita zdravnik in proizvajalec, ki je v obveznih fazah kliničnega preskušanja zdravilo razvil in ga s kontrolirano učinkovitostjo in varnostjo pripeljal na tržišče. Kontrolo nad zdravili izvajajo uradni nacionalni regulatorni organi.

Različne kreme z »bioidentičnimi hormoni« z nepreverjeno vrsto in vsebnostjo hormonov, dostopne po spletu in v tujini, izdelane v lekarnah ali drugje, ki jih po nasvetu nekaterih zdravnikov ali samoiniciativno uporabljajo za zdravljenje klimakteričnih težav tudi slovenske ženske. Po dostopnih podatkih takšne pripravke izdelujejo tudi v Sloveniji v nekaterih

lekarnah in so na voljo v specializiranih trgovinah. Moti vprašljiva individualnost odmerjanja, neznana vsebnost in odmerki hormonov in ostalih sestavin, popolna odsotnost vsakršne kontrole nad izdelki, odsotnost kliničnih poti za spremljanje zdravstvenega stanja bolnic in ugotavljanje stranskih učinkov.

Zmote in resnice o »bioidentičnih hormonih«

I. Bioidentičnost

Zmota

»Bioidentični hormoni« so po sestavi bolj podobni hormonom, ki se tvorijo v človeškem telesu, kot hormoni v registriranih zdravilih za HNZ.

Resnica

Zgornja trditev ne drži. »Bioidentični hormoni«, ki se v magistralnih (lekarniških) kremah tržijo kot pripravki estradiola, progesterona..., so enaki kot hormoni v večini registriranih zdravil za HNZ pri nas.

Na ameriškem trgu je dolga leta v zdravilih za HNZ prevladoval estrogen, pridobljen iz urina brejih kobil – konjugiran konjski estrogen, ki po izvoru in sestavi ni enak človeškemu estrogenu. V Evropi, vključno s Slovenijo, se zdravljenje s to obliko nikoli ni uveljavilo. Uporabljamo namreč popolnoma enak estradiol, kot je tisti v človeškem telesu. Estradiol je na voljo v različnih oblikah registriranih zdravil za HNZ samostojno ali v kombinaciji s sintetičnimi progestageni. V tujini je registriran tudi istoimenskem hormonu v človeškem telesu popolnoma identičen progesteron. Pri nas je tak progesteron na voljo kot neregistrirano zdravilo, ki se lahko neposredno uvozi za potrebe zdravstvene organizacije za posamezno bolnico (npr. za podporo lutealne faze v postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo).

Zmota

»**Bioidentični hormoni**« so bolj »bio« oz. »naravni« kot enaki hormoni v registriranih zdravilih za HNZ.

Resnica

Zgornja trditev ne drži. »Bioidentični hormoni« so res pridobljeni iz rastlinskih virov, vendar so v laboratoriju po nizu vsaj 15 kemijskih reakcij strukturno popolnoma spremenjeni.

Hormoni v registriranih zdravilih za HNZ so proizvedeni do enakega končnega izdelka s pomočjo sodobne tehnologije.

Končna struktura hormonov je tako v obeh vrstah učinkovin enaka. »Bioidentični hormoni« v magistralnih (lekarniških)

kremah in istoimenski hormoni v registriranih zdravilih za HNZ se po sestavi med seboj ne razlikujejo in so enaki endogenim, človeškimi hormonom.

2. Individualno prilagojeni odmerki

Zmota

Z merjenjem hormonov (v slini, krvi...) lahko za vsako bolnico posebej določimo njen hormonski status in njene hormonske »potrebe«.

Resnica

Zgornja trditev ne drži. Vrednosti hormonov so pri vsaki posameznici drugačne in nimajo trdno določenih t.i. normalnih vrednosti. Ena sama izmerjena vrednost nam tako ne pove veliko, saj bi bilo individualno pravo vrednost teoretično možno določiti zgolj z ustrezno primerjavo npr. s predmenopavznimi vrednostmi istih hormonov pri isti osebi. Nadalje, izločanje hormonov je odvisno od dnevnega ritma določenega hormona, vrednosti so močno odvisne od časa odvzema, transporta, laboratorijske metode, vrste biološkega materiala in navsezadnje tudi od ustreznosti laboratorija.

Delovanje enake količine hormona je lahko pri različnih ljudeh povsem različno, ker je odvisno od občutljivosti receptorjev za ta hormon. Občutljivost receptorjev se od človeka do človeka lahko močno razlikuje in je genetsko pogojena. Torej z določitvijo koncentracije hormona v krvi ne moremo oceniti njegove resnične aktivnosti v telesu.

Naključne meritve hormonov so torej strokovno neutemeljene in lahko služijo zavajanju bolnic – vzbujanju lažnega občutka, da bo z meritvami možna individualna diagnoza, ki naj bi zagotavljala »individualno obravnavo«.

Zmota

Z merjenjem hormonov (v slini, krvi...) individualno prilagodimo odmerke »bioidentičnih hormonov«.

Resnica

Zgornja trditev ne drži. HNZ ne poteka na osnovi meritev vrednosti hormonov v krvi ali slini, saj težave pogosto niso v sorazmerju z nivojem hormonov v krvi/slini. Vedno zdravimo težave in ne laboratorijskih vrednosti.

Načelo HNZ je dodajanje najmanjših možnih odmerkov estrogena (progesteron je dodan zgolj zaradi zaščite maternične sluznice pri ženskah z ohranjeno maternico), ki odpravijo klimakterične težave. Najmanjši možni odmerek hormonov je tisti, ki je učinkovit pri večini žensk in hkrati varen za uporabo. Določili so ga v raziskavah, potrebnih za registracijo HNZ.

Dodajanje drugih hormonov strokovno ni utemeljeno, razen izjemoma npr. dodatek testosterona pri ženskah po prezgodnji odstranitvi maternice in jajčnikov, vedno le skupaj z estrogenom, pri čemer moramo natančno upoštevati predpisane klinične poti za spremljanje bolnic, da bi preprečili neželene učinke.

Odmerki »bioidentičnih hormonov« v magistralnih kremah so žal individualni le v toliko, da so popolnoma različni, enkrat previsoki, drugič prenizki. Ženske se mažejo z njimi po svojem občutku. Na ta način je količina prejetih hormonov tudi zaradi razlik v absorpciji skozi kožo pri vsaki ženski različna, učinki in stranski učinki pa povsem nepredvidljivi.

3. Učinkovitost

Zmota

»Bioidentični hormoni« so bolj učinkoviti kot hormoni v registriranih zdravilih za HNZ.

Resnica

Zgornja trditev ne drži. Učinkovitost magistralnih (lekar-niških) pripravkov »bioidentičnih hormonov« v odpravljanju klimakteričnih težav sploh še ni bila preučena v raziskavi, kontrolirani s placebom, kot zahteva z dokazi podprta medicina. Lahko torej rečemo, da za takšne pripravke podatkov o učinkovitosti, trajanju, načinu in spektru delovanja zaenkrat nimamo.

»Bioidentične hormone« uporabljajo tudi v kombinaciji z DHEA in/ali testosteronom, ki sploh nimata uradne indikacije za uporabo pri ženskah z ohranjeno maternico. Problem je varnost, v primeru DHEA pa tudi neučinkovitost, ki je bila dokazana z več randomiziranimi s placebom kontroliranimi študijami. Učinkovitost DHEA je bila dokazana le pri bolnikih in bolnicah z Addisonovo boleznijo in s hipopituitarizmom. Možni so resni nepovratni stranski učinki, ki ogrozijo zdravje sicer zdrave ženske. V omenjenih primerih jih ženske uporabljajo brez strokovnih indikacij, kar je strokovno nedopustno, neetično in potencialno nevarno.

4. Varnost

Zmota

»Bioidentični hormoni« so bolj varni kot istoimenski hormoni v registriranih zdravilih za HNZ.

Resnica

Zgornja trditev ne drži. Raziskav o varnosti in stranskih učinkih »bioidentičnih hormonov« ni. Nimamo podatkov o načinu presnove, stopnji resorpcije, niti o dolgoročnih vplivih uporabe na pojav raka maternične sluznice in dojke. Prav tako tem pripravkom ni priloženo navodilo za uporabo (v slovenskem jeziku), ki mora biti priloženo vsakemu registriranemu zdravilu.

Obstaja le ena raziskava o varnosti kreme z »bioidentičnim« progesteronom ob transdermalnem estradiolu z znanimi odmerki hormonov. V raziskavi so ugotovili, da »bioidentični« progesteron v kremi maternične sluznice ni zaščitil dovolj, saj je kar pri tretjini pomenopavznih žensk po letu dni uporabe prišlo do neželenih učinkov – hiperplazije endometrija, kar predstavlja povečano tveganje za razvoj raka maternične sluznice. Ta raziskava kaže, da so celo znani odmerki »bioidentičnih hormonov« v kremah potencialno nevarni; seveda je še večja neznanka, kako nevarni so lahko naključni odmerki »bioidentičnih hormonov«.

Poročali so že o pojavu raka maternične sluznice pri nekaj ženskah, ki so uporabljale »bioidentične hormone« s prenikom odmerkom »bioidentičnega« progesterona.

5. Klinične raziskave

Zmota

Multicentrična raziskava o »bioidentičnih hormonih« bi odgovorila na vsa vprašanja v zvezi z njihov rabo.

Resnica

Zgornja trditev ne drži. Raziskav s številnimi lekarniški pripravki, ki so trenutno na trgu, preprosto ni mogoče izvesti, ker je na voljo toliko različnih pripravkov. Možno bi bilo izvesti le klinično raziskavo s standardiziranimi galenskimi pripravki (pripravljenimi v kontroliranih pogojih), od faze I, II, ko bi ob skrbnem spremljanju vseh neželenih učinkov določili najprimerjši odmerek hormonov, do faze III, ko bi lahko primerjali te pripravke s placebom in s konvencionalnimi registriranimi hormonskimi zdravili (HNZ). Takšna raziskava bi trajala več let.

Zaradi zapletenosti strokovne izvedbe raziskave, potrebe po upoštevanju etičnih in znanstvenih načel ter cene je popolnoma razumljivo, da ustrezna klinična raziskava, kljub popularnosti »bioidentičnih hormonov«, s strani predpisovalcev teh hormonov še ni bila narejena. Resnici na ljubo je zelo malo možnosti, da kadarkoli bo.

Zmota

Magistralni (lekarniški) »bioidentični hormoni« so boljši kot hormoni v konvencionalnih registriranih pripravkih HNZ.

Resnica

Zgornja trditev ne drži. Prednosti magistrálnih (lekarniških) »bioidentičnih hormonov« pred hormoni v konvencionalnih registriranih pripravkih HNZ ni, je pa veliko nevarnosti.

Ideja, da bi ženske na ta način varno dobile manjše odmerke estrogena in progesterona, torej imele več koristi in manj neželenih učinkov, je zgolj teoretična. Najmanjši možni odmerki estrogena za učinkovito zdravljenje so že zdavnaj določeni v večletnih kliničnih raziskavah, prav tako tudi odmerki progesterona, ki ščitijo maternično sluznico. Lekarniško izdelani pripravki, po ugotovitvah posameznih izvedenih kontrol v tujini, vsebujejo višje ali nižje odmerke estrogena in progesterona, kot navajajo, dodani pa so tudi nedovoljeni hormoni, za katere vemo, da imajo kratkotrajen ugoden učinek na počutje žensk, vendar niso preskušeni in njihova uporaba dokazano povzroča neželene stranske učinke, ki so za zdravje lahko nevarni.

Zelo pomembno je tudi, da ne vemo, od kod izvirajo surovine za izdelavo pripravkov (»bioidentični hormoni«, podlage), kakšna je njihova kakovost, čistost (ostanki topil, reagentov...); ni nobenih raziskav, kakšni so stranski učinki konkretnih pripravkov oz. krem, kako učinkujejo pri osebah z določenimi bolezenskimi stanji. Manjkajo torej vse faze kliničnega preskušanja zdravil, ki običajno trajajo več let. Ti postopki so nujni, da se vse nevarne in neučinkovite kombinacije izločijo iz nadaljnega

raziskovanja in klinične rabe. Podvržena so jim vsa zdravila v postopku registracije za zdravljenje, ki je dokaz njihove varnosti in učinkovitosti.

Zaključek

Dejstvo je, da rabo »bioidentičnih hormonov« v svetu in pri nas neupravičeno in nestrokovno spodbujajo tisti zdravniki, ki ne poznajo ali ne želijo upoštevati znanstvenih podatkov z dokazi podprte medicine. Verjetno gre pri tem, poleg neznanja in zavestnega ignoriranja etike in stroke, predvsem za finančne interese zdravnikov na račun varnosti žensk.

Slovenske ženske, ki danes uporabljajo magistrálne (lekarniške) »bioidentične hormone« po nasvetu posameznih zdravnikov, brez njihove obveščene privolitve oz. zavrnitve, se žal ne zavedajo, da se na njih izvaja poskus, ki je nestrokoven in potencialno škodljiv za njihovo zdravje. To pa je ena najhujših oblik kršitve zdravniške etike in razlog za odvzem zdravniške licence, hkrati pa pod določenimi pogoji tudi kaznivo dejanje po slovenski kazenski zakonodaji (kaznivo dejanje telesne poškodbe, malomarno zdravljenje in opravljanje zdravilske dejavnosti, goljufija...).

Predpisovanje lekarniških »bioidentičnih hormonov« je v dani situaciji pri nas neetično, v nasprotju z zdravniško stroko in pod določenimi pogoji tudi kaznivo dejanje.

Omenjena stališča so v celoti podprla naslednja strokovna združenja/društva/organi:

Združenje za ambulantno ginekologijo – SZD
Slovensko menopavzno društvo
Združenje ginekologov in porodničarjev Slovenije
Strokovni kolegij Kliničnega oddelka za endokrinologijo, Interna klinika, UKC Ljubljana

Literatura:

1. Akhrem AA, Titov YA. Total steroid synthesis. New York: Plenum Press; 1970: 247.
2. Shoonce CW. Chemistry of steroids. London: Butterworths Scientific Publications, 1958: 105–27.
3. Gröschl M. Current status of salivary hormone analysis. Clin Chem 2008; 54 (11): 1759–69. Dosegljivo na: <http://www.clinchem.org/content/54/11/1759.full>
4. Bhavnani BR, Stanczyk FZ. Misconception and concerns about bioidentical hormones used for custom-compounded hormone therapy. J Clin Endocrinol Metab 2012; 97: 756–9.
5. Holtorf K. The bioidentical hormone debate: are bioidentical hormones (estradiol, estriol and progesterone) safer or more efficacious than commonly used synthetic versions in hormone replacement therapy? Postgraduate Medicine 2009; 1: 1–13.
6. Curcio JJ, Wollner DA, Schmidt JW, Kim LS. Is bioidentical hormone replacement therapy safer than traditional hormone replacement therapy? A critical appraisal of cardiovascular risks in menopausal women. Treat Endocrinol 2006; 5 (6): 367–74.
7. Kalvaitis K. Compounded hormone therapies: unproven, untested – and popular. Dosegljivo na: <http://www.endocrinetoday.com/view.aspx?rid=27231>.
8. Boothby LA, Doering PL. Bioidentical hormone therapy: a panacea that lacks supportive evidence. Curr Opin Obstet Gynecol 2008; 20 (4):400–7.

9. Mahmud K. Natural hormone therapy for menopause. *Gynecol Endocrinol* 2010; 26(2): 81–5.
10. Formby B, Schmidt F. Efficacy of biorhythmic transdermal combined hormone treatment in relieving climacteric symptoms: a pilot study. *Int J Gen Med* 2011; 28 (4): 159–63.
11. Vashisht A, Wadsworth F, Carey A, Carey B, Studd J. Bleeding profiles and effects on the endometrium for women using a novel combination of transdermal oestradiol and natural progesterone cream as part of a continuous combined hormone replacement regime. *BJOG* 2005; 112 (10): 1402–6.
12. Fugh-Berman A, Bythrow J. Bioidentical hormones for menopausal hormone therapy: variation on a theme. *Gen Intern Med*. 2007; 22 (7): 1030–4.
13. Eden JA, Hacker NF, Fortune M. Three cases of endometrial cancer associated with »bioidentical« hormone replacement therapy. *Med J Aust* 2007; 187: 244–5.
14. Iftikhar S, Shuster LT, Johnson RE, Jenkins SM, Wahner-Roedler DL. Use of bioidentical compounded hormones for menopausal concerns: cross-sectional survey in an academic menopause center. *J Womens Health (Larchmt)* 2011; 20 (4): 559–65.
15. Ogilvie CM, Levenberg R, Milsom SR. Bioidentical testosterone cream: a rare cause of postmenopausal virilisation. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2009; 49 (1): 116–7.

E-naslov avtorice Lucije Vrabčič Dežman: lucija.vrabic@gmail.com

Občutljivost izbranih bakterij za fosfomicin - podatki za slovenske izolate iz seča v letu 2012

Iztok Štrumbelj, Tatjana Harlander, Veronika Križan Hergouth, Dušan Novak, Ljudmila Sarjanović

Fosfomicin je že leta 1969 odkriti širokospektralni antibiotik, ki v Sloveniji doslej ni bil dostopen; značilnosti zdravila so navedene v preglednih člankih (1, 2). Antibiotik je v dobi odpornih bakterij postal pomemben, ker je odpornost proti fosfomicinu zaenkrat redka (1, 2, 3, 4). V članku se bomo omejili na nezapletene okužbe sečil, kjer se za celotno zdravljenje uporabi en 3-gramski odmerek oralne oblike fosfomicina; včasih se antibiotik v intravenozni obliki uporablja tudi za zdravljenje sistemskih okužb z ekstremno odpornimi sevi (1, 2).

Nedavno so fosfomicin uvrstili med tri zdravila izbora za izkustveno zdravljenje nezapletenih okužb sečil, tako v svetovnih kot v slovenskih smernicah (4, 5). Zato so potrebni podatki o odpornosti v Sloveniji in Slovenska komisija za ugotavljanje občutljivosti za protimikrobna zdravila je organizirala raziskavo, v kateri ugotavljamo občutljivost izbranih bakterij za fosfomicin. V tem besedilu navajamo delne, trenutno dostopne rezultate za dve pogosti bakteriji – celotni rezultati bodo dostopni mnogo kasneje.

Metode in rezultati

Antibiogrami, iz katerih izvirajo v nadaljevanju predstavljeni podatki, so narejeni z difuzijo v agarju z diski in interpretirani po v Sloveniji veljavnih smernicah organizacije »Clinical and Laboratory Standards Institute« (CLSI); upoštevan je le prvi izolat vsake vrste pri bolniku, izključeni so bili kasnejši izolati iste bakterije pri istem bolniku (6). Smernice CLSI omogočajo interpretacijo rezultatov izključno za izolate iz urina in le za vrsti *Escherichia coli* in *Enterococcus faecalis* (6). Vsi ostali rezultati so raziskovalne narave in jih tu ne navajamo.

Vsi testirani izolati so iz urina, iz leta 2012, osamili smo jih v mikrobioloških laboratorijih Inštituta za mikrobiologijo in imunologijo Medicinske fakulteta v Ljubljani ter v zavodih za

Bakterijska vrsta	Število izolatov	% S	% I	% R
<i>Escherichia coli</i>	656	98,6	0,3	1,1
<i>Enterococcus faecalis</i>	160	98,1	0	1,9

Preglednica 1: Občutljivost za fosfomicin pri izolatih bakterij *Escherichia coli* in *Enterococcus faecalis* iz seča v letu 2012 v Sloveniji (% S je odstotek občutljivih izolatov, % I je odstotek intermediarnih izolatov, % R je odstotek odpornih izolatov).

zdravstveno varstvo v Mariboru, Murski Soboti, Novi Gorici in v Novem mestu. Rezultati so navedeni v preglednici 1.

Odpornost proti fosfomicinu (in drugim antibiotikom) – razprava

Delež za fosfomicin občutljivih izolatov je pri obeh testiranih vrstah presejal 98 odstotkov – posamezni odporni sevi so že prisotni. Analizirani izolati izvirajo iz petih, geografsko oddaljenih regij, občutljivost je bila zelo dobra v vseh regijah, zato menimo, da rezultati v ostalih regijah, kjer raziskava še poteka, ne bodo bistveno drugačni od tistih, ki so navedeni v preglednici. Ker je *E. coli* najpogostejša povzročiteljica okužb sečil, v nadaljevanju navajamo podatke o odpornosti te vrste.

Nedavno so bili na spletu objavljeni podatki o občutljivosti 11.106 slovenskih izolatov *E. coli* iz kužnin, ki so bile poslani iz bolnišničnih oddelkov in ambulant leta 2011 (3). Po tem viru je občutljivost *E. coli* za antibiotike naslednja: ampicilin – 49-odstotna, amoksicilin s klavulansko kislino – 81-odstotna, oralni cefuroksim – 75-odstotna, trimetoprim – sulfametoksazol – 73-odstotna, ciprofloksacin – 82-odstotna: gre za izolate iz različnih kužnin (3). Podatki za izolate iz seča: občutljivost za cefalotin

– 57-odstotna, za nitrofurantoin – 97-odstotna (3). Posebej slaba je občutljivost izolatov *E. coli* z betalaktamazami širokega spektra (ESBL): za nitrofurantoin je občutljivost izolatov ESBL-*E. coli* 90-odstotna, za vse ostale oralne antibiotike pa je občutljivost med 0 odstotki in 25 odstotki (3). Nimamo podatkov, kakšna je občutljivost izolatov iz nezapletenih okužb sečil.

Odpornost proti fosfomicinu je torej podobno redka kot odpornost proti nitrofurantoinu; obe oralni zdravili sta namenjeni za zdravljenje nezapletenih okužb spodnjega dela sečil (4).

Frekvenca spontanah mutacij, ki v *E. coli* povzročijo odpornost proti fosfomicinu, je velika, vendar ima biološko ceno: bakterije so manj virulentne in se ne uspejo širiti (7). Zato je odpornost *E. coli* redka tudi v tistih državah, kjer se fosfomicin že dolgo uporablja – deleži občutljivosti presegajo 97 odstotkov (8).

Obstajajo pa tudi izjeme: poučno je poročilo iz Madrida, kjer se je odpornost proti fosfomicinu od leta 2003 do 2008 povečala z 1,6 odstotka na 3,8 odstotka (9). Ko so pojav preučili, so ugotovili, da so bili proti fosfomicinu najpogosteje odporni izolati ESBL-*E. coli*: med njimi se je v tem obdobju delež odpornost proti fosfomicinu desetkratno povečal, z 2,2 odstotka na 21,7 odstotka (9).

Opomba: pri vrsti *Pseudomonas aeruginosa* in pri rabi antibiotika za sistemske okužbe je možnost razvoja odpornosti večja kot pri *E. coli* iz okužb sečil (7).

Zaključek

Trenutno je občutljivost izolatov *E. coli* in *E. faecalis* za fosfomicin v Sloveniji zelo dobra, ni pa 100-odstotna. Ob preudarni rabi verjetno ni pričakovati hitrega večanja odpornosti, navedeni španski primer pa opozarja, da se izjemoma odpornost lahko hitro razširi in je potrebno redno spremljanje odpornosti.

Literatura:

- Raz R. *Fosfomicin: an old-new antibiotic*. Clin Microbiol Infect 2012; 18: 4–7.
- Beović B, Pirš M, Muller Premru M. *Novosti na področju protimikrobnega zdravljenja: stara zdravila za bakterije z novimi mehanizmi odpornosti*. In: Beović B, Strle F, Tomažič J, editors. *Novosti v infektologiji, Preprečevanje okužb: imunoprofilaksa in kemoprofilaksa*. Infektološki simpozij 2012; 2012 mar; Ljubljana. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za protimikrobno zdravljenje, 2012; 9–19.
- Štrumbelj I, Berce I, Čretnik Žohar T et al. *Pregled občutljivosti bakterij za antibiotike - Slovenija 2011*. Ljubljana: Slovenska komisija za ugotavljanje občutljivosti za protimikrobna zdravila (SKUOPZ); 2012. 1. izdaja. Dosegljivo na: <http://www.imi.si/strokovna-zdruzenja/skuopz> Dostop: 30. 6. 2012
- Gupta K, Hooton TM, Naber KG et al. *Executive Summary: International Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Acute Uncomplicated Cystitis and Pyelonephritis in Women: A 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases*. Clin Infect Dis 2011; 52: 561–564.
- Čizman M, Beović B, člani Nacionalne komisije za smiselno rabo protimikrobnih zdravil v Sloveniji. *Raba antibiotikov v Sloveniji: kaj spremeniti? Zbudimo se*. Isis 2011; 20: 46–8.
- Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI). *Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing; Informational supplement. Dokument M100-S22*. CLSI, Wayne, Pennsylvania, ZDA, 2012.
- Karageorgopoulos DE, Wang R, Yu XH et al. *Fosfomicin: evaluation of the published evidence on the emergence of antimicrobial resistance in Gram-negative pathogens*. J Antimicrob Chemother 2012; 67: 255–68.
- Kahlmeter G, Poulsen HO. *Antimicrobial susceptibility of Escherichia coli from community-acquired urinary tract infections in Europe: the ECO-SENS study revisited*. Int J Antimicrob Agents 2012; 39: 45–51.
- Oteo J, Orden B, Bautista V et al. *CTX-M-15-producing urinary Escherichia coli O25b-ST131-phylogroup B2 has acquired resistance to fosfomicin*. J Antimicrob Chemother. 2009; 64: 712–7.

E-naslov avtorja Iztoka Štrumbelja: iztok.strumbelj@zzv-ms.si

Mednarodna učna delavnica iz diagnostične in operativne histeroskopije v Mariboru

Julija Pukl Batistić

Histeroskopija je najmlajša endoskopska metoda v ginekologiji, ki se v zadnjih letih izredno hitro razvija. Operativna histeroskopija se je iz operacijskih dvoran preselila v histeroskopske ambulante, kjer posege opravljamo brez anestezije. To nam omogočajo novi instrumenti, pri katerih dilatacija cervikalnega kanala ni potrebna. Klasične frakcionirane abrazije, ki se opravljajo na slepo v kratkotrajni narkozi, so danes že skoraj zgodovina. Zaradi razvoja histeroskopije je večja tudi potreba po ustrezno usposobljenih zdravnikih, ki bi te posege opravljali, zato je zelo pomembno izobraževanje na tem področju.

Na začetku so bile v naši ustanovi čakalne dobe za te posege izredno dolge. Z izobraževanjem smo dosegli, da histeroskopske posege lahko opravlja skoraj vsak specialist, zato danes čakalne dobe praktično ni več. Učne delavnice iz endoskopskih posegov so izrednega pomena, tako za nas specializante ginekologije kot tudi za specialiste, ki se teh posegov šele učijo. 31. maja in 1. junija 2012 je v UKC Maribor potekala Mednarodna učna delavnica iz diagnostične in operativne histeroskopije, pod pokroviteljstvom ESGE (European Society for Gynaecological Endoscopy) in EAGS (European Academy of Gynaecological Surgery). To je bila že druga takšna delavnica v Mariboru v



Na od ESGE priznanih modelih je lahko vsak udeleženec opravljal diagnostične in operativne histeroskopske posege.

organizaciji doc. dr. Branke Žegura, dr. med., in prof. dr. Milana Reljiča, dr. med., iz Klinike za ginekologijo UKC Maribor. Prva je potekala julija 2008. Tokrat se je delavnice udeležilo 80 udeležencev, od katerih jih je bila tretjina iz tujine, zato je bil uradni jezik učne delavnice angleščina. Približno polovica udeležencev je opravljala tudi praktične vaje.

V četrtek, prvi dan srečanja, so v popoldanskem času potekala predavanja. Prof. dr. Vasilios Tanos, dr. med., s Cipra je kot predstavnik EAGS pričel z uvodnim predavanjem o zgodovini, sedanjosti in prihodnosti histeroskopije v ginekologiji. Nato so sledila predavanja o pripravi, indikacijah, kontraindikacijah ter zapletih pri histeroskopiji. Izvedeli smo vse o instrumentih, ki se uporabljajo, ter kakšne prednosti nudi ambulantna histeroskopija. Drugi sklop predavanj je bil posvečen zdravljenju posameznih nenormalnosti maternične votline. Tako smo obdelali možnosti zdravljenja nenormalnih krvavitev iz maternice, miomov in polipov. Zadnje predavanje je govorilo o vlogi histeroskopije pri zdravljenju neplodnosti. Poleg domačih predavateljev so predavali ugledni strokovnjaki iz Velike Britanije, Nizozemske, Belgije in Italije.

Drugi dan srečanja je bil posvečen praktičnim vajam na od ESGE priznanih živalskih modelih, ki so še vedno najboljši modeli, s katerimi se lahko ponazori vse vrste diagnostičnih in operativnih histeroskopskih posegov. Tako smo se udeleženci razdelili v dve skupini. Medtem ko je ena skupina izvajala praktične vaje, je druga poslušala o novostih na področju histeroskopije. Spoznali smo novo generacijo histeroskopov (Trophyscope) in novi Versapoint sistem ter metodo sterilizacije Essure, ki se že nekaj let opravlja tudi pri nas. Vsak od nas je lahko na simulatorju opravil Essure sterilizacijo in praktično izvedel resekcijo mioma ali polipa z novim Versapoint sistemom na živalskem modelu.

Vsi, ki smo se prijavi tudi na praktični del, smo tako izrabili izjemno priložnost, saj imamo v medicini redkokdaj možnost učiti se na simulatorjih in živalskih modelih. Večino posegov, ki jih delamo prvič, opravimo kar v operacijski dvorani. Mnogo bolje – za nas, predvsem pa za bolnice – je, da nekatere osnove in občutek dobimo na ustreznih modelih. In to možnost smo dobili na histeroskopski delavnici, saj smo lahko opravili več vaj na modelih iz kravjih maternic in sečnih mehurjev pod nadzorom inštruktorjev. Na eni endoskopski postaji sta lahko dva udeleženca pod vodstvom enega sproščenega in prijaznega inštruktorja resecirala septume, polipe in miome. Vaje na modelih so bile izjemno podobne realnim situacijam, z izjemo krvavitve, in tudi ob perforaciji maternice, ki je pri začetnikih pogosta, so bile posledice milejše kot v realnem življenju.

Vsaka dobra stvar se enkrat konča in tako se je zaključila tudi ta delavnica. Česa smo se naučili? Menim, da je vsak od nas poleg teoretičnih osnov pridobil tudi dovolj praktičnega znanja in poguma, da se tudi sam loti histeroskopije.

Naslednje leto bo 10 let, odkar so na Kliniki za ginekologijo in perinatologijo UKC Maribor prvič v Sloveniji pričeli z ambulantno histeroskopijo, in zanima me, kaj bodo organizatorji pripravili ob tej priložnosti. Upam, da se spet vidimo.

E-naslov: julija.batistic@gmail.com

Vloga angiogenih dejavnikov pri preeklampsiji

Poročilo s srečanja »Preeclampsia Early Adopters Meeting« v Leipzigu, Nemčija

Faris Mujezinović, Vesna Fabjan Vodušek

Huda preeklampsija, bolezen, ki se razvije pri 3 do 5 odstotkih vseh nosečnic, je povezana z 42 odstotki maternalnih smrti in 15 odstotki prezgodnjih porodov. Nepopolno poznavanje patofizioloških procesov, ki pripeljejo do razvoja bolezni, je razlog, zakaj do sedaj v klinični praksi še nismo imeli zanesljivega testa za napovedovanje bolezni in njenega

poslabšanja. Nepričakovani premik na tem področju je bil narjen leta 2002, ko je bilo prvič v strokovni literaturi objavljeno, da so angiogeni dejavniki (predvsem sFlt-1) neposredno odgovorni za razvoj endoteljske poškodbe kot začetne točke razvoja preeklampsije. S pomočjo teh odkritij je farmacevtsko podjetje Roche nedavno razvilo komercialni test pod

nazivom Elecsys sFlt-1/PIGF ratio. Učinkovitost testa pri napovedovanju in spremljanju poteka bolezni je podjetje predstavilo 23. maja v Leipzigu na srečanju pod imenom »Preeclampsia Early Adopters Meeting«.

Na začetku sestanka, ki je bil organiziran v hotelu The Westin Leipzig, je predstavnica Rocha, Elene Rossi, pozdravila udeležence, ki so prišli iz številnih držav, od Brazilije do Hongkonga, da bi slišali, kako se je test »Elecsys sFlt-1/PIGF ratio« pokazal pri napovedovanju in diagnozi preeklampsije v redni klinični praksi. Leta 2009 je namreč več evropskih klinik pristopilo k raziskavi klinične in/ali napovedne vrednosti sFlt-1/PIGF v praktičnem kliničnem delu in letos so objavili svoje prve rezultate dela.

Srečanje sta vodila dva perinatologa, prof. Holger Stepan iz Leipziga (Univerzitetna klinika Leipzig) in Stephan Verlohren iz Berlina (bolnišnica »Charite«), ki sta predstavila zgodovinski razvoj komercialnega testa od odkritja angiogenih dejavnikov do njihove vloge pri napovedovanju preeklampsije.

Leta 2002 je namreč dr. Karumanchi iz Bostona, ZDA, odkril, da je pri ženskah s hudo preeklampsijo v krvi prisoten protein, imenovan sFlt-1 (*soluble fms like tyrosine kynasis 1*), ki se veže na protein PIGF (*placental growth factor*), kar povzroči poškodbo endotelija in razvoj preeklampsije.

Ugotovljeno je, da imajo ženske s preeklampsijo v krvi višjo koncentracijo sFlt1-a in nižjo koncentracijo PIGF-a kot zdrave nosečnice, kar se lahko pokaže že v 16. do 17. tednu nosečnosti oz. celo do pet tednov pred pojavom hipertenzije in proteinurije.

Leta 2004 je prof. Stepan iz Leipziga objavil članek, v katerem je opisoval, da so bile vrednosti sFlt-1 pri 20 nosečnicah, ki so imele patološke meritve doplerjevega ultrazvoka arterije uterine, značilno višje pri nosečnicah s kasnejšimi zapleti, kot sta zavrta rast ploda (IUGR) in preeklampsija, kot pri tistih brez zapletov (2313 proti 339 pg/ml).

Povišane vrednosti sFlt-1 so imele tudi ženske z že razvito preeklampsijo (10 žensk) ali IUGR-jem (7247,5 pg/ml in 5072,4 pg/ml).

Sledile so raziskave, ki naj bi bolj opredelile mesto uporabnosti razmerja sFlt-1/PIGF pri napovedovanju preeklampsije in ugotavljanju patogenosti njenega poteka, saj se je izkazalo, da je pri odkrivanju nosečnic z nastajajočo preeklampsijo razmerje koncentracij sFlt-1 in PIGF bolj zanesljivo kot višina koncentracij vsakega angiogenega dejavnika posebej.

Španska raziskava, ki je vključevala 112 nosečnic s patološkimi doplerjevimi indeksi arterije uterine v drugem trimesečju nosečnosti (pri 36 nosečnicah se je kasneje razvila preeklampsija), je dodatno poudarila, da je test bolj uporaben za napovedovanje zgodnje oblike bolezni (pred 34. tednom nosečnosti) kot poznejših oblik bolezni (občutljivost 90-odstotna in 11-odstotna pri 5 odstotkih lažno pozitivnih rezultatov).

Šele ko se je na trgu pojavila komercialna metoda za določanje angiogenih dejavnikov »Elecsys sFlt-1/PIGF« namesto

ELISA-testov, namenjenih predvsem za raziskovalne namene, je postala mogoča uporaba testa v klinični praksi. V Leipzigu so to metodo klinično začeli uporabljati julija 2009, rezultate pa so objavili v ameriški reviji (AJOG) pod naslovom »Avtomatizirana metoda določanja sFlt-1/PIGF razmerja pri 71 preeklamp-tičnih in 280 zdravih ženskah z ustrežno gestacijsko starostjo«.

Na osnovi dokazanih povišanih vrednosti indeksa, ki napovejo in potrdijo patološki potek bolezni, se preiskava ponuja kot dober test, ki bi z vpeljavo v redno klinično prakso predstavljal pomoč pri diferencialni diagnozi razlikovanja med atipično razvijajočo se preeklampsijo in kronično hipertenzijo (pri katerih nismo gotovi, ali je povišanje krvnega pritiska posledica prej obstoječe kronične bolezni (sistemski lupus eritematosus, ledvične bolezni...) ali nacepljene preeklampsije).

Opređeljene so referenčne vrednosti razmerja sFlt-1 in PIGF za zdrave in preeklamp-tične nosečnice ter z ROC-krivuljami potrjena uspešnost pri napovedovanju zgodnje preeklampsije (AUC 0,97, medtem ko je AUC za vse primere preeklampsije in pozne oblike bolezni znašal 0,95 in 0,89).

Kot presečna vrednost indeksa (*»cut off vrednost«*) za uvrstitev nosečnice v visoko rizično skupino za preeklampsijo je bila predlagana vrednost 85, ki ima občutljivost 82 odstotkov in specifičnost 95 odstotkov. Test ob taki vrednosti je bolj učinkovit pri ugotavljanju zgodnje (občutljivost 89 odstotkov, specifičnost 97 odstotkov) kot pozne preeklampsije (občutljivost 74 odstotkov, specifičnost 89 odstotkov).

Sledila je živahna razprava o tem, ali je smiselno razvijati prognostični test za bolezen, za katero trenutno ni zanesljive terapije. Trenutno stališče, da je aspirin uporaben za preventivo preeklampsije, je sprejeto na osnovi Cochranovega pregleda podatkov manjšega števila raziskav, narejenih v 90. letih prejšnjega stoletja. Stališče, po mnenju nekaterih, je potrebno šele potrditi z bodočimi in bolj zanesljivimi prospektivnimi raziskavami. Dajanje heparina se po drugi strani ni dokazalo kot učinkovit preventivni ukrep proti preeklampsiji.

Drugo zanimivo vprašanje je bilo, ali razmerje sFlt-1/PIGF poda več informacij v primerih, ko je diagnoza preeklampsije jasno dokazana. Podobni testi izpolnjujejo zahteve dobre klinične prakse, če olajšujejo pravočasno odkrivanje bolj malignega poteka bolezni, pravočasno napotitev v terciarni center, omogočajo izogibanje nepotrebnim hospitalizacijam, napovejo klinični potek bolezni ter olajšajo odločitve za zdravljenje.

Letos objavljene raziskave se še naprej osredotočajo na pomen zaporednega določanja razmerja sFlt-1/PIGF pri napovedovanju zapletov preeklampsije pri nosečnicah s postavljeno diagnozo preeklampsije na osnovi hipertenzije, proteinurije in edemov.

V raziskavi, objavljeni v reviji *Circulation*, s 616 nosečnicami s sumom na preeklampsijo pred 34. tednom nosečnosti, so tiste z indeksom nad 85 v dveh tednih od sprejema rodile v 85 odstotkih, tiste z indeksom pod 85 pa so pred 34. tednom nosečnosti rodile v 15 odstotkih.

Dr. Verlorhen je poročal tudi o rezultatih evropske multicentrične raziskave, ki govorijo, da je indeks zanesljivo orodje za ugotavljanje tveganja za bližajoči se porod v sedmih dneh od sprejema v bolnišnico, za razlikovanje med tipi hipertenzivnih boleznih v nosečnosti in pri spremljanju kliničnega poteka bolezni.

Po sestanku v hotelu smo se udeleženci sestanka z avtobusom odpeljali v pred kratkim zgrajene prostore porodnišnice Kliničnega centra v Leipzigu, v kateri se letno rodi okoli 2.000 otrok. Po ogledu centra nam je prof. Stephan predstavil njihove klinične primere, kjer je uporaba razmerja sFlt-1/PlGF olajšala klinično obravnavo nosečnic s preeklampsijo.

Kot zaključek srečanja je potrebno poudariti, da naj bi se test določanja razmerja sFlt-1/PlGF izvajal v drugem trimesečju nosečnosti in naj bi bil zaenkrat namenjen nosečnicam, ki so že imele preeklampsijo v prejšnji nosečnosti ali imajo druge pozitivne anamnestične dejavnike tveganja za nastanek preeklampsije.

V klinični praksi so nosečnice s nespecifičnimi kliničnimi znaki (bolečine v trebuhu, glavoboli, edemi, mejno povišane vrednosti arterijskega tlaka...) pogosto obravnavane s previdnostjo in pogostim ponavljanjem laboratorijskih in kliničnih preiskav, da ne bi spregledali hitrega poslabšanja stanja nosečnice oziroma pojava preeklampsije. Test omogoča tudi, da izključimo tiste nosečnice, pri kateri se bolezen ne bo pojavila.

Poznavanje sFlt-1 in PlGF-proteinov odpira dodatne možnosti zdravljenja, od katerih je ena od zelo obetajočih zdravljenje z elektroforezo krvi nosečnice, s katero nosečnici odstranjujemo škodljive proteine iz krvi. sFlt-1 je namreč pozitivno nabita molekula in s tem ustvarja možnost odstranjevanja z elektroforezo. Seveda je to šele začetek in obstajajo tudi druge možnosti.

V sedanjem trenutku ostaja vprašanje, kako se bomo lotili omenjenega testa v Slovenji. Za začetek smo se dogovorili za sodelovanje med kliničnima centroma Ljubljana in Maribor, kjer bomo v klinični praksi preizkušali vrednost testa sFlt-1/PlGF in njegovo spreminjanje glede na čas odkritja preeklampsije ter njen klinični potek. V raziskavo bodo vključene vse nosečnice, ki bodo zaradi obravnave hipertenzivnih boleznih v nosečnosti (preeklampsija, gestacijska hipertenzija, nacepljena preeklampsija, HELLP-sindrom) sprejete na oddelek enega od kliničnih centrov. Ob rednem rutinskem odvzemu krvi se bo iz te krvi določilo tudi razmerje sFlt-1/PlGF in določitev tega razmerja ponovilo po 24 do 48 urah ob naslednjem rutinskem diagnostičnem odvzemu krvi nosečnici.

Klinična obravnavo nosečnice bo ostala v času raziskave ista kot do sedaj, osnovana na določanju »zlatih standardov diagnostike« (merjenje arterijskega tlaka, določanje proteinurije v urinu nosečnice, edemov, določanje osnovnih laboratorijskih preiskav



Prikaz porodne sobe v Kliničnem centru Leipzig, Nemčija.

v krvi nosečnice – hemokoncentracija, patološki jetrni testi, trombocitopenija...).

Po retrogradni analizi določenih vrednosti razmerja sFlt-1/PlGF in kliničnega poteka bolezni bomo potem analizirali vrednost določanja razmerja za delo v klinični praksi, ki je na osnovi kliničnih smernic in priporočil sedaj v veljavi v Sloveniji. Slovenija namreč spada med države, kjer je obravnavo nosečnic s preeklampsijo zelo konzervativna in že sedaj težimo k čim daljšemu podaljševanju nosečnosti z različnimi vrstami zdravljenja. Imamo tudi zelo ozko usmerjene ambulante za patološko nosečnost, ki delujejo v okviru obeh kliničnih centrov in kjer nosečnice, ki spadajo v visoko rizično skupino za nastanek preeklampsije, ustrezno vodimo v sodelovanju s strokovnjaki drugih strok. Zato je potrebno vrednost testa za naše klinično delo še dodatno opredeliti in ovrednotiti.

Udeležbo na srečanju v Leipzigu nama je omogočilo podjetje Roche.

Izjava o konfliktu interesov

Podpisana avtorja poročila s strokovnega sestanka, predvidene za objavo v reviji Isis, izjavljava, da je strokovni povzetek predavanj namenjen seznanjanju slovenskih ginekologov in porodničarjev z novimi dosežki in razvojem stroke. Ne vsebuje reklamnih sporočil in je verodostojno samostojno delo z vsebujočimi znanstveno potrjenimi dejstvi študij. Avtorja tudi nisva plačana s strani Rocha za ta članek.

E-naslov avtorja Farisa Mujezinovića: fmujezinovic@gmail.com

4. regionalno srečanje Academy of Breastfeeding Medicine za zdravnike

Andreja Tekauc Golob

Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) je organizacija, ki združuje zdravnike z vsega sveta, ki se posvečajo zaščiti, spodbujanju in podpori dojenja. Poleg vsakoletnih strokovnih srečanj, ki so organizirana v ZDA, se zdravniki vsako drugo leto srečujejo tudi v Evropi. Letos so organizacijo srečanja zaupali Inštitutu za materino in otrokovo zdravje (Institute for Maternal and Child Health IRCCS) Burlo Garofolo v Trstu. Srečanja, ki je potekalo 19. in 20. maja 2012, se je udeležilo 93 zdravnikov iz 31 držav sveta, prevladovala so kolegice.

Prvo predavanje je osvetlilo fiziologijo otrokovega sesanja na dojki. Dr. Mike Woolridge iz medicinske fakultete v Leedsu, Anglija, je predstavil lastne raziskave mehanike sesanja na dojki pri teden dni starih otrocih, ki jih opravlja s pomočjo ultrazvoka. Za razliko od odraslih otrok ne sesa z ustnicami in vlekcom, temveč pri dojenju uporablja peristaltiko jezika, ki s svojim gibanjem ustvarja podtlak, nakar sledi ekstrakcija mleka. Mehko nebo z blagimi gibi naprej in nazaj pomaga ustvariti primerne požirke. Pri otrocih na steklenički je peristaltika jezika enaka, mehko nebo pa dela večje amplitude, da lahko otrok ustvari primerne požirke. Gibanje jezika je vedno enako, ne glede na starost. Ritmično sesanje je znak nevrološke zrelosti otroka. Pomembno je pravilno pristavljanje na dojko.

Sledila je okrogla miza o novostih pri položaju na dojki in pristavljanju. Pripravile so jo dr. Sofia Quintero-Romero iz Kolumbije, Ersilia Armeni iz Italije in Kathleen Marinelli iz ZDA. Predstavile so »biološki položaj hranjenja«, ki upošteva otrokove primitivne reflekse, ki so namenjeni hranjenju. Mati

pri tem načinu dojenja leži na hrbtu v polsedečem položaju, otrok leži s trebuhom na njenem trebuhu, pri tem mu sila lastne teže pomaga ostati v stiku z materjo. Otroku primitivni refleksi omogočijo prilesti do dojke, iskalni in sesalni refleksi pomagata, da sesa na dojki. Tako pristavljanje na dojko zahteva individualen pristop z upoštevanjem otrokovih in materinih instinktov.

Sobotno popoldne se je zaključilo s predstavitvami prizadevanj za uvajanje novorojencu prijaznih porodničnic (NNP = BFHI) v različnih državah, z njihovimi težavami in preprekami. Poslušali smo predstavnike iz Italije, Romunije, Hrvaške in Anglije. Pri tem se mi je utrnila misel, da smo v Sloveniji daleč pred predstavljenimi državami, saj imamo od 14 porodničnic kar 13 NNP in v tem pogledu v Evropi zaostajamo samo za Norveško.

Nedeljsko jutro je bilo najprej zaznamovano s potresom, ki smo ga v Trstu kar dobro čutili.

Prvo predavanje je pripravila Kathleen Marinelli, profesorica pediatrije in neonatologinja iz ZDA. Govorila je o povezanosti nosečnosti, debelosti in dojenja. Debelost je velik zdravstveni problem v svetu, ki pa se ga da preprečiti. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije živi 65 odstotkov svetovnega prebivalstva v deželah, kjer je debelost večji problem kot podhranjenost. V letu 2010 je bilo predebelih kar 43 milijonov otrok, mlajših od 5 let. Predstavila je pogostnost pojava debelosti v posameznih področjih ZDA, negativne vplive na splošno zdravje in na zdravje matere in ploda v nosečnosti, potek nosečnosti, poroda in novorojenčka. Navedla je že znana dejstva iz številnih raziskav s področja dojenja: Predebele matere manj uspešno dojijo, imajo zakasnelo laktogenezo. Pri otroku dojenje zmanjša



Udeleženci strokovnega srečanja v Trstu.

možnost razvoja debelosti, sladkorne bolezni tipa 1 in 2, zniža krvni tlak in holesterol v krvi, izboljša verbalni, motorični in kognitivni razvoj.

Sledila je okrogla miza o primernem času za začetek dohranjenja dojenega otroka z dopolnilno hrano. Sodelovali so mag. Adriano Cattaneo iz Italije, mag. Carol Williams iz Anglije in Maite Teresa Hernandez-Aquilar iz Španije. Prvi sodelujoči, neonatolog iz Trsta, je pripravil z dokazi podprti komentar na priporočila ESPHGAN (Evropskega združenja pediatričnih gastroenterologov), ki priporočajo uvajanje dopolnilne prehrane pri 26 tednih starosti. Maite Hernandez, pediatriinja, je opozorila, da mora dopolnilna prehrana pokrivati otrokove potrebe po optimalni hrani za razvoj, preprečiti pomanjkanje nekaterih hranil, pokriti kalorične potrebe otroka in preprečevati nastanek nekaterih obolenj. Dopolnilna hrana (sadje, zelenjava) je na začetku pol manj kalorična od materinega mleka, ki je za otroka do dopolnjenega 6. meseca najboljša hrana. Uvajanje dopolnilne hrane je primerno takrat, ko se je otrokov jezik sposoben gibati v več smereh in ko otrok samostojno sedi. Prezgodnje uvajanje nove hrane je lahko stresno za otroka. Pokazali sta nekaj filmov s takšnimi primeri. Otrokovo zanimanje za novo hrano je povezano z njegovim razvojem in mati naj sledi otrokovemu zanimanju. Glede vrste hrane ni omejitev. Za nedonošene otroke upoštevamo korigirano starost. Carol Williams, nutricionistka

iz Brightona, je predstavila uvajanje načel dojenju prijaznih zdravstvenih ustanov (DPZU) v Angliji in podporo doječim materam v domačem okolju. V Sloveniji imamo trenutno dve DPZU, nekaj pa se jih pripravlja na pridobitev tega naziva.

V nadaljevanju je Pat Hoddinott, raziskovalka s Škotske, predstavila svojo raziskavo o odzivih družinskih članov na promocijo dojenja v bolnišnici. Poudarila je pomen usklajene besedne in nebesedne aktivnosti zdravstvenih delavcev in poenotenje doktrin. Matere si želijo pristnega kontakta z osebjem.

Anne Marie Oudesluys-Murphy je zaključila srečanje s predavanjem o socialnem vplivu dojenja. Poleg znanih prednosti za otroka nudi dojenje tudi možnost za razvoj okusa in regulacijo apetita. Dojeni otroci doživijo manj nasilja s strani staršev. Matere, ki dojijo, so občutljivejše za otrokove potrebe, poleg številnih prednosti za lastno zdravje imajo tudi boljše samopodobo. Govorila je še o prednostih dojenja za družino, družbo, ekoloških prednostih, ekonomskih prednostih, o dojenju na delovnem mestu, v javnosti, v ječi, o dojkah kot o simbolu spolnosti, o mlečnih bankah, dojiljah in posebnostih dojenja v različnih verskih in etničnih skupinah.

Srečanje smo zaključili v nedeljskem popoldnevu, zadovoljni s predavanji, novimi spoznanji in s potrditvami lastnih spoznanj.

E-naslov: andreja.tekauc-golob@ukc-mb.si

37. srečanje stomatologov Slovenije »Iz prakse za prakso«

Quo vadis, Domine?

Željko B. Jakelič

Stomatološka sekcija pri SZD je 1. in 2. junija že 37. organizirala srečanje stomatologov v tradicionalno lepem okolju portoroškega Avditorija. Za organizacijo strokovnega srečanja v času, ko je povsod čutiti ekonomsko in družbeno krizo in ko vemo, da je zelo težko priti do denarja in sponzorjev, se moramo organizatorju srečanja iskreno zahvaliti. Kljub vsem težavam (nesreča na gorenjski avtocesti, ki je delno ohromila celoten promet na Gorenjskem) se je srečanja udeležilo veliko udeležencev, tako da je srečanje tudi letos uspelo!

V Avditoriju nas je pričakalo prijetno presenečenje. Razstavljavci dentalne opreme so imeli letos zaradi velike ponudbe materialov razstavo kar na prireditvenemu prostoru pred vhodom v dvorano.

Kot se spodobi, so organizatorji strokovno srečanje zasnovali tako, da so bili prispevki zanimivi širšemu krogu strokovnjakov. Uvodni skop prispevkov so namenili aktualnim temam, drugi, že strokovni del pa je bil namenjen že nekaj let bolj izpostavljeni implantologiji in endodontiji, medtem ko so drugi dan strokovnega srečanja namenili otroškemu in preventivnemu

zobozdravstvu in ortodontiji. Zadnji sklop predavanj je bil namenjen aktualnim temam, kot so boleznimi dlesni, onkologija in endodonske težave.

Tudi letos so organizatorji zaradi problematike v zobozdravstvu in aktualnosti srečanja povabili predstavnike Ministrstva za zdravje, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), Zdravniške zbornice – Odbora za zobozdravstvo, Slovenskega zdravniškega društva, Združenja zdravstvenih zavodov – Odbora za zobozdravstvo, RSK-ja za stomatologijo. Kot se ponavadi dogaja, nekaterih povabljenecv kljub vabilu in obljubam, da bodo prišli, žal nismo videli in slišali njihovega mnenja o zelo perečem trenutku, v katerem se nahaja današnje zobozdravstvo. Gre za predstavnike ZZZS, ki jih je zelo težko dobiti, zlasti takrat, ko bi morali odgovarjati na, včasih, zelo neugodna in provokativna vprašanja. Halo? Kako je mogoče, da odgovora na številna vprašanja nismo mogli dobiti? Kako razložiti tako ravnanje? Tako pač je, ko imaš vzvode moči!

Pred začetkom strokovnega srečanja je Slovenski oktet zapel nekaj novih pesmi s svojega zadnjega albuma in s tem za hip kar osvežili soparen dan in natrpan strokovni del.

Po nagovoru številnih priznanih strokovnjakov je sledila okrogla miza, na kateri so odgovorni predstavniki zobozdravnikov udeležencem srečanja predstavili današnji čas in prihodnjo strategijo zobozdravstva v Sloveniji. Veliko je bilo prelitega črnila v številnih medijih, pa se kljub temu za zdaj še ni nič spremenilo na bolje. Še vedno nimamo nacionalnega programa za zobozdravstvo, kar je zelo zanimivo in je v današnjem času pereč problem. Lepo bi namreč bilo, ko bi se nekaj (od številnih naporov in želja) tudi uresničilo. (Kako lepo je reči: če bi, kako bi...) Kdaj in kako bo prišlo do sprememb, je težko reči! Upajmo, da se bodo kolesa, ki so do sedaj mirovala, le začela počasi premikati! Ali? Upamo, da se bomo na naslednjih srečanjih o teh spremembah tudi pogovarjali. Povabljeni okrogle mize so poudarili pomen nacionalne strategije in številnih dolgoročnih načrtov pri reševanju problemov, povezanih z zobozdravstvom. Prispevki in razmišljanja so bili zanimivi. Ali bodo vsaj nekateri problemi rešeni? O tem, ali bodo rešeni in kako, bomo verjetno tudi obveščeni! Vsaj upamo! Sic!

Po zanimivih vprašanjih in odgovorih je sledil strokovni del srečanja.

Prvi prispevek je bil namenjen načinu in uspehom na zobozdravstvenem področju, ki so povezani s preventivo, obnovo in vzdrževanjem doseženega. Poudarek je bil tudi na komunikaciji in celovitosti sodelovanja celotnega tima, ki sodeluje pri reševanju težav v ustni votlini.

Glede na dejstvo, da se pri vedno večjem številu bolnikov z implantološko-protetičnimi rekonstrukcijami srečamo tudi z zaplety, smo bili seznanjeni s sodobnimi smernicami v zdravljenju le-teh. Predavatelj, ki je vsekakor zelo dober poznavalec teh zapletov, se je ozrl na zaplete, kot sta mukozitis in še bolj pomemben in neugoden zaplet periimplantitis. V prispevku je opozoril na pomen kontrolnih pregledov ter na smernice kontrole biofilma, ki ima pomembno vlogo pri nastanku teh zapletov. Poudaril je tudi možne načine zdravljenja, povzete iz literature.

Naslednji prispevek je bil namenjen zelo razširjeni bolezni, s katero se zobozdravnik pogosto srečuje pri vsakdanjem delu. To je gingivitis. V zanimivem prispevku je predavatelj orisal in slikovno predstavil številne gingivitise, nastale zaradi prisotnosti bakterij oziroma mikroorganizmov, ter gingivitise, ki so posledica sistemskih bolezni in na katere zobozdravnik pogosto naleti pri pregledu bolnikov, ki so prizadeti zaradi sistemskih bolezni. Seveda je treba sistemske bolezni razpoznati. Predavatelj je poudaril posebnosti, ki so najbolj nujne pri obravnavi bolnika z boleznijo dlesni, in katere je treba zaradi teh tudi ustrezno zdraviti.

Glede na število prispevkov, ki so še sledili, smo si privoščili kratek oddih. Naslednji sklop prispevkov je bil namenjen endodontiji in konzervativnemu zdravljenju karioznih sprememb. Poseben prispevek je bil namenjen uporabi laserske tehnologije v oralni kirurgiji.

V prispevku, ki je sledil, je bilo predstavljeno minulo delo zobozdravnika, ki se pri zdravljenju periapikalnih procesov velikokrat konča tudi klavrno. Takrat je treba zdravljenje revidirati, odstraniti neustrezno zdravljenje in ponovno zdraviti ter s tem preprečiti nadaljnjo kontaminacijo periapikalnega prostora. Sledila je predstavitev anatomskih značilnosti prizadetih korenin in uspehi ter navodila za nadaljnje delo tako v koreninskih kanalih kot tudi nujnost dobre zapore kavitete s primernimi materiali, ki omogočajo tudi kemično vezavo na sklenino in dentin.

Na prejšnji prispevek se je navezoval prispevek, ki je bil namenjen restavraciji zobnih okvar s kompozitnimi materiali. Orisani sta pomembni značilnosti materialov, fluorescenčnost in opačnost, ki imata pomembno vlogo pri ustrezni dolgoročni obnovi zobne okvare.

Srečanje se je nadaljevalo s prispevkom o zdravljenju številnih sprememb v ustni votlini z laserjem. Predavatelj je orisal zgodovinske začetke dela z laserskim aparatom, načine delovanja laserskega aparata in možnosti zdravljenja tako v oralni kirurgiji, implantologiji in endodontiji. Na številnih slikovnih primerih je bila predstavljena tudi uporabnost.

S tem prispevkom se je končal tudi prvi, zelo utrujajoč dan strokovnega srečanja.

Kot ponavadi se je srečanje končalo z vsakoletnim svečanim sprejemom vseh udeležencev v hotelu Metropol.

Druženje v hotelu Metropolu je bilo ... Oh! Sami veste, kako je bilo! No, kljub dobri hrani in pijači je bilo nad udeleženci nekaj temačnega. Kaj? Kriza? Interventni ukrepi, ki so marsikoga spravili na kolena, so kazali zobe! Ni enostavno. V času, ko te nikjer ne jemljejo resno, ko ti jemljejo ne samo denar in materialne dobrine, ko ti jemljejo dušo, ni enostavno biti optimističen in poln energije! Ni res, pa je! V takemu klavrnem in žalostnem vzdušju je na žalost potekalo tudi letošnje druženje. Slab občutek? Ali?

Nekateri so šli po večerji spat, nekateri v Casino, nekateri na pijačo v nočne bare, jaz pa sem se odpravil proti Piranu, kjer sem domoval.

Naselje se je začelo razvijati v zgodnjem srednjem veku. V starih zapisih v začetku srednjega veka se Piran prvič omenja v latin. kot *Pyrrhanum*. V 2. polovici 8. stoletja je skupaj z Istro prišel izpod bizantinske pod frankovsko oblast. Leta 840 je bila Istra priključena k Italskemu kraljestvu, leta 952 kot del Furlanske marke vključena v Nemško cesarstvo, po letu 1209 je imel položaj istrskega mejnega grofa oglejski patriarh. Že od sedemdesetih let 9. stoletja so istrska mesta občasno občutila vpliv Benetk, vendar so se kljub temu, vključno s Piranom, samostojno razvijala in oblikovala lastno upravo in zakonodajo. Piran je dobil leta 1274 statut, leta 1283 je sprejel oblast Beneck, ki je trajala do propada Beneške republike leta 1797, nato pa je do leta 1918 (s prekinitvijo v obdobju frankovske oblasti) spadal pod Avstrijo. V času francoske oblasti je v njegovi bližini

leta 1812 prišlo do pomorske bitke med angleškimi in francoskimi bojnimi ladjami, znane kot bitka pri Piranu. Med svetovnimi vojnami je bilo to področje v Italiji, od leta 1947 do 1954 v coni B Svobodnega tržaškega ozemlja, ko pa je bila ta ukinjena, je Piran pripadel Jugoslaviji.

Nočni sprehod mi je kar ugajal. Vreme je bilo prijetno za meditacijo. Jugozahodni veter je zaznamoval spremembo vremena, v ušesih so mi vas čas hoje odzvanjale misli, ki jih je v uvodu Priveska citiral predsednik Stomatološke sekcije Gorazd Sajko: »Kakšni žalostni časi, ko je lažje razbiti atom kot predsodek.« (Albert Einstein)

Glede na to, da predavanja naslednji dan niso bila tako zgodaj, sem imel še nekaj časa za dnevni sprehod po mestnem trgu, ogled mojstra Tartrinija (*Il maestro delle nazioni*). (Giuseppe Tartini, beneški skladatelj in violinist, 8. 4. 1692, Piran - 26. 2. 1770, Padova. Bil je eden največjih violinistov svoje dobe, izjemno priljubljen pa je bil tudi kod predklasični skladatelj in izvirni glasbeni teoretik. Po skladatelju je poimenovan osrednji piranski trg, kjer se nahaja tudi njegova rojstna hiša, z njegovim imenom pa so si pomagali tudi nekateri slovenski ansambli. Njegovo najslavnejše delo je sonata Vražji trilček. Legenda pripoveduje, da se mu je v snu prikazal sam vrag, ki je igral na violino. Takoj ko se je prebudil, je melodijo tudi zapisal. Tako naj bi nastala ena najbolj zanimivih in najbolj zahtevnih evropskih skladb za violino.) Violina, na katero je igral, in številne melodije so mi kar odzvanjale v glavi.

Mesto je v jutranjih urah dajalo videz še zaspanega in mirnega mesta in ni kazalo nevihte, ki je še vedno neusmiljeno divjala od prispevkov in dogodkov prejšnjega dne.

Žal nisem mogel dolgo meditirati. Moral sem se vrniti v Portorož, kjer so se začela predavanja!

Prvi sklop sobotnega sporeda je bil namenjen otroškemu in preventivnem zobozdravstvu, ortodontiji, težavam in novostim v endodontiji, medtem ko je bil naslednji sklop prispevkov namenjen onkologiji glave in vratu ter problemom v endodontiji in rešitvi le-teh.

Prispevek o preventivnem programu v otroškem in preventivnem zobozdravstvu ni bil namenjen le preprečevanju zobnih in ustnih bolezni ter ortodontskih nepravilnosti, temveč je bil namenjen tudi vplivu preventivnega dela na celotno otroško obdobje. Kako pomemben in dobro načrtovan program o celotnem razvoju mladostnika, o razvoju stroke je bil leta 1997 predstavljen v Buenos Airesu. Škoda, da ni nekega splošnega programa za celotno področje Slovenije! Samo s primerjavami rezultatov raziskav se da zagotoviti dobre in odpraviti slabe lastnosti programov. Edino na ta način se da primerjati z rezultati v razvitih evropskih, predvsem z rezultati v skandinavskih državah!



Kaj pomeni telerentgenogram in kakšno vlogo ima v diagnostiki zdravljenja ortodontskih nepravilnosti? Kakšni so uspehi zdravljenja mandibularnega prognatizma? Kaj pomeni CVM (*Cervical Vertebrae Maturation; Baccetti in sod., 2005*) v ovrednotenju stopnje skeletne zrelosti? Ali je uspešno, kako, kdaj in na kakšen način je mogoče zdraviti to nepravilnost, je v prispevku predstavljeno na zelo enostaven in razumljiv način tudi za poslušalce, ki se ne ukvarjajo z ortodontijo. Številni primeri so bili podkrepilni tudi s številnimi slikami in diagrami.

Ali je klasično zdravljenje in uporaba klasičnih instrumentov v endodontiji še vedno *conditio sine qua non* in/ali se je pri delu v koreninskem kanalu treba, še vedno, bati izpopolnjenih strojnih instrumentov, ki so danes moderni? Številni strokovnjaki so še vedno v dilemi. Na skeptična mišljenja o uporabnosti le-teh je bilo tudi odgovorjeno. Predavatelj je prikazal zgodovino razvoja Ni-Ti strojnih instrumentov, osnovna načela delovanja in klinično tehniko dela z recipročnimi strojnimi instrumenti, prednosti in slabosti dela ter kritični pregled do sedaj opravljenih raziskav.

Sledil je prispevek, namenjen rakastim spremembam glave in vratu. Predavatelj je predstavil etiološke dejavnike nastanka karcinomov, diagnostiko ter terapevtske postopke v zdravljenju te hude, zelo uničujoče bolezni. Predstavil je tudi možne rekonstrukcijske postopke mutilantnih poškodb, ki jih danes izvajajo na Kliničnem oddelku za maksilofacialno in oralno kirurgijo v Ljubljani.

Po napornemu dnevu je sledil še zadnji prispevek, namenjen endodontiji. Kakšne so možnosti odstranitve slabega in pomanjkljivega zdravljenja? V prispevku je orisano, kako in s kakšnimi instrumenti se dajo odstraniti neprimerne polnitve (z uspehi in neuspehi) ter kakšna je prognoza in možnosti tveganja ponovnega ortogradnega zdravljenja.

S tem prispevkom se je zaključilo 37. srečanje stomatologov v Portorožu!

Sklepne misli

Kot ponavadi, je bilo strokovno srečanje organizirano tako, da je vsak udeleženec našel nekaj pomembnega in koristnega, kar mu bo pomagalo pri vsakodnevnem delu. Žal je dobro organizacijo strokovnega srečanja, dobro pripravljene in izbrane prispevke zasenčil uvod, ki smo ga lahko prebrali v zborniku letošnjega srečanja. Citiram: »*Imam občutek, da so nekateri, ki so v življenju obiskali ali potrebovali storitev primarne – in to primarne zobozdravstvene dejavnosti, pozabili, da ta še obstaja. V uradnih javnih nastopih velikokrat pogršam, da če je že govora o primarni, je to medicinska, ali pa o sekundarnih in vse več o terciarni zdravstveni dejavnosti, da zobozdravstvena ni omenjena. Kakor da ne obstajamo. Nekaj vzrokov je tudi znotraj ceha. Berite anonimke,*

ki evidentno kažejo na avtorje in s tem razveseljujejo opazovalce, predvsem tiste, ki bi morali sistem urediti. Operirajo s poslanico: uskladite se. Kako naj se uskladimo, če nas posamezniki aktivno ločujejo.«

Iz napisanega lahko zaključimo, da je nekaj hudega in za zobozdravstvo nesprejemljivega. Ali je zobozdravstvo še vedno grdi raček v medicini? Zakaj nimamo nacionalnega programa za zobozdravstvo? Zakaj? Ali vse medicinske stroke niso nedeljivi del celotnega zdravstva? Prav zaradi tega ni presenetljivo, da se vse bolj glasno slišijo glasovi za samostojno zobozdravniško zbornico! Prav bi bilo, da se stroka (pa če je to zobozdravstvo) organizira in ceni po tem, kaj in kako dela! Ali nam je narejena krivica? Kako je bomo/bodo odpravili in ali ne bo že prepozno? *Quo vadis, Domine?*

Koloproktološki kongresi v letošnjem letu

Pavle Košorok

Koloproktologija je nedvomno samostojna kirurška specialnost, čeprav se pogosto pojavlja tudi v okviru strokovnih srečanj, ki pokrivajo širša kirurška področja.

V letošnjem letu sem sodeloval na treh takšnih sestankih. Konec maja 2012 je bilo srečanje v Letovicah (pri Brnu, Češka republika), ki je bilo zanimivo predvsem zato, ker smo letos praznovali 20. obletnico srednjeevropskih srečanj koloproktologov. Že v začetku so me ta srečanja v Brnu pritegnila, posebej zato, ker smo se srečevali kirurgi, ki smo večinoma prihajali iz »bivših« socialističnih držav. Aktivni pa so bili tudi Avstrijci, Nemci in izbrani, povabljeni gosti. Na teh sestankih smo se vedno počutili nekako enakopravni, kar pa ni vedno na velikih kongresih, kjer imajo glavno besedo vrhunski strokovnjaki iz velikih anglo-ameriških centrov. Seveda so delovne možnosti in tehnična sredstva pri njih velikokrat drugačna, pa vendarle tudi mi resno delamo in zdravimo bolnike ter dosegamo dobre uspehe pri zdravljenju.

Prav zato je bilo jubilejno 20. srečanje srednjeevropskega združenja za koloproktologijo prijetna izmenjava delovnih izkušenj. Predstavili smo raziskave, ki jih naša ustanova dela skupaj z Mikrobiološkim inštitutom Medicinske fakultete, v katerih določamo genotipe humanih virusov papiloma v anogenitalnih bradavicah in analnih karcinomih. Študija je pomembna, saj se je pokazalo, da so najpogostejši povzročitelji tisti, ki jih zajema štirivalentno cepivo, zato je smiselno popularizirati cepljenje proti tej okužbi, ki preprečuje tudi razvoj raka materničnega vratu.

Dobro je bila sprejeta tudi predstavitev naših rezultatov zdravljenja notranjega prolapsa danke po Delormeju. Poseg delamo v dnevni bolnišnici in je eden od načinov, kako lahko pomagamo pri zaprtju. To nastane zaradi invaginacije danke, ki daje stalni občutek draženja in nepopolnega izpraznjenja.

Prav tako so svoje izkušnje predstavili ostali povabljeni kolegi in domači kirurgi. Nekatera predavanja so bila namenoma provokativna. Poseben izziv je bil del testa, ki velja za evropsko koloproktološko licenco. Med vsemi odgovori je bil pravilen le eden in tega ni bilo vedno lahko izbrati. Moram reči, da je bil test

8th Biennial Congress of the Mediterranean Society of Coloproctology (MSCP)
14-16 June 2012, Madrid, Spain
 Presidents: J.Manuel Devesa, Gervasio Salgado
 Contact:
 Website : www.mscp-online.org




spodbuda, da je predvsem za mlade kirurge pametno razmišljati o izpitu pred evropsko komisijo za licenco iz koloproktologije.

Zelo delovno, čeprav ne jubilejno, je bilo srečanje Mediteranskega združenja za koloproktologijo v Madridu. Srečanje je organiziral prof. Manuel Devesa. Predavanja so potekala v veliki predavalnici Univerzitetne bolnišnice Ramon y Cajal. Znameniti patohistolog, ki je najodmevnejše raziskave naredil na področju živčevja in očesne mrežnice, je tudi dobitnik Nobelove nagrade za fiziologijo in medicino. V bolnišnici, ki se imenuje po njem, so že v vhodni avli, pa tudi v veliki predavalnici povečane histološke slike živčevja. Na glavnem vhodu je postavljena velika kamnita glava znamenitega zdravnika. Na tokratnem srečanju je bilo opazno število romanskih udeležencev in presenetljivo tudi zdravnikov iz Argentine. Znano je, da Buenos Aires in Madrid zelo gojita strokovne vezi. Veliko mladih zdravnikov prihaja v Španijo na izpopolnjevanje, pogosto tudi na specializacijo. Takšne vezi pa seveda ostanejo tudi kasneje.

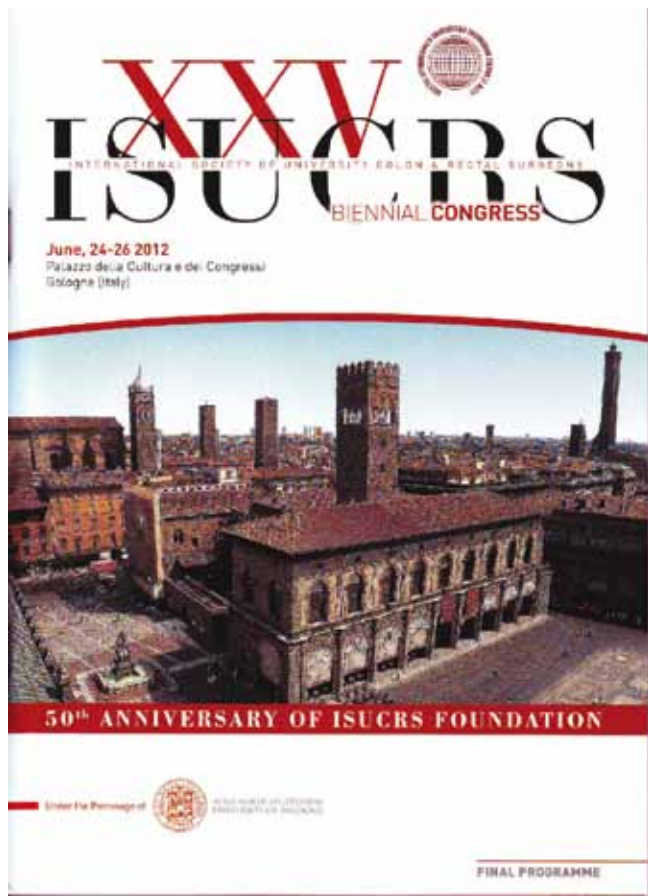
V programu je bila predstavitev operacij v živo s komentarjem v avditoriju, kjer smo videli laparoskopsko kolektomijo, minimalno invazivno transanalno resekcijo, lasersko operacijo fistulnega kanala in THD-operacijo hemoroidov. Žive debate so se razvile na okroglih mizah o zdravljenju kompleksnih analnih fistul, kirurškem in nekirurškem zdravljenju hemoroidov in inkontinenci. Tudi na tem srečanju je bila poudarjena problematika spuščenege medeničnega dna in patologija v zvezi s tem (rektokela, zaprtje, endoskopsko zdravljenje prolapsa – rektopeksija). Stalna tema je seveda zdravljenje kolorektalnega karcinoma, predstavitev različnih rezultatov in morebitnih izboljšav v tehniki.

Ob koncu kongresa je bila skupščina Mediteranskega združenja za koloproktologijo, kjer je bilo izvoljeno novo vodstvo in določen nov datum srečanja spomladi 2014 v Kairu. Ker je bodoča predsednica prof. Olfat El-Sibai doma v Kairu, bo to spet priložnost, da se srečamo z egiptovskimi kolegi, ki se v okviru fundacije prof. Shafika kljub kriznemu dogajanju v Egiptu redno vsakoletno srečujejo v njihovem združenju za patologijo medeničnega dna. Dve taki srečanja, ki sem se jih po navadi redno udeleževal kot vabljeni predavatelj, sta zaradi revolucionarnih dogodkov odpadli. Prav v času madridskega srečanja so bile v Kairu volitve, ki so končno določile novega predsednika republike, kar bo morda umirilo negotovo situacijo v državi. Prof. Devesa se je zelo potrudil kot gostitelj. Bili smo gostje na večerji, ki jo je pripravil v svojem golf klubu, ob koncu kongresa pa je bil prijazen vodnik po najbolj zanimivih delih starega Madrida.

Veseli me, da nisem bil edini udeleženec iz Slovenije. Kongresa se je udeležil tudi dr. Rauch iz Ljubljane. Precej številna je bila udeležba kolegov iz Bosne in Hercegovine, ki so se nad proktologijo navdušili pri nas, in lahko rečem, da so moji učenci. Zanimivo je, da so bili med udeleženci tudi zdravniki iz Srbije, ki so včlanjeni še iz časa, ko je bila Srbija v povezavi s Črno goro še mediteranska država.

V Bologni je Mednarodno združenje univerzitetnih kirurgov koloproktologov (ISUCRS) praznovalo svojo 50. obletnico. Kljub gospodarski krizi so se organizatorji zelo potrudili. Varčevanje se je poznalo pri količini razstavljalcev in njihovi velikodušnosti. Slišali smo celo, da so se nekateri odpovedali predstavitev na razstavi in so denar, namenjen zakupu razstavnega prostora, namenili za prizadete v potresu, ki samega mesta Bologne skoraj ni prizadel, je pa povzročil precejšnjo škodo v oddaljenosti 30 km od Bologne. Prav v dneh kongresa je bil na nogometnem stadionu dobrodelni koncert pevcev in ansamblov zabavne glasbe iz vse Italije. Izkupiček so namenili žrtvam potresa.

V svetovnem merilu lahko najdemo kongrese, ki pokrivajo posamezna geografska ali politična področja. Mednarodno združenje kirurgov učiteljev ISUCRS pa je edino, kjer se srečajo udeleženci iz vsega sveta. Že od nekdaj so imeli močno vlogo ameriški zdravniki, zelo zastopani pa so bili tudi brazilski in latinskoameriški kirurgi. Odkar se spominjam, so bili zelo zavzeti udeleženci Japonci, od zadnjega kongresa v Seulu naprej pa tudi Korejci. Zadnje čase so zelo opazni tudi kitajski zdravniki, ki se verjetno pogosteje udeležujejo tudi zaradi podpore njihove medicinske industrije, ki pričena izdelovati kopije ali izvirne rešitve pripomočkov za zdravljenje koloproktoloških obolenj. Zelo aktivni so tudi pri predstavitvah.



Kongresni center v okviru znamenitega sejma v Bologni je bil torej prizorišče tega babilona jezikov in narodov. Zaradi dobre organizacije so stvari tekle dokaj gladko. Že predkongresni tečaj anorektalnega ultrazvoka je bil dobro obiskan. Pokazal je, da je to ena od tehnik, ki bi jo moral zdravnik obvladati sam, saj je v bistvu v pomoč pri razjasnitvi nejasne situacije, v kateri se znajde. Predvsem je pomoč nenadomestljiva pri zdravljenju fistul, pa tudi pri do sedaj premalo upoštevani patologiji spuščene medeničnega dna. Zelo pomembna pa je tudi diagnostika nizko ležečih, zgodaj odkritih malignomov rektuma. Na začetku jubilejnega kongresa je velik vtis napravila predstavitev laparoskopskih in robotskih kolorektalnih posegov, ob katerih se je razvila živahna razprava, saj ob tehniki omogočata TME (totalno mezorektalno ekscizijo).

V kirurgiji kolorektalnega karcinoma se stalno dogajajo nove stvari, ki vključujejo nove tehnike in nove terapije (neadjuvantna kemoterapija, biološka zdravila).

Zdravljenje fekalne inkontinence je prav tako predmet intenzivnih prizadevanj za čim uspešnejše zdravljenje. Klasični sfinkteroplastiki v pomoč so še vedno umetni sfinktri, ki pa imajo relativno majhen odstotek zadovoljivih rezultatov. Večje uspehe obljublja SNS (*sacralnerve-stimulation*). Dobri rezultati pa so tudi pri vbrizgavanju različnih snovi v predel analnega kanala

(submukozno ali intersfinkterno). V ponudbi je tudi zdravljenje z radiofrekvenčnimi tokovi, ki povzročijo zabrazgotinjenje in sfinkjenje analnega obroča (*SECCA procedure*). Zanimiva možnost zdravljenja oslabele mišice zapiralke je tudi z matičnimi celicami, ki jih pridobijo iz bolnikovega maščobnega tkiva.

Tudi na tem kongresu je bila ena od okroglih miz posvečena analizi stanja na področju spuščene medeničnega dna. Najprej je seveda potrebno razčistiti, kako si pravilno prikazati obsežnost patologije (defekografija, ultrazvok medeničnega dna, endoanalni ultrazvok). V terapiji so predlagani različni posegi, ki včasih med seboj tudi tekmujejo (notranji Delorme, STARR in TRANSTARR, laparoskopska rektepeksija). Zanimiva je bila analiza spreminjanja teh težav po bariatrični kirurgiji, saj se številne izmed njih po uravnavanju teže pričnejo zmanjševati.

Radikalna terapija ulceroznega kolitisa potegne kasneje za seboj patologijo medeničnega rezervoarja. Tu se je potrebno spopadati z vnetjem, displazijo, fistulacijami. Ena od pomoči pri tem je tudi biološko zdravljenje. Biološko zdravljenje ima veliko vlogo tudi pri zdravljenju Crohnove bolezni, kjer je bila obsežna razprava o konservativnem zdravljenju in vlogi kirurgije (laparoskopski posegi). Posebno tesno sodelovanje med kirurgi in gastroenterologi zahtevajo perianalni zapleti in zdravljenje fistul.

Zdravljenje hemoroidov je klasična tema na vseh kongresih. Pristop je odvisen od izkušenosti kirurga in opremljenosti ustanove. Še vedno je zlati standard klasična operacija. Na razpolago so tudi operacije z laserjem, mehanskim spenjalnikom, THD-pripomočkom ali harmoničnim skalpelom. Nekaj zanimivosti je tudi pri zdravljenju fistul, posebej zapletenih, kjer se pojavljajo tudi tehnike zapiranja fistul z biološkimi čepi, laserskim požiganjem fistulnega kanala ali celo revizija fistule s fistuloskopom.

Poleg uglednih predavateljev z veliko izkušnjami so lahko tudi ostali udeleženci predstavili rezultate svojega dela v manjših skupinah oziroma s posterji.

Družabni del je bil zaradi recesije bolj skromen, vendar kljub temu prijazen. Pomembno je predvsem druženje in neformalna izmenjava izkušenj.

Letos nas čaka še jesensko srečanje ESCP (European Society of Coloproctology) na Dunaju.

Mednarodnih srečanj se skušam udeleževati zaradi novih znanj, preverjanja svojega mesta v koloproktologiji in kolegialnega druženja. Istočasno pa sem v ta združenja aktivno vključen, kar pomeni, da lahko rečemo, da Slovenija aktivno sodeluje tudi v svetovnih dogajanjih.

Želim si, da bi se zanimanje za koloproktologijo opazilo tudi v Sloveniji in bi moje sodelovanje v teh organizacijah počasi prevzemali mlajši kolegi.

E-naslov: pavle.kosorok@guest.arnes.si

5. slovenski simpozij Okužba z virusom hepatitisa C pri uživalcih drog

Satelitski simpozij v okviru Correlation conference, Ljubljana, 12.–14. december 2011

Jasna Čuk Rupnik

Mreža Correlation zajema evropske organizacije, ki zagotavljajo socialno vključenost in zdravje. Mednarodno konferenco s 170 udeleženci iz vseh evropskih držav, ZDA in Kanade je ta mreža organizirala v Ljubljani v Grand hotelu Union z naslovom: *Izstop iz obroja – spreminjanje realnosti in oblikovanje sprememb*. Glavne vsebine so zajemale: politiko do drog, prostitucijo in zmanjševanje škode, hepatitis C ter HIV/AIDS, praktične izkušnje ter izmenjavo mnenj in vključevanje uporabnikov. Ob tej konferenci pa je prof. Mojca Matičič, soorganizatorica konference Correlation, v organizaciji Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja UKC Ljubljana ter Koordinacije centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog pripravila še zgoraj navedeni slovenski simpozij.

Na kratko nekaj besed o teh zanimivih vsebinah. Po poročanju psihiatra **Andreja Kastelica** iz Centra za preprečevanje in zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog (CZOPD) pri Psihiatrični kliniki v Ljubljani ima od 70 do 80 odstotkov oseb z boleznijo odvisnosti od prepovedanih drog tudi pridruženo duševno motnjo. Ker so stranski učinki zdravljenja hepatitisa C z interferonom in ribavirinom na duševno zdravje pacienta zelo pogosti, je v Sloveniji dogovor, da vsakega pacienta pregleda že

pred uvedbo zdravil tudi psihiater z znanjem zdravljenja odvisnosti od drog in ga potem tudi spremlja skozi celotno obdobje zdravljenja. Zato bi moralo ob vzporednem zdravljenju hepatitisa C potekati t.i. **integrativno zdravljenje**. Stabilizirati je potrebno vsaj dve motnji, preden zdravimo tretjo. Potrebna je intenzivna ambulantna obravnava, po potrebi pa tudi bolnišnično zdravljenje ali dnevna bolnišnica v okviru CZOPD za bolnike s komorbidnimi motnjami. **Primer uspešnega modela obravnave pacientov s hepatitisom C**, ki bi preprečeval diskriminacijo, bi zajemal: 1. Uporabo celostnega pristopa z upoštevanjem številnih potreb človeka kot osebe, ne le kot pacienta s hepatitisom C, 2. Neobsojajoč in spoštljiv pristop k potrebam pacienta, k njegovemu soodločanju pri zdravljenju in življenjskem slogu, 3. Informiranje in svetovanje o vseh medicinskih in drugih pristopih glede obravnave vseh pacientovih težav, 4. Opremljanje pacientov z zadostnimi informacijami za njihovo odločitev glede na njihov življenjski slog, poklicno in socialno mrežo, osebne potrebe in želje, ter 5. Korekten odnos in medsebojno zaupanje.

Prof. Mojca Matičič je predstavila nove učinkovine za zdravljenje hepatitisa C in obstoječe stanje okuženih oseb z boleznijo odvisnosti od prepovedanih drog v Sloveniji. V Evropi je 9 milijonov okuženih ljudi. Incidenca žal strmo narašča, saj se jih vsako leto na novo okuži od 27.000 do 29.000, starost okuženih pa se niža. Močno narašča tudi smrtnost, saj v Evropi vsako leto za HCV umre 86.000 ljudi. Najpogostejša pot okužbe je intravensko uživanje drog, prenos pa nastopa lahko tudi med medicinskimi in kirurškimi postopki, pri katerih je ob incidentu možna serokonverzija v skoraj 1 odstotku. Pot prenosa omogočajo še tetovaža, piercing in akupunktura, možen pa je tudi prenos med promiskuitetnimi odnosi MSM. Možen je tudi perinatalni prenos, za dojenje pa pri okuženih materah **ni** kontraindikacij. Brez zdravljenja lahko do 40 odstotkov zbolelih razvije jetrno cirozo, od 1 do 5



Ena od okroglih miz (foto prof. Mojca Matičič).

odstotkov zbolelih letno pa tudi jetrnega raka. V Sloveniji ima prisotne serološke označevalce okužbe s HCV 30 odstotkov oseb, vodenih v programih nadomestnega zdravljenja z opiodi. Le 16 odstotkov pa je aktualno okuženih, kar je drugi najnižji delež med državami EU. Večji del teh oseb je okuženih z genotipom HCV 3, ki se zelo ugodno odzove na zdravljenje s pegiliranim interferonom alfa in ribavirinom. O ozdravitvi je govora ob dejstvu, da šest mesecev po končanem zdravljenju v krvi ni več zaznati virusnega bremena HCV RNK.

V Sloveniji smo že leta 2007 eni prvih v Evropi izdelali smernice interdisciplinarne obravnave hepatitisa C pri odvisnih od prepovedanih drog. Glede na najnovejše podatke, predstavljene tudi evropski javnosti na konferenci Correlation, je bilo v letih od 2008 do 2010 v Sloveniji zdravljenih za hepatitis C 88 oseb, odvisnih od prepovedanih drog. Večinoma so bili okuženi z genotipom HCV 3. Uspeh zdravljenja je bil zavidljiv, saj se je pozdravilo kar 91 odstotkov okuženih z genotipom 3 in 80 odstotkov okuženih z genotipom 1. To so do sedaj najvišji deleži ozdravljenih, zabeleženi v literaturi pri tej populaciji bolnikov. Ob tem je pomemben še podatek, da je le 6 odstotkov bolnikov predčasno prekinilo zdravljenje zaradi slabe predanosti zdravljenju (slabe adherence), kar je tudi najnižji delež, zabeležen v Evropi.

Ti podatki potrjujejo, da je multidisciplinarni pristop k obravnavi hepatitisa C pri osebah z boleznijo odvisnosti od prepovedanih drog danes vsekakor najučinkovitejši način obvladovanja te okužbe. Slovenski pristop tovrstne obravnave že služi kot model nekaterim drugim evropskim državam in predstavlja eno od izhodišč EMCDDA (urad EU za nadzor nad odvisnostjo od drog) za izdelavo smernic zdravljenja odvisnikov s hepatitisom C v državah Evropske unije. Te smernice naj bi začele leta 2013. V najsodobnejšem pristopu zdravljenja hepatitisa C genotipa 1, ki bo na voljo leta 2012, sta v obstoječo kombinacijo zdravil vključena še proteazna inhibitorja telaprevir in boceprevir. Raziskave so pokazale, da se bo delež ozdravljenih z njuno

uporabo povzpел še za 25 odstotkov. S tem se ne bo le zmanjšalo število kroničnih jetrnih bolnikov in smrti zaradi jetrnega obolenja, ki jih s pravočasnim ukrepanjem lahko preprečimo, ampak se bo tudi zmanjšal krog prenosa virusa. Žato je izjemnega pomena čimprejnjše odkritje okužbe in ustrezna obravnava vsakega okuženega pri specialistu, večinoma infektologu.

Prof. Janez Tomažič se je ukvarjal z vprašanji HIV/AIDS-a v Sloveniji. Vse od leta 2001 pri nas nimamo novookuženega intravenoznega uživalca drog, ob tem pa število novookuženih oseb vsako leto narašča predvsem med MSM. Žal izredno narašča število poznih diagnoz okužbe. Še vedno pa se v Sloveniji izrazito premalo oseb testira na tovrstno okužbo. V naslednjih 10 letih je cilj medicine ozdraviti okužbo. Odgovor na vprašanje: »Kdo, kdaj in kje naj se odloči, da bolniku predlaga zaupno testiranje na okužbo s HIV?« se je glasil: »Katerikoli zdravnik«. Pomembno je, da zdravnik, ki se odloči testirati bolnika, pozna test, ki ga bo uporabil, in pozna »obdobje okna«. Nikoli pa ne sme sporočati izvidov le na podlagi presejalnih testov, temveč mora **počakati na potrditveni test**. Danes je imperativ medicine: Testiraj in zdravi! In zakaj je dobro vedeti, da si okužen s HIV? V osebnem pomenu je zgodnejše zdravljenje povezano z daljšo pričakovano življenjsko dobo, v epidemiološkem pomenu pa osebe, ki vedo za okužbo, zaradi osveščenosti manj širijo virus. Osebe, ki prejemajo sodobno terapijo HAART, ki je že vseskozi na voljo tudi v Sloveniji, so manj kužne. Z vsem tem se prenos HIV zmanjša za dobrih 90 odstotkov.

Kot pomembno pa naj še dodam, da je na plenarnem delu konference Correlation in na okrogli mizi odlično nastopila tudi uspešno zdravljen slovenska pacientka s hepatitisom C – danes neutrudna aktivistka, gospodična **Eli Zamernik**. Osveščena (nekdanja) bolnica, ki je lahko s svojim znanjem in s človeško toplino drugim bolnikom v izjemno pomoč in spodbudo za uspešno zdravljenje.

E-naslov: cukovi@gmail.com

Vojaki so proti meflokinu – kakšna pa je vloga potovalne medicine v sodobnem svetu?

Zoran Simonović, Alenka Trop Skaza

V Dublinu je od 6. do 8. junija potekala 4. Severnoevropska konferenca potovalne medicine (NECTM4). Konferenco so spremljale demonstracije irskih vojakov, pripadnikov mirovnih misij na malaričnih področjih, ki so posredno opozarjali na pogost neželen učinek antimalaria meflokina – nevropsihične težave različne intenzivnosti.

Obstaja dvom, ali s(m)o potniki soočeni s psihičnimi in fiziološkimi izzivi na (po)potovanjih. Vsaka virtualna destinacija je

realno dosegljiva v 36 urah. Takšna je v povprečju inkubacijska doba najpogostejših nalezljivih bolezni, ki so jim izpostavljeni potniki. Sicer največ ljudi na potovanjih umre zaradi poškodb in nesreč v prometu. Ocenjujejo, da zaradi poškodb v prometnih nezgodah umre od 18.000 do 36.000 potnikov letno, v strokovni literaturi s področja potovalne medicine pa je nezgodam posvečena v povprečju ena stran, npr. malariji, zaradi katere umre bistveno manj potnikov, pa mnogo več.

Visoko do zmerno tveganje za malarijo, ki zahteva antimalarično zaščito s tabletami, ostaja predvsem pri potnikih v podsaharsko Afriko, na nekatere pacifiške otoke (Papua Nova Gvineja, Vanuatu, Salomonovi otoki) ter amazonsko območje Brazilije. Pri klasičnih turističnih potovanjih v Azijo večina strokovnjakov priporoča preventivno jemanje antimalarikov le še ob obisku nekaterih predelov Mjanmara, Laosa, Kambodže in Indonezije. Seveda je pri odločanju o antimalarični zaščiti potrebna individualna obravnava potnika ter poznavanje njegovega zdravstvenega stanja ter pravilna izbira antimalarika zaradi vse bolj odpornih plazmodijev na eni strani in kontraindikacij na drugi strani. Pri predpisovanju antimalarikov je pomembno poznavanje razmer na potovalnih destinacijah, trajanja in vrste potovanja. Smrtnost zaradi falciparum malarije je od 0,6- do 3,5-odstotna, pri starejših pa preko 20-odstotna kljub zdravljenju v enotah intenzivne terapije. Pri akutnem distres sindromu kot zapletu malarije je smrtnost preko 80-odstotna. V poročilih o smrti zaradi malarije pri evropskih in ameriških potnikih je zapisano, da potniki niso jemali ustreznega antimalarika oziroma antimalarika sploh niso jemali. V svetovnem merilu ostaja malarija še vedno velik javnozdravstveni problem; letno za malarijo zbolijo 250 milijonov ljudi, milijon jih vsako leto umre, cepivo pa se pričakuje šele po letu 2015.

Svetovna zdravstvena organizacija in ameriški center za nalezljive bolezni (CDC) sta redefinirala endemska območja za rumeno mrzlico. Tveganje za okužbo z rumeno mrzlico je odvisno od pojavljanja primerov bolezni pri ljudeh in primatih, za rumeno mrzlico pa umre več kot 50 odstotkov bolnikov. Ocenjeno tveganje za potnike, ki potujejo na območja z visoko aktivnostjo kroženja virusa, je okoli 730 na 100.000 za endemska območja Afrike in od 3 do 18 na 100.000 za endemska območja v Južni Ameriki. Pred rumeno mrzlico se zaščitimo s cepljenjem z živim atenuiranim cepivom. En odmerek cepiva daje 10-letno zaščito. Neželeni učinki po cepljenju se pojavljajo v različnih intenzivnostih in incidencah, pri starejših od 60 let so pogostejši. Kljub temu je tveganje za rumeno mrzlico na endemskih območjih bistveno večje kot tveganje za viscerotropno bolezen po cepljenju (YEL-AVD). V obdobju od 1996 do 2006 je bilo v svetu prijavljenih 38 primerov YEL-AVD, cepljenih pa je bilo preko 100 milijonov oseb. Viscerotropna bolezen se pojavi kot zaplet samo ob prvem cepljenju. Strokovne napake pri odločitvi za cepljenje imajo lahko usodne posledice. Dokumentirani so primeri encefalitisa pri novorojenčkih, starih manj kot en mesec, ki so zboleli zato, ker so bile njihove doječe matere cepljene proti rumeni mrzlici.

Zaradi globalnega segrevanja se spreminja pojavljanje vektorskih bolezni v Evropi. V porastu so bolezni, ki jih povezuje mo s klopi, zabeleženi so avtohtoni primeri okužb z virusom zahodnega Nila v Grčiji, denge v Franciji, chikungunye v Italiji, malarije v Španiji in Grčiji.

Posebnosti letošnje konference so bile obravnave posameznih tem v manjših interaktivnih skupinah udeležencev. Potuje vse več kroničnih bolnikov in skupin potnikov, ki zahtevajo

specifično obravnavo (nosečnice, doječe matere, otroci, imunsko oslabei, humanitarni delavci, vojaško osebje, dolgotrajni potniki, športniki, pustolovski potniki...). Priložnostni neplačljiv seks brez kondoma na potovanju je praksa.

Poleg tveganj, ki so jim potniki izpostavljeni na različnih geografskih področjih, je pred potovanjem potrebno preveriti zaščito pred ošpicami, otroško paralizo, tetanusom...

Potovalna medicina je multidisciplinarna veda, ki zahteva stalno učenje in pridobivanje novih znanj. Spreminja se epidemiologija zdravstvenih tveganj, pojavljajo se različni preventivni pristopi in nova cepiva, ki se uporabljajo v strategiji ohranjanja zdravja.

Za optimalno soočanje s tveganji na potovanju je ključnega pomena temeljita priprava in zaščita, saj le zdrav (po)potnik lahko ponovno potuje po svetu. Svet je globalna vas.

In namesto zaključka verzi Rudaya Kiplinga:

»All good people agree and all good people say,
People like us are *we*, and everyone else is *they*,
But if you cross over the ocean, instead of over the way,
You may (think of it!)
Looking at *we* as only a sort of *they*.«

E-naslov avtorice Alenke Trop Skaza: alenka.skaza@zzv-ce.si



Udeleženci konference (z leve proti desni): dr. Dražen Stojanović, asist. Zoran Simonović, Ondina Jordan, Boris Kopilović, prim. dr. Alenka Trop Skaza, prim. mag. Karl Turk, Alenka Melinka.

V spomin prof. dr. Slavku Zihlerlu (1945–2012)

Gorazd V. Mrevlje

Prof. dr. Slavko Zihlerl, dr. med., specialist psihiatrije, višji svetnik, je umrl na dan, ko je bil rojen prof. dr. Jože Lokar, njegov prvi učitelj in mentor. Slavko je pogosto govoril, še po tudi prezgodnji in nenadni smrti prof. Lokarja, da mu je bil učitelj in mentor, tako kot vsem nam in takratni generaciji mladih psihiatrov, ki smo skupaj s Slavcem vstopali v stroko.

Umril je dan potem, ko sem na »Lokarjevih dnevih« (redne letne strokovne konference psihiatrov in pravnikov v zvezi s psihiatričnim izvedenstvom in sodno psihiatrijo) na njegovo prošnjo prebral najbrž zadnje pisanje oz. referat v njegovem izredno bogatem opusu in življenju. To besedilo hranim in ga bomo ob ustrezni priložnosti objavili njemu v spomin.

Prof. Zihlerl je torej vstopil v slovensko psihiatrijo pred 40 leti in leta 1976 opravil specialistični izpit. Takrat je specialistični izpit združeval preizkus znanja iz nevrologije in psihiatrije, zato je Slavko večkrat rad rekel, da je bil eden zadnjih nevropsihiatrov v Sloveniji.

Njegovo strokovno delo in zanimanje pa je bilo od samega začetka usmerjeno v psihiatrijo, in to predvsem v njen psihodinamski del. V ta del psihiatrične stroke ga je najbrž dokončno usmerilo dejstvo oziroma možnost, da je še v času specializacije leta 1974 več mesecev preživel v Veliki Britaniji na strokovnem izpopolnjevanju. Takrat se je podrobno seznanil s psihoterapijo, ki je ostajala pomemben del njegovega kliničnega dela in tudi strokovnega zanimanja. Od takrat dalje je imel psihoterapijo rad, dopolnjeval znanje na tem področju, postal izjemen strokovnjak in učitelj psihoterapije, pri tem pa se je vedno imel predvsem za psihodinamsko usmerjenega psihiatra, ki je pri svojem delu uporabljal največ metode vedenjsko-kognitivne terapije.

Ne spominjam se povsem dobro, v kateri enoti takrat še nastajajočega Centra za mentalno zdravje Psihiatrične klinike v Ljubljani se je Zihlerl videl, toda leta 1978 je prevzel vodstvo Oddelka za zdravljenje odvisnosti od alkohola na Škofljici. To mesto je prevzel v zelo neugodnem obdobju te ustanove, se pravi v času neprijetnih dogodkov v zvezi s suspensom dr. Ruglja, ki je do takrat vodil to enoto. Vem, da mu ni bilo lahko, se pa ne spominjam, da bi se glede tega kdaj pritoževal in je situacijo razrešil na njemu lasten način. V času dela na Škofljici je namreč napisal še danes zelo uporabno knjigo o prepoznavi in zdravljenju odvisnosti od alkohola in postal vodilni alkohololog tistega obdobja v Sloveniji.

Vsi, ki smo ga dobro poznali in z njim prijateljevali, smo vedeli za njegov nemirni duh in stalno prisotno strokovno radovednost. Pri njem nikoli ni šlo za to, da bi želel zapustiti slovensko psihiatrijo zaradi nezadovoljstva, ampak so bila njegova razmišljanja o odhodu v tujino motivirana s potrebo po razširitvi znanja, katerega je potem prinašal nazaj v Slovenijo.

Po najinem skupnem »sanjarjenju«, da bi psihiatrično pot nadaljeval na Novi Zelandiji, je po propadlem poizkusu realizacije te ideje šel Slavko v letih 1992 in 1993 na Nizozemsko. Tam je opravil specialistični psihiatrični izpit v skladu z njihovimi zahtevami, se naučil njihovega jezika in postal član Nizozemskega kraljevega zdravniškega društva. Ko smo že vsi mislili, da bo tam ostal z družino, pa se je vrnil in leta 1995 postal predstojnik Centra za klinično psihiatrijo Ljubljana Polje, leta 1997 pa prvič za krajši čas



direktor Psihiatrične klinike. Funkcijo direktorja je opravljal še v obdobju od 2004 do 2008.

Leta 2003 je prejel najvišje strokovno priznanje »višji svetnik«. Predstavljal je Slovenijo v evropskem združenju zdravnikov specialistov UEMS, od leta 1995 dalje, v zadnjem mandatu pa bil tudi podpredsednik sekcije v Evropskem odboru za psihiatrijo.

Pregled odgovornih strokovnih funkcij in članstev v različnih združenjih pravzaprav najbolje pokaže, kako se je prof. Ziherl razvijal in uveljavljal kot psihiater in kako je okolica te njegove sposobnosti vse bolj prepoznavala in cenila. Tako je deloval v Zdravstvenem svetu od 1997 do 2002, bil član odbora za medicinska vprašanja pri Zdravniški zbornici Slovenije, nacionalni koordinator za specializacijo iz psihiatrije, član in bivši predsednik Razširjenega strokovnega kolegija za psihiatrijo ter dvakratni predsednik Združenja psihiatrov Slovenskega zdravniškega društva.

Skladno s strokovno-organizacijskim razvojem je bil prof. Ziherl pomembno udeležen na pedagoškem področju. S pedagoškim delom na Medicinski fakulteti v Ljubljani je pričel leta 1986, si kasneje pridobil naziv docenta in nato izrednega profesorja ter pred smrtjo opravljal funkcijo predstojnika katedre. Vodil je podiplomski študij psihoterapije, bil na Pravni fakulteti nosilec predmeta Sodna psihopatologija in v zadnjem letu pomagal organizirati modul Forenzična psihiatrija,

namenjen specializantom psihiatrije in bodočim psihiatričnim izvedencem.

Marsikoga od nas prijateljev in bližnjih kolegov je morebiti presenetila Ziherlova odločitev, da vstopi v politiko. Zakaj in kako je to storil in se za to odločil, je sam večkrat povedal v javnosti. Šele po njegovi smrti, ko sem poslušal njegove politične sopotnike, mi je postalo jasno, da so Slavca bolj kot politika cenili, imeli radi in ga potrebovali kot človeka, ki je v ta zapleten in nepriljubljen segment našega življenja vnesel novo, predvsem pa bolj človeško dimenzijo razmišljanja.

Pričujoče pisanje ne bi preneslo osebnih pogledov in spomina na Slavka Ziherla ter opisov vsega tistega, zaradi česar ga pogrešamo in nam vse pogosteje manjka kot strokovnjak, kolega in prijatelj. Zato naj za zaključek tega pisanja spominov in v slovo prof. dr. Slavku Ziherlu citiram del poročila prof. Williama Brougha ob zaključku njegovega izobraževanja v Veliki Britaniji. Takole je zapisal: »Dr. Slavko Ziherl je dobro izkoristil možnosti, ki mu jih je nudila naša institucija, delal je trdno in vzorno, osebno se je potrudil ob vsakem primeru, bil je vljuden in pravičen. Do osebja in pacientov je bil zelo obziren, v nas ni vzbujal nikakršnega dvoma ali zaskrbljenosti in prav nikogar ne poznam, ki ga ne bi imel posebej rad, kot človeka ali psihiatra. Upamo, da je od izobraževanja odnesel toliko, kot smo mi z njegovo prisotnostjo.«

E-naslov: gorazd-vojteh.mrevlje@guest.arnes.si



Um, telo, duh

Judy Hall et al. MK Založba, Ljubljana, 2012

Ilustrirana enciklopedija, ki temelji na celostnem pristopu, omogoča celostni vpogled v vse tri ravni človekove osebnosti: telesno (fizično), duhovno (spiritualno) in duševno. Za pravo blagostanje, ki je simbol zdravja, mladostnosti in vitalnosti, je potrebno doseči (vzpostaviti) in ohranjati (vzdrževati) dinamično ravnovesje med vsemi tremi ravnmi. Potrebna je nemotena povezava in sodelovanje telesa, srca, duše, uma in duha.

Prva holistična enciklopedija in pregledni vodnik na poti iskanja »celosti, enovitosti in celovitosti« – holističnosti. Celost/celovitost oziroma holističnost vzbujata občutek, da smo del nečesa, kar nam daje oporo in moč ter nas obenem presega, nam omogoča občutek pripadnosti in povezanosti – enosti s svetom in vesoljem, ki nas obdaja. Ilustrirana enciklopedija **Um, telo, duh** je nastala pod vplivom prepričanja in zavedanja, kako pomembno je za človeka, da je njegovo življenje uravnoteženo.

Sodobna ilustrirana holistična enciklopedija je dovolj podrobna in dokaj obsežna – na več kot 300 straneh prinaša vpogled v znanje, modrost in izkušnje, povezane s človekom, njegovim delovanjem, mišljenjem, čutenjem, ravnanjem in vsem, kar je povezano z dogajanjem v telesu, umu in duhu. Obsežno sodobno delo, namenjeno zdravnikom, bolnikom in zdravim posameznikom, predstavlja zakladnico človekovih dognanj s področij psihologije, zdravja telesa (medicine) in energijskih terapij ter različnih duhovnih izročil. Razdeljena je na tri osnovne dele, ki se med seboj organsko prepletajo in tesno povezujejo ter tako tvorijo skladno, urejeno celoto. Enciklopedija izpod peresa Judy Hall in njenih sodelavcev, priznanih strokovnjakov, je knjiga, ki človeka vodi na potovanju skozi človekovo osebnost in mu ponuja ključne podatke in informacije – oporne točke, usmeritve in oznake, ki bralca vodijo do zanimivih spoznanj, miru in modrosti.

Srce je mogoče pojmovati kot svojevrstno povezavo, most med fizičnim in energijskim svetom, zato je človeku potrebno pomagati, da se nauči poslušati svoje srce, pride v stik s svojim notranjim jazom, in mu omogočiti, da se odpre za ljubezen in dobroto. Kategoriji, ki ju bolniki pogosto zaman iščejo in pričakujejo od zdravnika in njegovih najožjih sodelavcev, s katerimi se srečujejo, ko so v težavah in stiski. Duh in duša se sicer ne manifestirata na fizični ravni, kot srce, a kljub temu igra pomembno vlogo v našem življenju.

Srce ima podobno vlogo kot duša, poleg tega pa se nahaja na fizični ravni in vse pomembne informacije posreduje našemu fizičnemu telesu, ki jih potrebuje za krepitev in zdravljenje, pa tudi za akcijo – ko je treba nekaj narediti, se premakniti (motorika). Hkrati pa vzdržuje stik z dušo ter je posrednik med dušo in fizičnim telesom. Posreduje tudi informacije fizičnega telesa duši in obratno. V našem telesu imajo vrline in kreposti, po Aristotelu »arete«, svoje domovanje v srcu. Srce pa je tudi izvorno domovanje oziroma tempelj človekovega uma. Kar se

potrdi in odrazi vsakokrat, ko se zaljubimo oziroma ko želimo izraziti svojo dobrohotno naravo, ki ga spodbuja, da je prijazen, sočuten in razumevajoč, da pomaga drugim in jim služi – vse to počne oziroma naj bi počel dober in plemenit zdravnik. Um je tisti, ki nato spodbuja in poganja človekovo fizično telo v akcijo. Poskrbi, da se odločimo, izoblikujemo načrt, zavijamo rokave in se premaknemo z mrtve točke – naredimo in uredimo vse, kar je potrebno, da človek zadovolji vse svoje potrebe, želje in ambicije. Duh pa je tisti, ki izžareva človekovo notranjost in človeka kot celoto predstavlja svetu – odraža to, kar smo.

Človek je edino živo bitje na Zemlji, ki ima telo, um in duha – ključna vloga slednjega je povezana z možnostjo duhovnega samorazvoja, rasti in napredka.

Prepletenost in povezanost telesa, uma in duha se na prvi pogled morda zdi zapletena, a je v bistvu zelo preprosta in razumljiva. O tem priča tudi starodavna ajurvedska medicina. Ajurveda predstavlja sistem tradicionalne medicine, ki izvira iz Indije in se danes prakticira tudi na visokorazviti zahodni polobli. Uveljavlja se kot oblika komplementarne in alternativne medicine oziroma tradicionalnega zdravilstva. Izraz Ayurveda je v sanskrtu sestavljen iz besede »āyus«, kar pomeni »življenje«, in »veda«, kar označuje »znanje« ali »znanost«. Ajurveda oziroma znanje o življenju pokriva štiri temeljne vidike človeka: telo, dušo, um in čustva. Kar v ji v praksi omogoča, da človeka obravnava celostno (holistično), ga uči, kako delovati in živeti v harmoniji z naravo, ter mu pomaga živeti zdravo. Obravnava in pokriva vse ravni zdravja, saj spodbuja telesno, umsko, čustveno in duhovno blagostanje ter skrbi za človekovo fizično, psihično in socialno blagostanje. Preučuje, upošteva in uči, kako posameznikove misli, besede in dejanja, prehrana in način življenja vplivajo na njegovo fizično, psihično, psihofizično in psihosocialno stanje.

Čprav so se strokovnjaki pri ustvarjanju pričujoče enciklopedije trudili in poskusili opisati oziroma predstaviti telo, um in duha ločeno, so naštetih elementi pri človeku med seboj tesno in dinamično povezani, tako zelo prepleteni in povezani, da jih v konkretnem življenju ni potrebno oziroma smiselno ločevati. Tako na primer taoisti dejansko ne ločujejo telesa, uma in duha, marveč jih štejejo za eno samo, kompleksno energijo, ki se pojavlja in izraža v različnih oblikah, na različnih ravneh in stanjih.

Knjiga, kot prava zakladnica znanja, izkušenj, spoznanj in dognanj, predstavlja dragocen priročnik tako za laike kot tudi strokovnjake, z zdravniki na čelu, saj si bolniki in uporabniki na pragu 21. stoletja želijo predvsem visokostrokovne in dobrohotne, celostne obravnave, tako v preventivi kot tudi v kurativi in rehabilitaciji.

Nina Mazi

ENOTNA PRIJAVNICA ZA UDELEŽBO NA ZDRAVNIŠKIH SREČANJIH, OBJAVLJENIH V IZIDI

(velja tudi fotokopirana prijavnica)

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

srečanje _____

ime in priimek udeleženca _____

naslov stalnega bivališča _____

Izjava – davčni zavezanec (obkroži)

da ne

davčna številka: _____

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

Plačnik udeležbe – kotizacije _____

Naziv plačnika _____

Točen naslov sedeža plačnika _____

Telefon _____

Faks _____

E-pošta _____

Kontaktna oseba _____

Izjava – davčni zavezanec (obkroži)

da ne

davčna številka _____

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

Kraj rojstva _____

Datum rojstva _____

Naziv delovne organizacije _____

Delovno mesto _____

Želim sodelovati:

kot predavatelj (predavanje, poster, drugo)

kot udeleženec

na praktične usposabljanju

Prosim informacije o možnostih nočitve

da

ne

Kotizacijo za srečanje bom poravnal(a)

s položnico

ob prijavi

Datum _____

Podpis _____

1. • 6. KIMOVČEV MEDICINSKI TEK

kraj: UDEN BORŠT, KOKRICA PRI KRANJU	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: na spletni strani W: http://www.agp-pro.si/duatlon_brdo/	k. točke: ***
vsebina: promocija zdravega načina življenja	organizator: TK Triglav in Medicus	prijave, informacije: Milivoj Veličkovič Perat, E: mvelic4@guest.arnes.si	

5.–8. • 1. VESLOVANSKI KONGRES OTROŠKIH NEUROLOGOV

kraj: BLEED	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: na spletni strani	k. točke: ***
vsebina: teme otroške neurologije	organizator: Milivoj Veličkovič Perat	prijave, informacije: Milivoj Veličkovič Perat, E: mvelic4@guest.arnes.si , W: http://www.panslavic-childneuro.eu/	

6. • GOLNIŠKI SIMPOZIJ 2012: KLINIČNA FARMACIJA. ZDRAVLJENJE BOLNIKOV Z ASTMO ALI KOPB Z ZDRAVILI

kraj: GOLNIK, Vurnikova predavalnica	št. udeležencev: 60, upošteva se vrstni red plačanih kotizacij	kotizacija: 50 EUR + DDV	k. točke: ***
vsebina: delavnica je namenjena farmacevtom, družinskim zdravnikom, zdravnikom pneumologom, internistom, specializantom	organizator: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Janez Toni, mag. farm.	prijave, informacije: prijave: spletna prijavnica: www.klinika-golnik.si , informacije: T: 04 256 94 93, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	

7.–8. ob 9.00 • TEČAJ ULTRAZVOKA MIŠIČNO-SKELETNEGA SISTEMA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, URI Soča, predavalnica v IV. nadstropju	št. udeležencev: 24	kotizacija: 550 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: tečaj je namenjen specialistom in specializantom radiologije, fizikalne in rehabilitacijske medicine, revmatologije, ortopedske kirurgije, travmatologije in nevrologije, ki obvladajo osnove UZ-diagnostike in ultrazvok že uporabljajo pri vsakdanjem delu	organizator: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča in Združenje za radiologijo pri Slovenskem zdravniškem društvu, asist. dr. Vladka Salapura, dr. med., in asist. dr. Primož Novak, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: vesna.grabljevec@ir-rs.si , informacije: Vesna Grabljevec, URI Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, Primož Novak, Vladka Salapura, Vesna Grabljevec, T: 01 475 82 43, F: 01 437 20 70, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si	

11. ob 9.00 • KOMUNIKACIJA IN RAZUMEVANJE DRUGAČNOSTI (seminar) podroben program na spletni strani zbornice: W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: predavanje: 120 EUR (DDV je vključen), za upokojene zdravnike 25 % popust, kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104	k. točke: 5,5
vsebina: Seminar je namenjen zdravnikom in zobozdravnikom, ki želijo osvojiti veščine komuniciranja, ter v nadaljevanju v obliki treh delavnic nudi tudi trening tehnik in samih načinov komuniciranja.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191	

12. ob 9.00 • VERBALNA IN NEVERBALNA KOMUNIKACIJA podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), za upokojene zdravnike 25 % popust, kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104	k. točke: 6
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci delavnice bodo vadili osnove komunikacije: jasno izražanje in tehnike aktivnega poslušanja ter razumevanja sporočil.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191	

13. ob 9.00 • UČINKOVITO REŠEVANJE KONFLIKTOV podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), za upokojene zdravnike 25 % popust, kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104	k. točke: 6
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci delavnice se bodo naučili in vadili, kako uspešno razreševati konfliktno situacije.		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191

14. ob 9.00 • KRONIČNA NERAKAVA BOLEČINA V VRATU podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 80 EUR brez DDV	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena zdravnikom različnih strok in njihovim sodelavcem, ki pri vsakdanjem delu srečujejo bolnike s kronično nerakavo bolečino v vratu. Običajno jo sproži nociceptivno draženje, ki se pogosto prepleta z nevropatsko bolečino. Zgoščeno bomo predstavili sodobne pristope algologov, zdravnikov družinske medicine, fiziatrov, imunologov, kirurgov, nevrologov, psihiatrov, psihologov, radiologov in revmatologov pri lajšanju težav teh bolnikov.		organizator: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, mag. Duša Marn Vukadinović, dr. med., asist. Helena Jamnik, dr. med.	prijave, informacije: Vesna Grabljevec, Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, T: 01 475 82 43, F: 01 437 20 70, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si

14.–15. ob 11.00 • 5. ZADRAVČEVI DNEVI: POLIFARMACIJA IN DOPOLNILNE METODE ZDRAVLJENJA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MORAVSKE TOPLICE, Hotel Ajda – Sava Hotels & Resorts, Kranjčeva ulica 12	št. udeležencev: 60	kotizacija: 120 EUR, kotizacije ni za specializante, študente in upokojene zdravnike	k. točke: ***
vsebina: strokovno izobraževanje za zdravnike, specializante družinske medicine in študente medicine	organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine, Katedra za družinsko medicino Maribor in Ljubljana, asist. mag. Erika Zelko	prijave, informacije: prijave: Ana Artnak, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, Ljubljana, W: www.e-medicina.si , informacije: Erika Zelko, T: 031 510 496	

17. ob 9.00 • ALI STE ŽE KDAJ UGRIZNILI MORSKEGA PSA? podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), za upokojene zdravnike 25 % popust, kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104	k. točke: predvidoma 6
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci delavnice bodo vadili, kako se soočiti z ljudmi, ki želijo vedno imeti prav in nas s tem prisilijo, da se postavimo v podrejen položaj.		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191

18.–22. ob 8.30 • UČENJE IN POUČEVANJE O OBVLADOVANJU TEŽAVNIH SITUACIJ V DRUŽINSKI/SPLOŠNI MEDICINI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: BLEND, Hotel Jelovica	št. udeležencev: 60	kotizacija: 300 EUR, za člane EURACT 250 EUR, za mlade zdravnike v okviru VgGM group 120 EUR	k. točke: 20
vsebina: učna delavnica za učitelje v družinski medicini in zdravnike družinske medicine	organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine, doc. dr. Mateja Bulc, dr. med., in doc. dr. Marija Petek Šter, dr. med.	prijave, informacije: prijave: do 15. maja 2012 elektronsko ali s prijavnico na naslov: Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, E: kdrmed@mf.uni-lj.si , T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, informacije: E: bulc.mateja@gmail.com , E: marija.petek-ster@mf.uni-lj.si	

18. ob 9.00 • KAKO REČEM »NE« BREZ OBČUTKA KRIVDE podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), za upokojene zdravnike 25 % popust, kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104	k. točke: predvidoma 6
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci delavnice bodo vadili, kako se postaviti zase in ohraniti dostojanstvo sogovornika.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191	

19. in 20. ob 16.00 (dva popoldneva tvorita celoto) • VERBALNA IN NEVERBALNA KOMUNIKACIJA podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), za upokojene zdravnike 25 % popust, kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104	k. točke: 6
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci delavnice bodo vadili osnove komunikacije: jasno izražanje in tehnike aktivnega poslušanja ter razumevanja sporočil.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191	

20.–22. ob 9.00 • INOVACIJE IN NOVI NAČINI ZDRAVLJENJA SRČNEGA POPUŠČANJA

kraj: PORTOROŽ, Grand hotel Bernardin	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: mednarodni simpozij je namenjen vsem zdravnikom, študentom medicine, medicinskim sestram	organizator: 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.	prijave, informacije: prijave: E: brms.slo@gmail.com , informacije: prof. dr. Bojan Vrtovec, dr. med., T: 01 522 28 44, F: 01 522 28 28	

21. ob 9.00 • 3. SIMPOZIJ O KONTRACIPI

kraj: LJUBLJANA, Hotel Mons	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: simpozij je namenjen specialistom ginekologije in porodništva, splošnim/družinskim zdravnikom, zdravnikom šolske medicine ter specializantom teh treh specialnosti	organizator: Združenje za ambulantno ginekologijo SZD	prijave, informacije: prijave: E: hodomed@gmail.com , informacije: T: 04 208 22 20 (torek in sredo dopoldne)	

21. ob 9.00 • DELAVNICA O ALERGIJSKIH KOŽNIH BOLEZNIH podroben program na spletni strani zbornice

kraj: ZGORNJI BRNIK, Kongresni center Dvor Jezeršek, Zgornji Brnik 63	št. udeležencev: 30	kotizacija: 150 EUR, za upokojene zdravnike polovična kotizacija	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena vsem zdravnikom	organizator: Dermatovenerološka klinika UKC Ljubljana, Katedra za dermatovenerologijo MF UL	prijave, informacije: Verica Petrovič, Dermatovenerološka klinika UKC Ljubljana, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, T: 01 522 42 80, F: 01 522 43 33, E: verica.petrovic@kclj.si	

21. ob 8.15 • DUŠEVNO ZDRAVJE IN SKUPNOST 2012 – AKTUALNE DILEME PRI IZVAJANJU ZAKONA O DUŠEVNEM ZDRAVJU podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Psihiatrična klinika, predavalnica enote za intenzivno psihiatrično terapijo, Studenc 48	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 50 EUR	k. točke: 7
vsebina: seminar je namenjen zdravnikom, zdravstveni negi, socialnim delavcem, sodnikom, policistom	organizator: Psihiatrična klinika Ljubljana, Milena Marinič	prijave, informacije: Silva Potrato, T: 01 587 24 11, E: silva.potrato@psih-klinika.si	

21.–22. ob 9.00 • OPTIMIZACIJA TELESNE AKTIVNOSTI PRI OSEBAH Z NEVROLOŠKO PROBLEMATIKO podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, URI Soča, predavalnica v IV. nadstropju	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 180 EUR + DDV	k. točke: ***
vsebina: seminar je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Metka Zalar, dip. fiziot., prim. Hermina Damjan, dr. med.	prijave, informacije: Vesna Grabljevec, Tajništvo Klinike URI Soča, Linhartova 51, Ljubljana, informacije: Vesna Grabljevec, T: 01 475 82 43, F: 01 437 20 70, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si	

21.–23. ob 13.00 • 10. SREČANJE SLOVENSKEGA DRUŠTVA ZA PSIHOTERAPIJO PSIHOZ: RAZLIČNI OBRAZI PSIHOZE – OD SPEKTRA DO OSEBNOSTI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: BLEED, Hotel Kompas	št. udeležencev: 50–100	kotizacija: 120 EUR, za člane društva ISPS 80 EUR	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje 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, mag. Marjeta Blinc Pesek, dr. med., spec. psihiatrije	prijave, informacije: prijave: Rudnik II/4, 1000 Ljubljana ali E: psih.ord.r@siol.net , informacije: Kaja Medved, univ. dipl. psihologinja, T: 01 428 84 06 ali 031 753 675	

26. in 27. ob 16.00 (dva popoldneva tvorita celoto) • UČINKOVITO REŠEVANJE KONFLIKTOV podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), za upokojene zdravnike 25 % popust, kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104	k. točke: 6
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci delavnice se bodo naučili in vadili, kako uspešno razreševati konfliktno situacije.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191	

27. ob 11.00 • EKSPERTNA SKUPINA ZA MOTNJE HRANJENJA

kraj: LJUBLJANA, Psihiatrična klinika Ljubljana, Center za mentalno zdravje	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno vsem strokovnim delavcem, ki se pri svojem delu srečujejo z motnjami hranjenja	organizator: Psihiatrična klinika Ljubljana, dr. Karin Serbec	prijave, informacije: Silva Potrato, T: 01 587 24 11, E: silva.potrato@psih-klinika.si	

28. ob 8.30 • 7. UČNA DELAVNICA MEHANSKE VENTILACIJE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, UKC, Zaloška 7, predavalnica 4	št. udeležencev: omejeno na 45 in ne manj kot 30	kotizacija: 90 EUR	k. točke: ***
vsebina: teoretsko in praktično izpopolnjevanje s področja mehanske ventilacije je namenjeno zdravnikom specialistom in specializantom, ki se ukvarjajo z mehanskih predihavanjem	organizator: UKC LJ, KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo perioperativnih strok – Odd. za intenzivno terapijo – CIT in Slovensko združenje za intenzivno medicino, prof. dr. Boriana Kremžar, dr. med., asist. Primož Gradišek, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Simona Rojs, Klinika za infektivne bolezni in vročinska stanja, Japljeva 2, 1000 Ljubljana, informacije: Simona Rojs, T: 01 522 42 20, prim. mag. Ognjen Cerovič, dr. med., T: 01 522 33 12, E: civorec@gmail.com	

28. ob 8.30 • TERAPEVTSKE MEJE PRI ZDRAVLJENJU ODVISNOSTI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, TV-soba EZOA, Poljanski nasip 58	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 60 EUR, kotizacijo nakažite na Psihiatrična klinika Ljubljana, Studeneč 48, 1260 Ljubljana Polje, TRR: 01100-6030277991, s pripisom 28. 9. 2012	k. točke: v postopku
vsebina: seminar je namenjen terapevtom s področja zdravljenja in obravnave odvisnosti	organizator: Psihiatrična klinika Ljubljana, doc. dr. Maja Rus Makovec	prijave, informacije: T: 01 587 24 11, E: silva.potrato@psih-klinika.si	

28. ob 13.00 • AKTUALNOSTI IN NOVOSTI V TRAVMATOLOGIJI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: ŠEMPETER PRI GORICI, Kongresna dvorana Občine Šempeter - Vrtojba	št. udeležencev: 80	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: posvetovanje je namenjeno kirurgom, ortopedom, fiziatrom in zdravnikom splošne in družinske medicine	organizator: SB dr. Franca Derganca Šempeter pri Gorici, Travmatološki oddelek, dr. Franci Koglot	prijave, informacije: prijave: Melita Makuc, SB Šempeter pri Gorici, Ulica padlih borcev 13 A, 5290 Šempeter, informacije: Franci Koglot, T: 041 775 705	

28.–29. • 24. STROKOVNI SESTANEK ZDRUŽENJA INTERNISTOV podroben program na spletni strani zbornice in na www.zis-szd.si**kraj:** LJUBLJANA, Smelt, velika dvorana, Dunajska cesta 160**št. udeležencev:** 250**kotizacija:** do 1. septembra 180 EUR, po 1. septembru 2012: 200 EUR**k. točke:** 16**vsebina:** strokovni sestanek je namenjen zdravnikom internistom in zdravnikom v osnovnem zdravstvu**organizator:** Zdrženje internistov SZD**prijave, informacije:** prim. mag. Primož Vidali, dr. med., Šubljeva 33, 1234 Mengeš, T: 01 723 72 30, 031 369 711, F: 01 723 00 18, E: pvidali@siol.net, vidali.primoz@gmail.com

28.–29. ob 8.30 • ŠOLA URGENTNE NEUROLOGIJE

kraj: ŠMARJEŠKE TOPLICE, sejna dvorana**št. udeležencev:** 50**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** *****vsebina:** šola je namenjena zdravnikom družinske medicine, specialistom neurologije, specialistom interne medicine (seznanjanje z diagnostičnimi in terapevtskimi ukrepi pri različnih urgentnih neuroloških stanjih)**organizator:** Zdrženje nevrologov Slovenije, prof. dr. Anton Mesec, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: E: anka.zeks@gmail.com, informacije: Anka Žekš, T: 01 522 23 11, F: 01 522 30 37

28.–29. • ŠOLA NEVROSONOLOGIJE 2012 (TRETJI TEČAJ OD ŠTIRIH)

kraj: LJUBLJANA, Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni, Mala ulica 8**št. udeležencev:** do 25 (zmogljivosti so zapolnjene, drugi sklop štirih tečajev Šole nevrosonologije se bo pričel v začetku leta 2013)**kotizacija:** 490 EUR brez DDV**k. točke:** *****vsebina:** Šola nevrosonologije – tretji od štirih tečajev diagnostike žil vratu in glave z ultrazvočno metodo – je namenjena nevrologom, radiologom, internistom in zdravnikom drugih specialnosti, ki v diagnostiki uporabljajo ultrazvočne preiskave vratnih in možganskih žil. Šola velja po merilih Slovenskega zdravniškega društva za dodatno znanje, kandidati pa bodo po opravljenem izobraževanju, ki se zaključí z izpitom, prejeli certifikat zdravniškega društva o dodatnem znanju.**organizator:** strokovni organizator: Sekcija za možganskožilne bolezni pri Slovenskem zdravniškem društvu, poslovni organizator: Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni, prim. doc. dr. Bojana Žvan, dr. med., višja svetnica**prijave, informacije:** prijave: Društvo MŽB, Mala ulica 8, 1000 Ljubljana, informacije: Andreja Merčun, T: 0590 11234, F: 01 430 23 14, E: andreja@mozganska-kap.info

28.–29. ob 16.00 • 2. SLOVENSKI SIMPOZIJ O KVČB: KRONIČNA VNETHA ČREVESNA BOLEZEN – NOVOSTI V DIAGNOSTIKI IN ZDRAVLJENJU podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta – velika predavalnica, Korytkova 2**št. udeležencev:** 200**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** *****vsebina:** drugi 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, Gastroenterološka klinika Ljubljana in Društvo za KVČB Slovenije, Tatjana Cvetko, Darja Urlep**prijave, informacije:** prijave: E: info@kvcb.si, informacije: Dušan Baraga, E: dusan.baraga@zd-cerknica.si, T: 051 301 147

30. 9.–1. 10. • GOLNIŠKI SIMPOZIJ 2012: MEDNARODNA ŠOLA BRONHOSKOPIJE

kraj: GOLNIK, velika posvetovalnica**št. udeležencev:** 20, upošteva se vrstni red plačanih kotizacij**kotizacija:** 250 EUR + DDV (vključuje udeležbo na 5. slovenskem pulmološkem kongresu, 5. in 6. oktober 2012)**k. točke:** *****vsebina:** šola je namenjena zdravnikom pnevmologom, v pnevmologijo usmerjenim internistom, specialistom (jezik: angleški)**organizator:** Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, prim. Nadja Triller, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: spletna prijavnica: www.klinika-golnik.si, T: 04 256 94 93, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si

1.–3. ob 13.00 • TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA

kraj: NOVO MESTO **št. udeležencev:** 24 **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, informacije:** prijave: W: www.szum.si, E: info@szum.si, informacije: Monika Grünfeld, T: 041 607 402

2. in 9. ob 16.00 (dva popoldneva tvorita celoto) • ALI STE ŽE KDAJ UGRIZNILI MORSKEGA PSA? podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162 **št. udeležencev:** omejeno **kotizacija:** posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), za upokojene zdravnike 25 % popust, kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104 **k. točke:** predvidoma 6
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci delavnice bodo vadili, kako se soočiti z ljudmi, ki želijo vedno imeti prav in nas s tem prisilijo, da se postavimo v podrejen položaj **organizator:** Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar **prijave, informacije:** prijave: E: mic@zss-mcs.si, informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si, T: 01 30 72 191

3. • GOLNIŠKI SIMPOZIJ 2012: ULTRAZVOK PRSNEGA KOŠA V URGENTNI AMBULANTI

kraj: GOLNIK, velika posvetovalnica **št. udeležencev:** 20, upošteva se vrstni red plačanih kotizacij **kotizacija:** 150 EUR + DDV (vključuje udeležbo na 5. slovenskem pulmološkem kongresu, 5. in 6. oktober 2012) **k. točke:** ***
vsebina: delavnica je namenjena zdravnikom pnevmologom, v pnevmologijo usmerjenim internistom, specializantom **organizator:** Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Robert Marčun, dr. med., Alan Šustič, dr. med., Mitja Lainščak, dr. med. **prijave, informacije:** prijave: spletna prijavnica: www.klinika-golnik.si, T: 04 256 94 93, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si

4. • GOLNIŠKI SIMPOZIJ 2012: BRONHOLITIS

kraj: GOLNIK, Vurnikova predavalnica **št. udeležencev:** 20, upošteva se vrstni red plačanih kotizacij **kotizacija:** 150 EUR + DDV (vključuje udeležbo na 5. slovenskem pulmološkem kongresu, 5. in 6. oktober 2012) **k. točke:** ***
vsebina: multidisciplinarna delavnica je namenjena zdravnikom pnevmologom, v pnevmologijo usmerjenim internistom, specializantom **organizator:** Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Izidor Kern, dr. med. **prijave, informacije:** prijave: spletna prijavnica: www.klinika-golnik.si, informacije: T: 04 256 94 93, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si

4. ob 8.00 • OBNOVITVENI TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA

kraj: NOVO MESTO **št. udeležencev:** 24 **kotizacija:** 190 EUR **k. točke:** ***
vsebina: tečaj je namenjen vsem zdravnikom **organizator:** Slovensko združenje za urgentno medicino, prim. mag. Dušan Vlahovič, dr. med. **prijave, informacije:** prijave: W: www.szum.si, E: info@szum.si, informacije: Monika Grünfeld, T: 041 607 402

4.–6. ob 8.30 • 6. KONGRES OTORINOLARINGOLOGOV SLOVENIJE SZD podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Hotel Slon **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** 350 EUR + DDV do 29. 2. 2012, 400 EUR + DDV po 1. 3. 2012, za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni **k. točke:** ***
vsebina: kongres z mednarodno udeležbo je namenjen otorinolaringologom, onkologom, pediatri, družinskim zdravnikom **organizator:** Združenje otorinolaringologov Slovenije SZD, Klinika za ORL in CFK Ljubljana, prof. dr. Irena Hočvar Boltežar **prijave, informacije:** Tatjana Železnik, E: tatjana.zeleznik@kclj.si, F: 01 522 48 15

5. ob 9.00 • CVAHTETIVI DNEVI JAVNEGA ZDRAVJA IN KONGRES ŠPORTNE REKREACIJE: »JAVNOZDRAVSTVENI POMEN TELESNE DEJAVNOSTI«

kraj: LJUBLJANA, Fakulteta za šport, velika predavalnica **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** 144 EUR, znižana kotizacija 72 EUR za specializante in predstavnike društev in nevladnih organizacij **k. točke:** ***
vsebina: strokovno srečanje za zdravnike (specialisti javnega zdravja, MDPŠ, družinske medicine, pediatri, fiziatri, internisti...), druge zdravstvene delavce (medicinske sestre, fizioterapevti), študente MF, ZF, FŠ, strokovnjake na področju izobraževanja otrok in mladostnikov, predstavnike društev idr. **organizator:** Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, Vrazov trg 2, Ljubljana, dr. med. **prijave, informacije:** Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, Vrazov trg 2, Ljubljana, informacije: asist. Janet Klara Djomba, dr. med., in Nina Košir, T: 01 543 75 40, F: 01 543 75 41, E: nina.kosir@mf.uni-lj.si

5.–6. ob 9.00 • RAZLIČNI VIDIKI KAKOVOSTI V ZOBOZDRAVSTVU

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** 150 EUR**k. točke:** *****vsebina:** seminar je namenjen doktorjem dentalne medicine**organizator:** Stomatološka sekcija SZD**prijave, informacije:** informacije: Stomatološka sekcija SZD, Katarina Jovanovič, T: 041 703 347, F: 01 434 25 84, E: stomatoloska-sekcija.szd@ordinacija.net

5.–6. • 5. SLOVENSKI PULMOLOŠKI KONGRES Z MEDNARODNO UDELEŽBO

kraj: BLED, Hotel Golf**št. udeležencev:** 150**kotizacija:** 100 EUR + DDV, za upokojene zdravnike kotizacije ni**k. točke:** *****vsebina:** Konferenca z mednarodno udeležbo je namenjena zdravnikom in medicinskim sestram. Teme: bronhiolitis, diagnostika pljučnega raka, paliativa v pulmologiji, KOPB in astma, okužbe, varnost in kakovost v pnevmologiji. Jezik: angleški.**organizator:** Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Združenje pnevmologov Slovenije, prof. Mitja Košnik, dr. med., prim. Nadja Triller, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: spletna prijavnica: www.klinika-golnik.si, T: 04 256 94 93, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si

5.–6. ob 9.00 • INVAZIVNI POSTOPKI ZDRAVLJENJA BOLEČINE – 15. SEMINAR SLOVENSKEGA ZDRUŽENJA ZA ZDRAVLJENJE BOLEČINE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut, sejna dvorana**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** *****vsebina:** seminar je namenjen anesteziologom, nevrologom, fiziatrom, onkologom, splošnim zdravnikom**organizator:** Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, prim. Slavica Lahajnar Čavlovič**prijave, informacije:** prijave: E: mateja.lopuh@gmail.com, informacije: prim. Slavica Lahajnar Čavlovič, T: 041 764 646, E: slahajnar@onko-i.si

5.–6. ob 8.00 • SIMPOZIJ O MOTNJAH SPANJA

kraj: LJUBLJANA, Hotel Union**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** 300 EUR do 10. septembra, kasneje 350 EUR, za še ni določeno upokojene zdravnike in študente kotizacije ni**k. točke:** *****vsebina:** strokovno in znanstveno srečanje je namenjeno nevro(fizio)logom, nevrologom, pulmologom, internistom, družinskim (splošnim) zdravnikom**organizator:** Sekcija za klinično nevrofiziologijo SZD in Inštitut za klinično nevrofiziologijo UKC Ljubljana, doc. dr. Leja Dolenc Grošelj, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: W: http://www.kclj.si/ikn/DEJA/FAGA/F12_OS/, informacije: doc. dr. Leja Dolenc Grošelj, dr. med., in Tone Žakelj, T: 01 522 15 00, 01 522 15 22, 01 522 15 09, F: 01 522 15 33, E: leja.dolenc@kclj.si, E: tone.zakelj@kclj.si

5.–6. • 18. ADA KONGRES O SPOLNO PRENOSLJIVIH BOLEZNIH IN OKUŽBAH KOŽE

kraj: BLED, Hotel Park**št. udeležencev:** 100**kotizacija:** 100 EUR zdravniki, študenti 30 EUR**k. točke:** *****vsebina:** mednarodni kongres, na katerem bo obravnavana tematika s področja prenosljivih spolnih bolezni in anogenitalnih dermatoz, je namenjen dermatovenerologom, epidemiologom, ginekologom, infektologom, mikrobiologom, urologom, zdravnikom družinske medicine, zdravnikom specializantom, študentom**organizator:** Združenje slovenskih dermatovenerologov, prim. doc. dr. Marko Potočnik, dr. med., dr. dent. med.**prijave, informacije:** prijave: E: ada2012@promo-ag.si, informacije: Mina Kerič, E: ada2012@promo-ag.si, T: 01 438 24 70, 031 881 856

11.–13. ob 13.00 • PODIPLOMSKI TEČAJ IZ PROTIMIKROBNEGA ZDRAVLJENJA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Hotel City, Dalmatinova 15**št. udeležencev:** 30**kotizacija:** 350 EUR z DDV**k. točke:** *****vsebina:** podiplomski tečaj za zdravnike, ki delajo na primarni ravni zdravstvenega varstva v Sloveniji**organizator:** Sekcija za protimikrobno zdravljenje pri Slovenskem zdravniškem društvu, prof. dr. Bojana Beović, dr. med., višja svetnica**prijave, informacije:** prijave: Tajništvo Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva ulica 2, 1525 Ljubljana, informacije: Simona Rojs, T: 01 522 42 20, F: 01 522 42 20, E: simona.rojs@kclj.si

11.–14. ob 14.00 • 13. BREGANTOVI DNEVI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: PODČETRTEK, Terme Olimia, Hotel Sotelja**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** člani ZPS: polna 360 EUR, dvodnevna 288 EUR, nečlani: polna 420 EUR, dvodnevna 336 EUR, specializanti: polna 240 EUR, dvodnevna 192 EUR, študentje, upokojeni: polna 180 EUR, dvodnevna 144 EUR. Višina kotizacij velja do vplačil vključno 28. 9. 2012, kasnejša vplačila so 10 % višja. Kotizacija se nakaže na TRR ZPS: NLB - 02060-0051436422, sklic 00-750, vpišite ime in priimek udeleženca**k. točke:** *****vsebina:** bienale, namenjen psihiatrom**organizator:** Združenje psihoterapevtov Slovenije in Psihiatrična klinika Ljubljana, Miroslav Berič, dr. med.**prijave, informacije:** Združenje psihoterapevtov Slovenije, Zaloška 29, Ljubljana, Katja Belšak, T: 01 587 49 30 (sreda 11.00–15.00), E: breganti@zpsi.si

12. ob 8.00 • KOGNITIVNI DAN

kraj: LJUBLJANA, Nevrološka klinika, Klinični oddelek za bolezni živčevja, Zaloška cesta 2

št. udeležencev: 40

kotizacija: kotizacije ni

k. točke: ***

vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno nevrologom, psihiatrom, psihologom in nevroradiologom. Multidisciplinarni pristop k bolniku s kognitivno motnjo, vloga in vsebina psihološke in nevroradiološke obravnave. Predstavljena bodo stališča in priporočila strokovnjakov iz uveljavljenih kognitivnih centrov v tujini.

organizator: Nevrološka klinika, Klinični oddelek za bolezni živčevja, Center za kognitivne motnje, asist. Milica Gregorič Kramberger, dr. med., spec. nevrologinja

prijave, informacije: prijave: Anka Žekš, KO za bolezni živčevja, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, informacije: Anka Žekš, T: 01 522 23 11, F: 01 522 30 37

12.–13. ob 8.00 • 4. MEDNARODNI KONGRES ŠPORTNE MEDICINE MARIBOR 2012

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk

št. udeležencev: do 200

kotizacija: zdravniki specialisti 240 EUR z vključenim DDV, specializanti in fizioterapevti 120 EUR z vključenim DDV, za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni

k. točke: v postopku

vsebina: kongres je namenjen specialistom in specializantom ortopedije, travmatologije, nevrokirurgije, strokovnjakom športne medicine, študentom medicine in upokojenim zdravnikom

organizator: UKC Maribor, Oddelek za ortopedijo, Katedra za medicino in šport Medicinske fakultete UM, NK Maribor, Nogometna zveza Slovenije, Olimpijski komite Slovenije, doc. dr. Matjaž Vogrin, dr. med.

prijave, informacije: prijave: W: www.SportsMedicineMaribor2012.com, informacije: Slavica Keršič, posl. sek., Tina Muzlovič, univ. dipl. zgod., T: 02 321 29 40, F: 02 321 28 26

12.–13. ob 8.30 • OSKRBA DIHALNIH POTI – UČNA DELAVNICA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MARIBOR, UKC, Ljubljanska ulica 5, 16. nadstropje kirurške stolpnice – mala predavalnica

št. udeležencev: 20

kotizacija: 240 EUR z vključenim DDV

k. točke: v postopku

vsebina: učna delavnica je namenjena specializantom anestezije, urgentne medicine, interne intenzivne medicine in ostalim

organizator: UKC Maribor, Oddelek za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečin, Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta, prim. Zoran Zabavnik, dr. med.

prijave, informacije: prijave: prijavnico iz revije Isis pošljite na E: slavica.kersic@ukc-mb.si ali UKC Maribor, Center za odnose z javnostmi in marketing, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor, informacije: Slavica Keršič, posl. sek., T: 02 321 29 40, F: 02 321 28 26

12.–13. ob 16.00 • EVROPSKI DAN DAROVANJA V SLOVENIJI 2012

kraj: MURSKA SOBOTA, Kino Park, Gledališka dvorana Grad

št. udeležencev: do 150

kotizacija: 55 EUR, za študente in upokojene zdravnike kotizacije ni

k. točke: ***

vsebina: Strokovno srečanje, športno srečanje, ostale aktivnosti z mašo z namenom ozaveščanja strokovne in široke javnosti o darovanju organov in tkiv za namen zdravljenja s presaditvijo so namenjeni zdravstvenim in drugim strokovnjakom, ki se želijo spoznati s področjem darovanja in transplantacije organov in tkiv, športno srečanje in ostale aktivnosti pa so namenjeni tudi širši javnosti.

organizator: Splošna bolnišnica Murska Sobota v sodelovanju s Slovenija-transplantom in Evropskim središčem Maribor, Daniel Grabar, dr. med.

prijave, informacije: prijave: Slovenija-transplant, E: barbara.ustar@slovenija-transplant.si, informacije: Barbara Uštar, Slovenija-transplant T: 01 300 68 60, F: 01 300 68 66

13. ob 9.00 • TEČAJ TEŽKE INTUBACIJE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Medicinski simulacijski center, 1. klet UKCL

št. udeležencev: 30

kotizacija: 200 EUR z vključenim DDV

k. točke: ***

vsebina: tečaj s predavanji in praktičnim delom je namenjen anesteziologom, intenzivistom, zdravnikom urgentne medicine...

organizator: UKC Ljubljana, Medicinski simulacijski center, Vesna Paver Eržen

prijave, informacije: prijave: E: msc@kclj.si, W: www.kclj.si/msc, informacije: Andrej Brlan, T: 01 522 72 48, Bojana Čosić, T: 01 522 88 10

13. ob 8.00 • FLEBOLOŠKA ŠOLA – 4. STOPNJA: LIMFEDEMI

kraj: LJUBLJANA, Dermatovenerološka klinika, Zaloška c. 2

št. udeležencev: 35–40

kotizacija: 150 EUR (specialisti), polovična za študente in sekundarije

k. točke: ***

vsebina: flebološka šola je namenjena dermatovenerologom in zdravnikom družinske medicine

organizator: Dermatovenerološka klinika Ljubljana, asist. Tanja Planinšek Ručigaj, dr. med., svetnica

informacije, prijave: prijave: Dermatovenerološka klinika, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, informacije: Verica Petrovič, T: +386 1 522 42 80, F: +386 1 522 43 33

16. ob 9.00 • TTT – TRAINING THE TRAINERS – UČENJE UČITELJEV

kraj: LJUBLJANA, Očesna klinika in Simulacijski center UKC Ljubljana	št. udeležencev: 8–10	kotizacija: 200 EUR	k. točke: 7
vsebina: učenje učiteljev je namenjeno mentorjem specializantov, študentov	organizator: Svet za izobraževanje UKC Ljubljana, prof. dr. Živa Novak Antolič	prijave, informacije: prijave: E: ziva.novak@guest.arnes.si in vedno tudi E: meta.kovacic@obgyn.mf.uni-lj.si , informacije: Živa Novak Antolič, Porodnišnica Ljubljana, Zaloška 11, 1000 Ljubljana, T: 01 522 62 55, F: 01 43 97 590	

16. in 23. ob 16.00 (dva popoldneva tvorita celoto) • KAKO REČEM »NE« BREZ OBČUTKA KRIVDE podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), za upokojene zdravnike 25 % popust, kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104	k. točke: predvidoma 6
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci delavnice bodo vadili, kako se postaviti zase in ohraniti dostojanstvo sogovornika.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191	

17.–20. • 5. SLOVENSKI NEFROLOŠKI KONGRES Z MEDNARODNO UDELEŽBO

kraj: BLEJ, Golf hotel	št. udeležencev: 300	kotizacija: 250 EUR	k. točke: ***
vsebina: vabljeni pregledna predavanja, ustne predstavitve s področja nefrologije, dialize, transplantacije ledvice, arterijske hipertenzije so namenjena nefrologom, internistom, pediatrom, urologom, specialistom družinske medicine, radiologom, patologom ter vsem medicinskim sestram, ki se ukvarjajo z dializo, nefrologijo in transplantacijo ledvice	organizator: SZD – Slovensko nefrološko društvo, predsednik prof. dr. Rafael Ponikvar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Mida Kandus, Tajništvo kongresa, UKCL, Klinični oddelek za nefrologijo, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, T: 01 522 31 21, F: 01 522 24 08, informacije: prof. dr. Jadranka Buturovič Ponikvar, dr. med., doc. dr. Andreja Marn Pernat, dr. med., UKCL, KO za nefrologijo, Center za dializo, T: 01 522 31 12, 01 522 33 28, F: 01 522 22 97 ali 22 98	

18.–20. ob 9.00 • UČNA DELAVNICA: »KIRURGIJA OČNICE IN SPREDNJE LOBANJSKE BAZE«

kraj: MARIBOR, UKC, Anatomijski inštitut, Ljubljanska ulica 5	št. udeležencev: do 30	kotizacija: zgodnja kotizacija 1.200 EUR z vključenim DDV (plačilo zgodnje kotizacije do vključno 1. 9. 2012), pozna kotizacija 1.440 EUR z vključenim DDV (plačilo pozne kotizacije do vključno 1. 10. 2012)	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica z mednarodno udeležbo je namenjena specialistom in specializantom otorinolaringologije in maksilofacialne kirurgije, kirurgom plastične kirurgije, travmatologom in okulistom, nevrokirurgom	organizator: UKC Maribor, AOCCMF, Medicinska fakulteta Maribor, Anatomijski inštitut, doc. dr. Bogdan Čizmarevič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: https://aocmf2.aofoundation.org/eventdetails.aspx?id=284&from=PG_COURSEDIRECTORY , informacije: Slavica Keršič, Tina Muzlovič, UKC Maribor, Center za odnose z javnostmi, T: + 386 (02) 321 29 40, F: + 386 (02) 321 28 26, Špela Tanaskovič, Metalka MEDIA, d.o.o., Dalmatinova ulica, 1000 Ljubljana, T: + 386 (01) 230 84 65, F: + 386 (01) 230 84 56	

18. ob 9.30 • XX. SEMINAR »IN MEMORIAM DR. DUŠANA REJE«; REDKI RAKI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut Ljubljana, predavalnica, stavba C, Zaloška 2	št. udeležencev: 120	kotizacija: 50 EUR	k. točke: ***
vsebina: seminar je namenjen zdravnikom, zdravstvenim sodelavcem, profesorjem in predavateljem zdravstvene vzgoje	organizator: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, izr. prof. dr. Maja Primic Žakelj, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, Trubarjeva 76 a, 1000 Ljubljana, informacije: Amalija Zdešar, T: 01 430 97 80, F: 01 430 97 85, E: info@protiraku.si	

19. ob 7.00 • OSMI ŠOLA O MELANOMU

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut, stavba C, Zaloška cesta 2, predavalnica	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: šola je namenjena zdravnikom različnih specialnosti (družinske medicine, medicine dela in športa, dermatologije, kirurgije...)	organizator: Sekcija internistične onkologije pri SZD, Onkološki inštitut in Katedra za onkologijo, doc. dr. Janja Ocvirk, dr. med.	prijave, informacije: prijave: izključno na E: amavec@onko-i.si , informacije: Onkološki inštitut Ljubljana, tajništvo Sektorja internistične onkologije, Zaloška cesta 2, Ljubljana, Lidija Kristan, Andreja Mavec, T: 01 587 92 82, F: 01 587 93 05, E: amavec@onko-i.si	

19. ob 9.00 • RAMA – KLINIČNE POTI ZDRAVLJENJA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Ortopedska klinika, Zaloška 9	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 100 EUR, za upokojene zdravnike, študente, sekundarije, specializante kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: podiplomski seminar je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Ortopedska klinika Ljubljana, doc. Oskar Zupanc, dr. med., dr. Borut Pompe, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Ortopedska klinika, Zaloška 9, Ljubljana, Irena Cotman, informacije: Irena Cotman, T: 01 522 41 74, F: 01 522 24 74, E: irena.cotman@klj.si	

19.–20. • 14. FAJDIGOVI DNEVI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Kompas	št. udeležencev: 250	kotizacija: 180 EUR + DDV. Omejeno število študentov pri predmetu družinska medicina, sekundarijev, specializantov družinske medicine in upokojenih zdravnikov bo oproščenih kotizacije. Svetujemo zgodnjo prijavo, ker so mesta omejena.	k. točke: ***
vsebina: strokovno izobraževanje za zdravnike, medicinske sestre, zdravstvene tehnike in patronažne sestre	organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru, Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, Zavod za razvoj družinske medicine, Osnovno zdravstvo Gorenjske, asist. Aleksander Stepanović, prof. dr. Janko Kersnik	prijave, informacije: prijave: W: http://www.e-medicina.si , informacije: Ana Artnak, Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si	

19.–20. ob 9.00 • LYMSKA BORELIOZA 2012 podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, UKC, velika predavalnica	št. udeležencev: 120	kotizacija: 200 EUR (z vključenim DDV), kotizacije ni za študente in upokojene zdravnike	k. točke: ***
vsebina: Posvetovanje je namenjeno zdravstvenim delavcem, predvsem zdravnikom na primarni ravni, ki se srečujejo z lymsko boreliozo ali diagnostiko borelijskih okužb.	organizator: Združenje za infektologijo SZD, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja Ljubljana, prof. dr. Franc Strle, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja UKCL, tajništvo, Japljeva ulica 2, 1000 Ljubljana, informacije: Andreja Sorman, T: 01 522 21 10, F: 01 522 24 56, E: andreja.sorman@klj.si	

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

kraj: LAŠKO, Zdravilišče Laško, Hotel Wellness Park	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: strokovni sestanek je namenjen specialistom in specializantom hematologije, interne medicine, onkologije, pediatrije in transfuzijske medicine	organizator: Združenje za transfuzijsko medicino Slovenije SZD in Združenje hematologov Slovenije SZD, doc. dr. Uroš Mlakar, dr. med., Snežna Levičnik Stezinar, dr. med.	prijave, informacije: prijava ob registraciji, informacije: doc. dr. Uroš Mlakar, dr. med., T: 01 522 31 34, F: 01 522 27 22	

20. ob 9.00 • 1. SLOVENSKI SIMPOZIJ O FOTOTERAPIJI: SVETLOBNA TERAPIJA V MEDICINI

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta	št. udeležencev: 100–120	kotizacija: zdravniki 40 EUR, fizioterapevti, medicinske sestre 20 EUR, za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: simpozij je namenjen vsem zdravnikom, fizioterapevtom, medicinskim sestram	organizator: Slovensko združenje za fotomedicino in fotobiologijo, Katedra za kirurgijo, MF Ljubljana, asist. mag. Igor Frangež, prof. dr. Vladimir Smrkolj	prijave, informacije: prijave: Slovensko združenje za fotobiologijo in fotomedicino, Skrbinškova 34, 1000 Ljubljana, informacije: Igor Frangež, T: 041 682 112, E: ifrangez@gmail.com , Tanja Kuralt, T: 051 303 951, E: tkuralt@gmail.com	

20.–21. • SLAVNOSTNA AKADEMIJA SLOVENSKE ANESTEZIOLOGIJE

kraj: LJUBLJANA, Cankarjev dom	št. udeležencev: 150, delavnice: omejeno	kotizacija: vstop prost, razen za delavnice: 300 EUR, specializanti 200 EUR (brez DDV)	k. točke: ***
vsebina: Mednarodno strokovno srečanje s pridruženimi delavnico UZ v anesteziji je namenjeno anesteziologom: Osnove prsnih organov in žilni pristopi I (število udeležencev omejeno)	organizator: SZD - Slovensko združenje za anesteziologijo in intenzivno medicino, prof. dr. Vesna Novak Jankovič, dr. med.	prijave, informacije: prijave na delavnico: W: www.szaim.org , E: szaim@mf.uni-lj.si	

OKTOBER 2012

22.–25. ob 12.00 • 14. PODIPLOMSKI TEČAJ IZ HOSPITALNE DIABETOLOGIJE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, »stara travmatologija«, nasproti vhoda na staro travmatologijo, Zaloška 2	št. udeležencev: 25	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: podiplomski tečaj, sestavljen iz delavnic, je namenjen specializantom in specialistom interne medicine in drugih strok	organizator: KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, UKC Ljubljana, dr. Jelka Zaletel	prijave, informacije: dr. Jelka Zaletel, T: 01 522 39 90, F: 01 522 27 28, E: jelka.zaletel@kclj.si	

25.–27. ob 9.00 • ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT PROVIDER COURSE

kraj: IG PRI LJUBLJANI, IC URSZR, Zabrv 12, Ig	št. udeležencev: 16 (možnost opazovalcev)	kotizacija: 750 EUR + DDV	k. točke: ***
vsebina: tečaj »nadaljevalni postopki oskrbe poškodovancev« je namenjen vsem zdravnikom, ki se ukvarjajo s poškodovanci	organizator: Zdravniško društvo ATLS Slovenija, Roman Košir, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: http://www.atls.si/ , E: prijave@atls.si , informacije: Roman Košir, T: 031 541 202	

25.–27. ob 8.15 • 7. MEDNARODNA PODIPLOMSKA KONFERENCA – ŠOLA PRAKTIČNE EPILEPTOLOGIJE

kraj: PREDDVOR, Hotel Bor	št. udeležencev: 60	kotizacija: 400 EUR, možna ločena prijava na simpozij ali šolo	k. točke: ***
vsebina: Simpozij s pregledom funkcijskih preslikav možganov kot dodano vrednostjo za boljše razumevanje delovanja možganov v zdravju in bolezni. Šola s predavanji o kliničnih in raziskovalnih vidikih v epileptološki praksi, kliničnim delom in elektro-klinično diagnostiko, razmišljanjem in odločanjem v obravnavi bolnikov s trdovratnimi epilepsijami, seminarji s predstavitvami primerov udeležencev in sledenja bolnikov iz prejšnjih šol, poukom v majhnih skupinah s primeri iz klinične prakse v tradiciji praktične šole epilepsije, imenovane po Jeanu Bancaudu. Simpozij je namenjen specialistom in specializantom nevrologije, nevroradiologije, nuklearne medicine, pediatrije, psihiatrije in pedopsihiatrije, psihologom, EEG-asistentom, radiološkim in nuklearnomedicinskim tehnikom, medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom ter ostalim sodelavcem, ki jih zanimajo problemi epileptologije.	organizator: Društvo Liga proti epilepsiji Slovenije, prim. Igor M. Ravnik, dr. med. spec.	informacije, prijave: Društvo Liga proti epilepsiji Slovenije, Ulica stare pravde 2, Ljubljana, Svetlana Simič, Jasna Žunko, T: 01 432 93 93, E: epilepsija@epilepsija.org	

NOVEMBER 2012

5. ob 9.00 • KOMUNIKACIJA IN RAZUMEVANJE DRUGAČNOSTI (seminar) podroben program na spletni strani zbornice: W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: predavanje: 120 EUR (DDV je vključen), za upokojene zdravnike 25 % popust, kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104	k. točke: 5,5
vsebina: Seminar je namenjen zdravnikom in zobozdravnikom, ki želijo osvojiti veščine komuniciranja, ter v nadaljevanju v obliki treh delavnic nudi tudi trening tehnik in samih načinov komuniciranja.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191	

6. ob 9.00 • VERBALNA IN NEVERBALNA KOMUNIKACIJA podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), za upokojene zdravnike 25 % popust, kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104	k. točke: 6
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci delavnice bodo vadili osnove komunikacije: jasno izražanje in tehnike aktivnega poslušanja ter razumevanja sporočil.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191	

7. ob 9.00 • UČINKOVITO REŠEVANJE KONFLIKTOV podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), za upokojene zdravnike 25 % popust, kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104	k. točke: 6
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci delavnice se bodo naučili in vadili, kako uspešno razreševati konfliktno situacije.		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191

8. ob 9.00 • ALI STE ŽE KDAJ UGRIZNILI MORSKEGA PSA? podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), za upokojene zdravnike 25 % popust, kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104	k. točke: predvidoma 6
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci delavnice bodo vadili, kako se soočiti z ljudmi, ki želijo vedno imeti prav in nas s tem prisilijo, da se postavimo v podrejen položaj.		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191

8.–10. ob 15.00 • 54. TAVČARJEVI DNEVI

kraj: PORTOROŽ, Grand hotel Bernardin	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 240 EUR z DDV do 30. 10. 2012, po tem datumu 300 EUR z DDV. Za specializante in mlade raziskovalce 120 EUR z DDV do 30. 10. 2012, po tem datumu 160 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: podiplomsko strokovno srečanje je namenjeno družinskim zdravnikom, specializantom, specialistom interne medicine		organizator: Katedra za interno medicino, prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med.	prijave, informacije: Katedra za interno medicino, Zaloška 7, Mojca Baraga, Bernarda Zver, T: 01 431 31 24, 01 522 52 85, 01 522 34 66, F: 01 431 31 24, E: interna@mf.uni-lj.si

9. ob 9.00 • KAKO REČEM »NE« BREZ OBČUTKA KRIVDE podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), za upokojene zdravnike 25 % popust, kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104	k. točke: predvidoma 6
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci delavnice bodo vadili, kako se postaviti zase in ohraniti dostojanstvo sogovornika.		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191

9. ob 8.00 • VIII. MARIBORSKO ORTOPEDSKO SREČANJE »HRBTENICA V ORTOPEDIJI«

kraj: MARIBOR, Hotel City	št. udeležencev: do 100	kotizacija: zdravniki 150 EUR z vključenim DDV, fizioterapevti in medicinske sestre 50 EUR z vključenim DDV, za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno specialistom in specializantom ortopedije, travmatologije, nevrokirurgije, fiziatrom, fizioterapevtom, pediatrom, zdravnikom družinske medicine in medicinskim sestram		organizator: UKC Maribor, Oddelek za ortopedijo, Medicinska fakulteta Maribor, doc. dr. Matjaž Vogrin, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: kongresi@ukc-mb.si , informacije: Slavica Keršič, posl. sek., Tina Muzlovič, univ. dipl. zgod., T: 02 321 29 40, F: 02 321 28 26

9. ob 8.00 • MALA ŠOLA NEVROLOGIJE: PARKINSONOVA BOLEZEN IN DRUGE MOTNJE GIBANJA

kraj: LJUBLJANA, Nevrološka klinika, Klinični oddelek za bolezni živčevja, Zaloška cesta 2	št. udeležencev: 25	kotizacija: 150 EUR	k. točke: ***
vsebina: strokovno izobraževanje o parkinsonizmih za boljše prepoznavanje, zdravljenje in vodenje bolnikov v ambulanti družinskega zdravnika je namenjeno družinskim in vsem drugim zdravnikom, ki bi radi osvežili svoje znanje nevrologije		organizator: Klinični oddelek za bolezni živčevja UKC Ljubljana in Katedra za družinsko medicino MF v Ljubljani, doc. dr. Maja Trošt, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Anka Žekš, KO za bolezni živčevja, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, E: anka.zeks@kclj.si , informacije: Anka Žekš, T: 01 522 23 11, F: 01 522 30 37

9. ob 9.00 • 5. SLOVENSKI SIMPOZIJ O KILAH Z MEDNARODNO UDELEŽBO

kraj: LJUBLJANA, UKC**št. udeležencev:** 100**kotizacija:** 50 EUR**k. točke:** *****vsebina:** simpozij in delavnica sta namenjena splošnim kirurgom, specializantom, zainteresiranim za področje herniologije**organizator:** Herniološko združenje Slovenije, asist. mag. Jurij Gorjanc, dr. med.**prijave, informacije:** informacije: Jurij Gorjanc, E: info@kile.si

9.–10. ob 15.00 • DELAVNICA ZA MENTORJE V DRUŽINSKI MEDICINI: NOVOSTI NA PODROČJU UČENJA IN OCENJEVANJA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162**št. udeležencev:** 200**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** *****vsebina:** delavnica je namenjena sedanjim in bodočim mentorjem specializantov s področja družinske medicine**organizator:** Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Zdravniška zbornica Slovenije, Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD**prijave, informacije:** prijave: Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si, informacije: Ana Artnak, doc. dr. Marija Petek Šter

9.–10. ob 17.00 • STROKOVNA DOKTRINA STOMATOLOŠKE KLINIKE

kraj: ROGAŠKA SLATINA, Kulturni dom**št. udeležencev:** 300**kotizacija:** zobozdravniki 230 EUR, ostali zobozdravstveni delavci 160 EUR**k. točke:** *****vsebina:** strokovno srečanje je namenjeno zobozdravnikom, ustnim higienikom, medicinskim sestram, zobotehnikom**organizator:** Društvo zobozdravstvenih delavcev Slovenije, akademik prof. dr. Uroš Skalerič, dr. dent. med.**prijave, informacije:** Društvo zobozdravstvenih delavcev Slovenije, Peter Goltes, T: 051 212 869, F: 01 434 49 2010. ob 8.00 • ULTRAZVOČNI PREGLED MOŽGANOV NOVOROJENČKA IN DOJENČKA podroben program na W: www.nedonosencek.net**kraj:** LJUBLJANA, prostori Ginekološke klinike, UKC Ljubljana, Šljajmerjeva 3**št. udeležencev:** 20**kotizacija:** do 1. 10. 2012: 200 EUR, kasneje 250 EUR, kotizacije ni za študente in upokojene zdravnike (dopoldanski – teoretični del)**k. točke:** *****vsebina:** učna delavnica je namenjena predvsem pediatrom – neonatologom in rentgenologom**organizator:** Društvo za pomoč prezgodaj rojenim otrokom, strokovni vodja tečaja: prof. dr. Michael Riccabona, Gradec (A)**prijave, informacije:** prijave: Društvo za pomoč prezgodaj rojenim otrokom, Zaloška 11, Ljubljana, informacije: asist. Lev Bregant, dr. med., Mojca Štos, tajnica, T: 01 522 60 11, 522 60 90

13. ob 9.00 • NADALJEVANJE TTT2 – TRAINING THE TRAINERS – UČENJE UČITELJEV

kraj: LJUBLJANA, Očesna klinika in Simulacijski center UKC Ljubljana**št. udeležencev:** 8–10**kotizacija:** 200 EUR**k. točke:** v postopku**vsebina:** učenje učiteljev je namenjeno mentorjem specializantov, študentov**organizator:** Svet za izobraževanje UKC Ljubljana, prof. dr. Živa Novak Antolič**prijave, informacije:** prijave: E: ziva.novak@guest.arnes.si in vedno tudi E: meta.kovacic@obgyn.mf.uni-lj.si, informacije: Živa Novak Antolič, Porodnišnica Ljubljana, Zaloška 11, 1000 Ljubljana, T: 01 522 62 55, F: 01 43 97 590

13. ob 16.00 • SIMPOZIJ ETIKA V MEDICINI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta**št. udeležencev:** 250**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** v postopku**vsebina:** Simpozij je namenjen zdravnikom, zobozdravnikom ter študentom medicine in dentalne medicine.**organizator:** Društvo Medicinski razgledi, SZIM, KOOKIT, Štefan Grosek, Urh Grošelj, Miha Oražem, Črt Zavrnik**prijave, informacije:** E: miha.orazem@medrazgl.si, Miha Oražem, Črt Zavrnik, T: 01 524 23 56, F: 01 524 23 56, E: info@medrazgl.si13. in 14. ob 16.00 (dva popoldneva tvorita celoto) • VERBALNA IN NEVERBALNA KOMUNIKACIJA podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>**kraj:** LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162**št. udeležencev:** omejeno**kotizacija:** posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), za upokojene zdravnike 25 % popust, kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104**k. točke:** 6**vsebina:** Delavnica je namenjena vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci delavnice bodo vadili osnove komunikacije: jasno izražanje in tehnike aktivnega poslušanja ter razumevanja sporočil.**organizator:** Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar**prijave, informacije:** prijave: E: mics@zss-mcs.si, informacije: Mojca Vrečar, E: mics@zss-mcs.si, T: 01 30 72 191

14. ob 15.00 • VODENJE KRONIČNEGA BOLNIKA: »KRONIČNA BOLEČINA« podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MARIBOR, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Vošnjakova 2–4, Multi-medijiska predavalnica (VI. nadstropje)	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 , T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10	

15.–17. • OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Lek	št. udeležencev: 20	kotizacija: 250 EUR	k. točke: 20
vsebina: delavnica je namenjena zdravnikom splošne/družinske medicine, specializantom interne medicine	organizator: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, prof. Mitja Košnik, dr. med., prof. Stanislav Šuško, dr. med.	prijave, informacije: prijave: spletna prijavnica: W: www.klinika-golnik.si , informacije: Irena Dolhar, T: 04 256 94 93, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	

15.–17. ob 9.00 • JAVNO ZDRAVJE – PRILOŽNOST ZA SPREMINJAJOČO SE DRUŽBO

kraj: PORTOROŽ, Hoteli Bernardin	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 200 EUR, enodnevna 120 EUR, po 20. 6. 2012 240/120 EUR, člani sekcije za preventivno medicino imajo 20 EUR popusta	k. točke: ***
vsebina: 5. kongres preventivne medicine z mednarodno udeležbo	organizator: Sekcija za preventivno medicino, SZD, Alenka Kraigher	prijave: E: kongres.spm@gmail.com , informacije: Tatjana Berger, T: 041 760 350, F: 01 244 14 71, E: sekcija.spm@gmail.com	

16. ob 8.00 • LEŠNIČARJEV SIMPOZIJ

kraj: LAŠKO, Kongresni center	št. udeležencev: 50–70	kotizacija: 50 EUR, kotizacije ni za upokojene zdravnike in medicinske sestre, upokojene medicinske sestre, zdravnike pripravnike in specializante	k. točke: ***
vsebina: simpozij je namenjen infektologom, zdravnikom interne medicine, družinske medicine, pediatrom, mikrobiologom, epidemiologom, zdravnikom pripravnikom in specializantom ter medicinskim sestram, glavne teme: najpogostejše bolezni, ki jih prenašajo klopi, virusni hepatitis, bolnišnične okužbe, mišja mrzlica, antibiotiki, prikaz kliničnih primerov	organizator: Oddelek za infekcijske bolezni in vročinska stanja SB Celje v sodelovanju z Združenjem za infektologijo SZD in Zdravniškim društvom Celje, prof. dr. Gorazd Lešničar, dr. med., svetnik	prijave, informacije: prijave: Oddelek za infekcijske bolezni in vročinska stanja SB Celje, Oblakova 5, 3000 Celje, informacije: T: 03 423 30 00, int. št. 3194, G: 041 696 313, F: 03 423 39 88, E: gorazd.lesnicar@guest.arnes.si	

16. ob 8.00 • MALA ŠOLA NEVROLOGIJE: PARKINSONOVA BOLEZEN – PROGRAM ZA MEDICINSKE SESTRE

kraj: LJUBLJANA, Nevrološka klinika, Klinični oddelek za bolezni živčevja, Zaloška cesta 2	št. udeležencev: 25	kotizacija: 150 EUR	k. točke: ***
vsebina: strokovno izobraževanje o parkinsonovi bolezni za sestre, fizioterapevte, delovne terapevte, logopede, za vse, ki se ukvarjajo z nevrološkim bolnikom	organizator: Klinični oddelek za bolezni živčevja UKC Ljubljana, Lidija Ocepek, DMS	prijave, informacije: prijave: Anka Žekš, KO za bolezni živčevja, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, E: anka.zeks@kclj.si , informacije: Anka Žekš, T: 01 522 23 11, F: 01 522 30 37	

17. ob 9.00 • 27. OBČNI ZBOR STROKOVNEGA ZDRUŽENJA ZASEBNIH ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV SLOVENIJE

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Mo-dra dvorana, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: do 100	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: občni zbor je namenjen članom Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije	organizator: Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, predsednik Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije Primož Rus, dr. med.	prijave, informacije: prijavi ni potrebno pošiljati, informacije: pisarna Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana, T: 01 433 85 35	

20. in 21. ob 16.00 (dva popoldneva tvorita celoto) • UČINKOVITO REŠEVANJE KONFLIKTOV podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), za upokojene zdravnike 25 % popust, kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104	k. točke: 6
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci delavnice se bodo naučili in vadili, kako uspešno razreševati konfliktno situacije.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191	

22. ob 9.00 • SEMINAR NE JEMLJI OSEBNO

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: do 12. 11. 2012: 110 EUR (DDV je vključen), od 13. 11. 2012: 140 EUR (DDV je vključen), pripravniki in upokojenci imajo 30 % popust	k. točke: v postopku
vsebina: Seminar je namenjen vsem zdravstvenim delavcem. Program je na strani 12.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mic@zss-mcs.si	

23. ob 7.30 • IZZIVI PRI ZDRAVLJENJU BOLEZNI ZAKLOPK: II. MITRALNA ZAKLOPKA

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana, Zaloška c. 7, predavalnica 1	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 100 EUR	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno kardiologom, kardiološkemu kirurgom, anesteziologom, internistom, infektologom in specializantom vseh naštetih področij	organizator: Društvo slovenskih kardiokirurgov in Klinični oddelek za kirurgijo srca in ožilja UKC Ljubljana, prof. dr. Borut Geršak, dr. med., višji svetnik	prijave, informacije: prijave: E: natasa.mihelic@kclj.si , annette.godler@kclj.si , informacije: dr. Katja Ažman Juvan, dr. med., Nataša Mihelič Miletič, Annette Godler, T: 01 522 30 11	

23. ob 9.00 • VIII. SPOMINSKI SESTANEK AKAD. PROF. DR. LIDIJE ANDOLŠEK - JERAS »KONTRACEPCIJA DANES«

kraj: LJUBLJANA, Hotel Mons	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: specialisti 120 EUR, ostali 70 EUR, DDV je vključen	k. točke: ***
vsebina: podiplomski seminar je namenjen specialistom in specializantom ginekologije in porodništva, družinske/splošne medicine in pediatrije/šolske medicine ter drugim zdravstvenim delavcem	organizator: Slovensko društvo za reproduktivno medicino, prof. dr. Bojana Pinter, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: martina.peclin@obgyn.mf.uni-lj.si ali W: www.obgyn-si.org/ad2012 , informacije: T: 01 522 60 20, F: 01 522 61 30, E: martina.peclin@obgyn.mf.uni-lj.si	

23.–24. ob 8.00 • 4. BANIČEVI DNEVI – ZOONOZE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: RADENCI, Konferenčna dvorana hotela Radin	št. udeležencev: 150	kotizacija: 120 EUR (DDV je vključen), kotizacije ni za upokojene zdravnike, študente, sekundarije, specializante	k. točke: ***
vsebina: strokovno izpopolnjevanje je namenjeno vsem zdravnikom, mikrobiologom in laboratorijskim delavcem	organizator: Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe SZD, Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota in Splošna bolnišnica Murska Sobota, mag. Iztok Štrumbelj, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota, Tajništvo, Arhitekta Novaka 2 b, 9000 Murska Sobota (uporabite prijavnico za udeležbo, ki je objavljena na spletni strani www.imi.si), informacije: Iztok Štrumbelj, E: iztok.strumbelj@zsv-ms.si , Zdenka Horvat Šardi, E: zdenka.horvat-sardi@zsv-ms.si , ZZV Murska Sobota, T: 02 530 21 10, F: 02 530 21 11	

23.–24. ob 14.00 • IX. DERMATOLOŠKI DNEVI

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk	št. udeležencev: do 100	kotizacija: 50 EUR z vključenim DDV, za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje, simpozij je namenjen dermatologom in ostalim zdravnikom	organizator: UKC Maribor, Oddelek za kožne in spolne bolezni, Združenje slovenskih dermatovenerologov MF UM, prim. doc. Jovan Miljković, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Oddelek za kožne in spolne bolezni UKC Maribor, Brigita Giber, tajništvo Oddelka za kožne in spolne bolezni UKC MB, T: 02 321 27 05, E: brigita.giber@ukc-mb.si	

23.–24. • 7. MARIBORSKI KONGRES

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk**št. udeležencev:** omejeno
kotizacija: 200 EUR + DDV za zdravnike, 100 EUR + DDV za SMS/ZT, DMS/VMS, farmacevte, za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni**k. točke:** *****vsebina:** kongres je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, zdravstvenim tehnikom in fizioterapevtom, ki sestavljajo strokovno skupino v osnovnem zdravstvu**organizator:** Katedra za družinsko medicino v Ljubljani, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v splošni medicini, Združenje zdravnikov družinske medicine, Zavod za razvoj družinske medicine**prijave, informacije:** prijave: W: <https://www.e-medicina.si/mariborski-kongres/prijavnica>, informacije: Nina Štojs, T: 01 438 69 14, F: 01 438 69 10, E: nina.stojs@gmail.com, W: <http://www.e-medicina.si/mariborski-kongres>

29.–30. ob 8.40 • SIMPOZIJ SKUPINE SPINE EXPERTS GROUP

kraj: LJUBLJANA, Cankarjev dom, Kulturni in kongresni center**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** 250 EUR do 30. oktobra 2012, kasneje 300 EUR, specializanti 100 EUR**k. točke:** *****vsebina:** simpozij je namenjen ortopedom, nevrokirurgom, travmatologom, anesteziologom, revmatologom**organizator:** Slovensko združenje za hrbtenico in Oddelek za ortopedsko kirurgijo, Univerzitetni klinični center, prof. dr. Rok Vengust**prijave, informacije:** prijave: W: www.seg2012Ljubljana.si, informacije: Cankarjev dom, Kulturni in kongresni center, Prešernova 10, Alenka Kregar, T: 386 1 241 71 33, F: +386 1 241 72 96, E: alenka.kregar@cd-cc.si

30. 11.–1. 12. 2012 ob 9.00 • PSIHOTERAPEVTSKI UKREPI ZA VSAKDANJO RABO 4 podroben program na spletni strani zbornice

kraj: BEGUNJE, Psihiatrična bolnišnica**št. udeležencev:** 100**kotizacija:** 120 EUR**k. točke:** *****vsebina:** strokovno srečanje je namenjeno družinskim zdravnikom, psihiatrom**organizator:** Psihiatrična bolnišnica Begunje, direktor Damijan Perne, dr. med.**prijave, informacije:** prim. Andrej Žmitek, dr. med., T: 04 533 52 48, F: 04 530 72 21, E: andrej.zmitek@b-begunje.si

30. 11.–1. 12. ob 9.00 • »KRITIČNO BOLAN IN POŠKODOVAN OTROK – RAZPOZNAVA, ZDRAVLJENJE IN PREVOZ« Z UČNIMI DELAVNICAMI – XVI. IZOBRAŽEVALNI SEMINAR ZA ZDRAVNIKE

kraj: LJUBLJANA, UKC, Zaloška cesta 7, predavalnica 1**št. udeležencev:** 80**kotizacija:** 360 EUR z DDV, kotizacije ni za študente medicine – omejeno na prvih osem prijavljenih**k. točke:** *****vsebina:** Interaktivna predavanja in 8 učnih delavnic: Temeljni postopki oživljanja (TPO) – dojenček, Tekočinska reanimacija, Oskrba dihalnih poti, Etično razmišljanje pri življenjsko ogroženem otroku, Avtomatska zunanja defibrilacija, Intraosalna venska pot, Scenarij – Bolan otrok, Scenarij – Poškodovan otrok. Seminar je namenjen pediatrom na primarni, sekundarni in terciarni ravni, anesteziologom, zdravnikom urgentne in splošne medicine.**organizator:** Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, Kirurška klinika, UKC Ljubljana, prim. Ivan Vidmar, dr. med., svetnik**prijave, informacije:** prijave: Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, Kirurška klinika, UKC Ljubljana, Tajništvo, Bohoričeva 20, 1000 Ljubljana, informacije: prim. Ivan Vidmar, dr. med., svetnik, Karmen Boh, viš. upr. del., T: 01 522 81 97, 33 49, 48 29, F: 01 522 11 09, E: karmen.boh@kclj.si

30. 11.–2. 12. ob 8.00 • EVROPSKI TRAVMA TEČAJ – TIMSKI PRISTOP

kraj: še ni podatka**št. udeležencev:** 24**kotizacija:** 750 EUR**k. točke:** 20**vsebina:** tečaj je namenjen vsem zdravnikom**organizator:** Slovensko združenje za urgentno medicino, prim. mag. Dušan Vlahovič, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: W: www.szum.si, E: info@szum.si, informacije: Monika Grünfeld, T: 041 607 402

6.–8. ob 9.00 • ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT PROVIDER COURSE

kraj: IG PRI LJUBLJANI, IC URSZR, Zabrv 12, Ig**št. udeležencev:** 16 (možnost opazovalcev)**kotizacija:** 750 EUR + DDV**k. točke:** *****vsebina:** tečaj »nadaljevalni postopki oskrbe poškodovancev« je namenjen vsem zdravnikom, ki se ukvarjajo s poškodovanci**organizator:** Zdravniško društvo ATLS Slovenija, Roman Košir, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: W: <http://www.atls.si/>, E: prijave@atls.si, informacije: Roman Košir, T: 031 541 202

7. ob 8.00 • MALA ŠOLA NEUROLOGIJE: DEMENCA

kraj: LJUBLJANA, Nevrološka klinika, Klinični oddelek za bolezni živčevja, Zaloška cesta 2**št. udeležencev:** 25**kotizacija:** 150 EUR**k. točke:** *****vsebina:** Strokovno izobraževanje o demenci za boljše prepoznavanje, zdravljenje in vodenje bolnikov v ambulanti družinskega zdravnika je namenjeno družinskim in vsem drugim zdravnikom, ki bi radi osvežili svoje znanje neurologije.**organizator:** Klinični oddelek za bolezni živčevja UKC Ljubljana in Katedra za družinsko medicino MF v Ljubljani, asist. Milica Gregorič Kramberger, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: Anka Žekš, KO za bolezni živčevja, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, E: anka.zeks@kclj.si, informacije: W: www.kobz.si, Anka Žekš, T: 01 522 23 11, F: 01 522 30 37

7.–8. ob 8.30 • 29. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: UČENJE IN POUČEVANJE O OBVLADOVANJU TEŽAVNIH SITUACIJ V DRUŽINSKI/SPLOŠNI MEDICINI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: ZREČE, Terme Zreče**št. udeležencev:** 50**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** *****vsebina:** učne delavnice so namenjene sedanjim in bodočim mentorjem študentov in specializantov s področja družinske medicine**organizator:** Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru, Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, prim. doc. dr. Mateja Bulc, prim. Darinka Klančar, doc. dr. Marija Petek Šter, prim. doc. dr. Davorina Petek**prijave, informacije:** Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si. Udeleženci bodo na srečanju prejeli zbornik, ki bo obravnaval omenjene teme.

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

kraj: IZOLA**št. udeležencev:** 24**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, informacije:** prijave: W: www.szum.si, E: info@szum.si, informacije: Monika Grünfeld, T: 041 607 402

13. ob 9.00 • TTT – TRAINING THE TRAINERS – UČENJE UČITELJEV

kraj: LJUBLJANA, Očesna klinika in Simulacijski center UKC Ljubljana**št. udeležencev:** 8–10**kotizacija:** 200 EUR**k. točke:** 7**vsebina:** učenje učiteljev je namenjeno mentorjem specializantov, študentov**organizator:** Svet za izobraževanje UKC Ljubljana, prof. dr. Živa Novak Antolič**prijave, informacije:** prijave: E: ziva.novak@guest.arnes.si in vedno tudi E: meta.kovacic@obgyn.mf.uni-lj.si, informacije: Živa Novak Antolič, Porodnišnica Ljubljana, Zaloška 11, 1000 Ljubljana, T: 01 522 62 55, F: 01 43 97 590

14. ob 9.00 • GLAVOBOL IN NEVROPATSKA BOLEČINA 2012

kraj: LJUBLJANA, Gospodarsko razstavišče**št. udeležencev:** do 250**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** *****vsebina:** strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom družinske in splošne medicine, nevrologom, algologom, farmacevtom, medicinskemu osebju in vsem, ki želijo izpopolniti svoje znanje na področju obravnave bolnikov z glavobolom in nevropatsko bolečino ali izvedeti več o tem simptomu**organizator:** Sekcija za glavobol – Združenje nevrologov pri Slovenskem zdravniškem društvu in Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni ob strokovnem sodelovanju zdravnikov UKC Ljubljana, UKC Maribor in drugih slovenskih in tujih strokovnjakov, dr. Bojana Žvan, dr. Marjan Zaletel**prijave, informacije:** prijave: Društvo MŽB, Mala ulica 8, 1000 Ljubljana, informacije: Andreja Merčun, E: andreja@glavobol.com, T: 0590 11234, F: 01 430 23 14

JANUAR 2013

11.–12. ob 8.30 • 29. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: UČENJE IN POUČEVANJE O OBVLADOVANJU TEŽAVNIH SITUACIJ V DRUŽINSKI/SPLOŠNI MEDICINI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58

št. udeležencev: 50

kotizacija: kotizacije ni

k. točke: ***

vsebina: učne delavnice so namenjene sedanjim in bodočim mentorjem študentov in specializantov s področja družinske medicine

organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru, Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, prim. doc. dr. Mateja Bulc, prim. Darinka Klančar, doc. dr. Marija Petek Šter, prim. doc. dr. Davorina Petek

prijave, informacije: Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si. Udeleženci bodo na srečanju prejeli zbornik, ki bo obravnaval omenjene teme.

FEBRUAR 2013

1.–2. ob 8.30 • 29. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: UČENJE IN POUČEVANJE O OBVLADOVANJU TEŽAVNIH SITUACIJ V DRUŽINSKI/SPLOŠNI MEDICINI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: STRUNJAN, Zdravilišče Strunjan

št. udeležencev: 50

kotizacija: kotizacije ni

k. točke: ***

vsebina: učne delavnice so namenjene sedanjim in bodočim mentorjem študentov in specializantov s področja družinske medicine

organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru, Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, prim. doc. dr. Mateja Bulc, prim. Darinka Klančar, doc. dr. Marija Petek Šter, prim. doc. dr. Davorina Petek

prijave, informacije: ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si. Udeleženci bodo na srečanju prejeli zbornik, ki bo obravnaval omenjene teme.

28. 2.– 2. 3. ob 15.30 • 29. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: UČENJE IN POUČEVANJE O OBVLADOVANJU TEŽAVNIH SITUACIJ V DRUŽINSKI/SPLOŠNI MEDICINI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MORAVSKE TOPLICE

št. udeležencev: 50

kotizacija: kotizacije ni

k. točke: ***

vsebina: učne delavnice so namenjene sedanjim in bodočim mentorjem študentov in specializantov s področja družinske medicine

organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru, Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, prim. doc. dr. Mateja Bulc, prim. Darinka Klančar, doc. dr. Marija Petek Šter, prim. doc. dr. Davorina Petek

prijave, informacije: Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si. Udeleženci bodo na srečanju prejeli zbornik, ki bo obravnaval omenjene teme.

MAREC 2013

15.–16. ob 8.30 • OKUŽBE IN IMUNSKI ODZIV PRI NOVOROJENČKIH

kraj: LJUBLJANA, Pediatrična klinika, UKC, Bohoričeva 20, velika predavalnica

št. udeležencev: ni omejeno

kotizacija: 130 EUR, kotizacije ni za upokojene zdravnike in študente

k. točke: ***

vsebina: mednarodno strokovno srečanje je namenjeno neonatologom, pediatrom, družinskim zdravnikom, ginekologom, medicinskim sestram, medicinskim babicam

organizator: Klinični oddelek za neonatologijo, Pediatrična klinika, UKC Ljubljana, prof. dr. Darja Paro Panjan, dr. med.

prijave, informacije: prijave: E: mojca.knavs@kclj.si, informacije: KO za neonatologijo, Pediatrična klinika, Bohoričeva 20, Ljubljana, prof. dr. Darja Paro Panjan, dr. med., asist. dr. Borut Bratanič, dr. med., T: 01 522 92 74, 01 522 86 51, F: 01 522 40 35, E: borut.bratanic@mf.uni-lj.si

21. ob 11.00 • NOVA SPOZNAVANJA PRI RAZISKAVAH SARKOIDOZE, DRUGO SREČANJE

kraj: LJUBLJANA, UKC

št. udeležencev: ni omejeno

kotizacija: kotizacije ni

k. točke: ***

vsebina: strokovno srečanje je namenjeno vsem zdravnikom

organizator: Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergije, UKC LJ, dr. Marjeta Terčelj

prijave, informacije: Bernarda Bregar, T: 01 522 28 26, F: 01 522 23 47, E: bernarda.bregar@kclj.si

Termalni & Wellness center LifeClass

V Termalnem & Wellness centru LifeClass Portorož, ki je priznано slovensko naravno zdravilišče, center zdravja, lepote in dobrega počutja in kjer združujemo dolgoletno tradicijo talaso terapije s sodobnimi medicinskimi znanji, želimo zaposliti novega sodelavca na delovnem mestu

zdravnik specialist fiziater (m/ž)

v Medicinskem in fizioterapevtskem centru Terme & Wellness LifeClass

Pogoji za zasedbo delovnega mesta:

- veljavna zdravniška licenca s področja fizikalne in rehabilitacijske medicine.

Poleg strokovne usposobljenosti pričakujemo tudi:

- aktivno znanje slovenskega in italijanskega jezika ter dobro pogovorno znanje vsaj enega tujega jezika (angleški ali nemški jezik), zaželeno je tudi vsaj osnovno poznavanje ruskega jezika;
- znanja ali pripravljenost na strokovno izobraževanje s področja medicinskega velnesa.

Z izbranim kandidatom se bomo dogovorili o pogojih sodelovanja. Ponuja se možnost strokovnega izobraževanja in razvoja s področja medicinskega velnesa.

Zainteresirane kandidate/kandidatke vabimo, da izpolnite spletni vprašalnik za zaposlitev na naši spletni strani (www.lifeclass.net/si/o-podjetju/kadrovanje-in-razvoj-kariere/zaposlitev) ali nam posredujete pisne vloge po pošti na naslov: Istrabenz Turizem, d.d., Obala 33, 6320 Portorož, najkasneje do 20. 08. 2012.

Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije

objavlja v sektorju za izvedenstvo tri prosta delovna mesta:

1. zdravnik predsednik I - (m/ž)

- eno delovno mesto za delo na invalidski komisiji II. stopnje v Ljubljani

Kandidati morajo izpolnjevati naslednje posebne pogoje:

- zdravnik specialist medicine dela, prometa in športa ali zdravnik specialist druge ustrezne klinične specialnosti, 4 leta delovnih izkušenj, veljavna licenca

zdravniške zbornice, znanje Microsoft Office, aktivno znanje slovenskega jezika in sposobnost sporazumevanja v tujem jeziku

2. zdravnik izvedenec II - (m/ž)

- eno delovno mesto za delo na invalidski komisiji I. stopnje v Kranju
- eno delovno mesto za delo na invalidski komisiji II. stopnje v Ljubljani

Kandidati morajo izpolnjevati naslednje posebne pogoje:

- zdravnik specialist medicine dela, prometa in športa ali zdravnik specialist druge ustrezne klinične specialnosti, 4 leta delovnih izkušenj, veljavna licenca zdravniške zbornice, znanje Microsoft Office, aktivno znanje slovenskega jezika in sposobnost sporazumevanja v tujem jeziku

Pogodbe o zaposlitvi bodo sklenjene za nedoločen čas (nastop dela po dogovoru).

Kandidate/kandidatke vabimo, da pošljejo pisne ponudbe do 15. 08. 2012 z dokazili o izpolnjevanju pogojev in opisom delovnih izkušenj na naslov: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Kolodvorska 15, 1518 Ljubljana.

Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije

objavlja

za delo v izvedenskih organih Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije

razpis

za izvedence/izvedenke medicinske stroke

1. Za invalidsko komisijo II. stopnje:

- zdravnika izvedenca – specialista ortopedije,
- zdravnika izvedenca – specialista psihiatrije,
- zdravnika izvedenca – specialista onkologije,
- zdravnika izvedenca – specialista revmatologije.

2. Za invalidsko komisijo I. stopnje v Celju:

- zdravnika izvedenca – specialista nevrologije,
- zdravnika izvedenca – specialista dermatovenerologije.

3. Za invalidsko komisijo I. stopnje na Jesenicah:

- zdravnika izvedenca – specialista medicine dela, prometa in športa

4. Za invalidsko komisijo I. stopnje v Kopru:

- zdravnika izvedenca – specialista nevrologije

Za izvedenca je lahko imenovan zdravnik specialist ustrezne klinične usmeritve z veljavno licenco Zdravniške zbornice Slovenije, z najmanj dveletnimi delovnimi izkušnjami v svoji specialistični dejavnosti, ki je praviloma v rednem delovnem razmerju ali je samozaposlen. Izbrani izvedenec bo imenovan praviloma za štiri leta in bo kot član senata ali predsednik senata invalidske komisije ali kot zdravnik posameznik izdeloval izvedenska mnenja, kot so opredeljena po Zakonu o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Delo se na podlagi določil Pravilnika o organizaciji in načinu delovanja invalidskih komisij ter drugih izvedenskih organov Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije opravlja po pogodbi in praviloma v popoldanskem času.

Kandidati/kandidatke naj pošljejo pisne prijave z dokazili o izobrazbi in delovnih izkušnjah do 15. 08. 2012 na naslov: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Kolodvorska 15, 1518 Ljubljana.

O imenovanju oziroma neimenovanju bodo kandidati obveščeni v 30 dneh po sklepu pristojnega organa.

MALI OGLAS

Prodamo ali oddamo poslovni prostor na Masarykovi 14 v Ljubljani – lokacija v bližini ZD Center.

Informacije po T: 01 475 03 91



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 _____



Tudi letos je bilo prizorišče koncerta Pro medico zasedeno do zadnjega kotička (kljub dodatnim 100 sedežem). Častitljivo dvorano Kazine (v kateri je zasedala prva skupščina Republike Slovenije), ki sicer ni najbolj ustrezna za tako obsežen spored, kot je bil nastop orkestra in baletnih plesalcev, je dekan ljubljanske Akademije za glasbo, profesor Andrej Grafenauer, dal brezplačno na razpolago.

Musica amor noster

Poslovilni koncert profesorja Pavla Kornhauserja

Boris Klun

Medicina in glasba?

Prav gotovo svojevrsten fenomen, saj imamo zdravniki posebno nagnjenje do glasbe v vseh oblikah, kot ustvarjalci, še večkrat kot izvajalci, pa do solistov, pevcev, instrumentalistov v orkestrih in članov zborovskega petja.

Če se ozremo po nekaterih drugih akademskih poklicih, bomo kmalu na koncu s preštevanjem in še tisti redki so navadno le zagnani posamezniki. Komorno zasedbo bi že težko našli, orkestri pa so prej domena policije in gasilcev.

Iskanje vzrokov pustimo ob strani. Morda umik iz materialnega vsakdana, pribežališče svobodne ustvarjalnosti, morda iskanje enako usmerjenih in išočih ali pa pozaba neprestanih, dan in noč prisotnih glodajočih skrbi. Morda vsakega nekaj. Empatija in glasba stojita druga ob drugi.

Pustimo ob strani obdobje bratov Ipavec, zdravnikov in komponistov, katerih dela so bila kar nekajkrat izvajana tudi na sedanjih zdravniških koncertih. Takrat je ob robu tako imenovanih Plečnikovih dnevo, pred več kot štiridesetimi leti, nastala majhna, *ad hoc* zbrana komorna skupina, ki jo je nekako »spravil vkup« takratni predstojnik Inštituta za patologijo, prof. dr. Lennart, široko razgledan zdravnik in tudi sam ljubiteljski čelist.

Novi klinični center, velikanski korak napredka v slovenski medicini, je ob izbruhu novih idej sprožil misel na ustanovitev kulturne skupine, ki bi poleg glasbe zajela še druge dejavnosti. Tako je bilo pred približno tridesetimi leti ustanovljeno Kulturno-umetniško društvo, imenovano po dr. Lojzu Kraigherju (predlagal je profesor Kornhauser), književniku in pobudniku slovenske Medicinske fakultete, ki naj bi se razširilo poleg glasbe še na druge kulturne dejavnosti. Srečne okoliščine so pripomogle, da se je našlo nekaj denarja za »obratni kapital«, tudi klavir je bil v njem.

V tem okviru je nastala komorna skupina Pro medico, najprej kot klavirski kvintet, kasneje pa po potrebi in predvsem po možnostih v različnih komornih zasedbah. Izvajalci so se menjavali, dva (M. Zupan in prof. Kornhauser) sta ostala zvesta do danes. Istočasno so nastajale, lahko rečemo številne, skupine, od pevskih zborov do orkestralnih in pihalnih zasedb, ne le v zdravniških zasedbah, temveč ob sodelovanju vseh vrst medicinskih poklicev. Izvajalci so se pogosto menjali, nekatere skupine se niso obdržale. Ne gre pozabiti, da ima zdravstvo, kot malokateri drug poklic, popolnoma neurejen delovni čas, nočno delo, nujne dogodke, kar obremenjuje ne le družinsko življenje, temveč tudi redne vaje (po pravilu neredne) in sestanke in ti so



Godalni kvartet Pro medico z orglarko, študentko ljubljanske Akademije za glasbo, Ano Pristovšek, izvaja baročno sonato A. Caldara.

se odvijali večinoma v improviziranih prostorih, z akustičnimi odmevi, ki niso bili vedno naklonjeno sprejeti.

Sedaj že kar obsežen korpus muzikatov se ni mogel razvijati brez nekoga, nekoga, ki bi bil tako rekoč stalno prisoten, ki je z neutrudljivo, neustavljivo vrtajočo vztrajnostjo skrbel za čredo, da je ostala skupaj in se razvijala. Tak *spiritus gurans* je bil Pavle Kornhauser. Znana je anekdota, kako je na dan premiere Gershwinove *Porgy and Bess* prejel obupan telefonski klic glavnega solista, češ da bruha in ima drisko. Prosim, nobene panike: rešilni avto, so-glasje predstojnika Infekcijske klinike za sprejem, infuzija. Zvečer že prepeva.

Mimogrede, pri omenjeni uprizoritvi sta sodelovala ob orkestru, ki je bil izpopolnjen z nekaterimi študenti Akademije za glasbo, dva mešana pevska zboru Kulturno-umetniškega društva ter pevci in solisti, skupno je bilo na odru 100 glasbenikov. Profesor Kornhauser pripoveduje, kako je šel na Glasbeno akademijo in vlekkel za rokav tiste študente, ki naj bi pokrili luknje v orkestru. Komaj kdo iz medicine pač igra na tubo ali na tolkala.

Leta 2005 je velik uspeh dosegel muzikal Nesrečniki, z mešanim mladinskim zborom »Veter« iz Ljubljane, pod taktirko dirigentke Urše Lah in s solisti: nevrokirurgom prof. dr. Borisom Klunom, študentko medicine Vlasto Rožman in študentom Jernejem Strahom.

Naslednje leto je Pro medico s sodelovanjem pevskega zboru Vox medicorum ter orkestra Camerata medica pod taktirko prof. Tomaža Faganela izvedel obsežno delo slovenskega baročnega skladatelja J. K. Dolarja, leta 2007 pa kot prazgodbo (!) klavirski sekstet domačega skladatelja Alda Kumarja.

Leta 2009 je bil – prvič v Ljubljani – izveden septet za trobento in godala francoskega skladatelja C. Saint Saënsa: trobento je igral študent ljubljanske medicinske fakultete Matija Švagan.

Koncerti so bili kasneje vključeni v kulturni poletni program festivala v »Stari Ljubljani«.



Klavirski kvintet v sestavi: Pavle Kornhauser, klavir, Marko Zupan, 1. violina, Andrej Gubenšek, 2. violina, Vilim Demšar, viola, Tina Gregorc, violončelo, je izvedel skladbo A. Borodina, za katero so značilne slovanske melodije in ruski ritmi.

Pro medico v različnih sestavah je nekajkrat sodeloval tudi na TV Slovenija in gostoval na Madžarskem, v Avstriji in na Hrvaškem.

Zadnja leta je na koncertih sodelovala tudi baletna šola ljubljanskega Konservatorija za glasbo in balet.

Lahko rečemo, da bi tej glasbeni raznolikosti v evropski medicinski srenji težko našli par.



Po »poslovnem govoru« in podelitvi priznanj je slavljenec zaigral isto skladbo, kot jo je javno pred osemdesetimi leti: Fantaisie-Improptu F. Chopina.

ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

Vodstvo KUD-a dr. Lojz Kraigher je od profesorja Kornhauserja prevzela profesorica dr. Zvonka Slavec, ki ga vodi z enako energijo in elanom, tako da šteje danes že približno 500 članov in vrsto sekcij, od glasbe preko slikarstva do folklore in šaha.

Tradicionalni junijski letni koncert v res nabito polni dvorani Kazine je imel letos v programskem listu podnapis »Koncert bo poslovljni nastop prof. dr. Pavla Kornhauserja«. Spored je obsegal trio sonato za godala in orgle Antonia Caldare in Borodinov klavirski kvintet, po odmoru pa je skupina učencev in učenek ljubljanskega Konservatorija za glasbo in balet, ob spremljavi orkestra Pro medico, zaplesala sedem odlomkov iz baletne suite Hrestač, P. I. Čajkovskega.

Slavljenec in poslavljenec je eden tistih, danes že ne tako redkih zdravnikov, ki so dokončali dva študija, medicino in glasbo, in se večkrat niso mogli odločiti, katerega od obeh naj si izberejo za poklic. Videti je, da se je prof. Kornhauser odločil pravilno, za oba. Medicino in klavir je dokončal v Zagrebu, slednjega je začel kot fantič že pri svoji mami, znani pianistki in pedagoginji, kasneje je sodeloval pri vseh koncertih zagrebškega *Glazbenega zavoda*, nadaljeval s Pro medico na vsakoletnih koncertih, v vseh zasedbah od klavirskega dua do kvinteta (za klavirski kvintet so preigrali skoraj vso v Sloveniji dosegljivo literaturo), poleg zdravniških koncertov je organiziral še koncerte za bolnike v imenu »humanizacije hospitalizacije«.

Poleg tega je znal poiskati in animirati glasbenike iz medicinskih vrst, ne vedno po njihovih željah, ki so nadomestili tiste, ki so prenehali.



Učenke in učenci baletne šole ljubljanskega Konservatorija so predstavili štiri odlomke iz glasbeno genialno napisanega baleta Hrestač P. I. Čajkovskega.



Koreografinja in profesorica baletne šole Darja Sebastian sprejema vrtnico v znak priznanja.



Ad hoc orkester Pro medico, ki ga kot jedro sestavljajo godalci ansambla Pro medico, v katerem sodelujejo še zdravniki instrumentalisti ter študentje ljubljanske Akademije za glasbo, med njimi zlasti pihalci; v orkestru so bili tokrat tudi člani simfoničnega orkestra RTVS, prvič je z njimi nastopila tudi harfistka. Orkester je izvedel vseh sedem stavkov suite Hrestač.

Po koncertu je profesor Kornhauser z daljšim nagovorom opisal svojo glasbeno pot in povedal, da predaja Pro medico svojemu nasledniku, violinistu Andreju Gubensku, mlademu zdravniku, ki je pravkar končal medicino in glasbeno akademijo. Slednji se je zahvalil in optimistično najavil nadaljevanje skupnega muziciranja.

Sledile so lavdacije, zahvale in darila: Marko Zupan, nevrolog iz Celja, prva violina in v Pro medico od samega začetka, sedanja predsednica KUD-a prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, ki mu je izročila njegov portret, delo akademskega slikarja Henrika Krnca, predsednica Zdravniške zbornice prim. Gordana Kalan Živčec, mag. Marija Vrbič z zahvalo za uspešno sodelovanje pevskega zbora dr. Bogdan Derč pri izvedbi oper Porgy and Bess in Gorenjski slavček, transfuziologinja Polonca Mali, med drugim tudi za botrovanje pri imenu zbora Vox medicorum, in mag. Igor Tršar, direktor Republiškega sklada za kulturne dejavnosti, ki je slavljencu izročil jubilejno priznanje.

Prav na koncu, menim pa, da je bil to višek večera, je slavjenec sedel za klavir in zaigral Chopinovo Fantazijo – Impromptu, ki jo je prvič na odru zaigral kot desetletni deček. Nič ni bilo

slišati, da bi prsti ne zmogli hitrih Chopinovih pasaž. Če ne bi bil trdovraten skeptik, bi rekel, da je bilo ganljivo. Menda je le Artur Rubinstejn poslednjič nastopil leto dni starejši.

Imenitni, svetovno znani tenorist medvojnega obdobja, Leo Slezak, je nekoč tam nekje v tridesetih letih preteklega stoletja imel svoj *Liederabend* (večer samospjevov) v Linzu, takrat res še provinčialnem mestecu. Pri njem se je oglasila delegacija zdravniškega društva in ga vprašala, ali bi bil pripravljen peti na njihovem koncertu. Menda je Slezak rekel »*Meine Herren*, skoraj bi si rajši pustil operirati slepič od filharmonikov, kot pa da bi me spremljali zdravniški godbeniki.« *Falsch, Herr Kammer Sänger* (komorni pevec). Danes bi ga ti filharmoniki tukaj zelo uspešno spremljali in tudi kakšen slepič bi mu lahko enako virtuozno odstranili.

In *post festum*. Da bi bil to poslovljni koncert? Nisem edini, ki ima nekaj dvomov in upov. Palko, če že ne na klavir, pa vsaj na pikolo.

Foto: Andraž Cerar

E-naslov: boris.klun@gmail.com

Fotokronika: podelitev priznanj zdravniku in umetniku ob njegovem poslovljnem koncertu



Celjski nevrolog Marko Zupan, prvi violinist Pro medico, je imel v zadnjih desetletjih s slavljencem številne uspešne nastope na koncertnih odrih v različnih komornih skupinah. Sporedi so bili zahtevni in kakovost izvedbe na skupnih koncertih je bila na ravni poklicnih umetnikov.



Direktor Republiškega sklada za kulturne dejavnosti, mag. Igor Tršar, izroča slavljencu jubilejno priznanje za razvoj kulture v Sloveniji.

ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU



Predsednica Zdravniške zbornice Slovenije, prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med., je poudarila pionirske zasluge profesorja Kornhauserja za razvoj našega zdravstva in za ljubiteljsko muziciranje med zdravniki.



Predsednica Kulturno-umetniškega društva KC in MF dr. Lojz Kraigher, prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, se je zahvalila slavljenču, da je dal pred več kot tridesetimi leti pobudo in uresničil oblikovanje KUD-a v naši osrednji zdravstveni in pedagoški ustanovi ter da je bil predsednik društva, sicer njen predhodnik. Od začetka je vodil zdravniško komorno glasbeno skupino Pro medico in je z njo – tudi samostojno – nastopal kot pianist. V priznanje mu predsednica izroča njegov portret, delo akademskega slikarja Henrika Krnca.



V imenu pevskega zbora dr. Bogdan Derč se njegova predsednica mag. Marija Vrbič zahvaljuje za sodelovanje, zlasti za skupne uspešne nastope v operah Porgy in Bess G. Gershwi- na ter Gorenjski slavček A. Försterja.



Violinist ansambla Pro medico, pred kratkim diplomirani zdravnik in glasbenik Andrej Gubenšek, ki bo odslej prevzel vodenje te glasbene skupine, je optimistično najavil nadaljevanje skupnega muziciranja, obenem se je zahvalil slavljenču za njegovo umetniško in organizacijsko dejavnost za vsa leta nazaj.



Predsednica pevске skupine Vox medicorum, transfuziologija Polonca Mali, izroča šopek kot priznanje za skupne nastope, še zlasti, ker je profesor Kornhauser predlagal zboru njegovo ime.

Foto: Andraž Cerar

Kjer domujejo gorile

Franci Bečan

Vrhove Virunge, gorske verige šestih ugaslih in treh aktivnih vulkanov na tromeji Ugande, Ruande in Konga, so tistega marčnega jutra ljubosumno skrivali neprijazni megleni oblaki. V lodžu v vasici Kinigi, kjer se zbere večina popotnikov, željnih ogleda gorskih goril v Parc National des Volcanes, je vrvelo.

Opazoval sem popotnike. Nekateri, dobro opremljeni, izborna oblečeni, najbolj glasni, so se pripravljali za vzpon na vulkan Karisimbi, 4.507 metrov visoko, na daleč so dajali vtis, da tu niso prvič. Drugi, tihi in skromneje opremljeni, so odhajali k ostankom raziskovalnega centra Karisoke, med Mt. Karisimbi in Mt. Bisoke, kjer je pokopana ameriška primatologinja Dian Fossey. Manjša skupina se je odpravljala na ogled družine »zlatih opic« v gorskem tropskem gozdu pod Mt. Gahinga.

Največ nas je odhajalo na *gorilla tracking*, tu smo bili prvič, zbegani, komaj prikrivajoči vznemirjenje. *Rangerji*, črnici v olivno zelenih uniformah in čepicah nacionalnega parka, so nas razdelili v skupine po osem. V borni angleščini so nas poučili o pravih obnašanja. Potem smo sedli v terenska vozila in se skozi male revne vasice, polne zvedavih črnih otrok, ki so kričali ob prašnih rdečih cestah, peljali v notranjost ogromnega parka. Visokotravna savana, močvirja, zaraščena s papirusom, nasadi močnatih banan, sladkega krompirja, manioka. Po uri živahne vožnje je cesta postala prestrma in neprevozna.

»Hodili bomo dve do štiri ure, odvisno od tega, kje bomo našli družino goril. Smo na višini 2.400 metrov, vsako uro se bomo

ustavili,« je kratko razložil *ranger*, visokorasel črnc, belih zob, mesnatih ustnic, temnega pogleda, preko ramena si je nadel avtomatsko puško. Hodili smo v gosjem redu, sprva v strmem bambusovem gozdu, ob globeli, v dnu katere je bilo slišati studenec. Po uri hoda se je steza prevesila v brinjeve pašnike, na ozkih, poševno visečih njivah sireke smo videvali redke črnice, ki so, počasnih zamahov, kopali v rodovitno rdečo vulkansko zemljo. »Tam, pod Mt. Karisimbi, je Karisoke Research Center, leta 1967 ga je ustanovila Dian Fossey,« je pokazal črnc v verigo gorovja Virunga in najvišji vulkanski vrh. Zadnje pahljačaste meglice so se razkadile in afriško sonce nas je prijazno objelo.

Dian Fossey je bila ameriška zoologinja, ki je od leta 1967 v gorskih tropskih pragozdovih Ruande opazovala in proučevala vedenje gorskih goril. Njeno odpravo je financirala National Geographic Society. Opravila je prvo štetje goril. Borila se je zoper divji lov in lov goriljih mladičev za živalske vrtove. Če so divji lovci želeli ujeti mladiča, so morali ubiti vso družino in srebrnorbtega samca, ki so do zadnjega branili mladiča. V času njenega prihoda v Afriko je populacija gorskih goril zaradi divjega lova tako upadla, da je celotni vrsti grozila nevarnost izumrtja. Bila je nasprotnica *gorilla trackinga* zaradi prenosa bolezni dihal s človeka na gorile, te so bile za gorile pogosto usodne. 27. decembra 1985 so jo našli umorjeno v njeni koči pod Mt. Karisimbi. Umor ni bil nikoli dokončno raziskan.

Vzpenjali smo se tri ure in bili smo blizu visoke goščave. V mobilnem aparatu mrkega *rangerja* je zahreščalo, sledilo je



Družina gorskih goril v tropskem pragozdu v gorovju Virunga.

besedčenje v nerazumljivi ruandščini. »Smo blizu ene od goriljih družin, enajst živali. Od včeraj so se preselile za pet kilometrov, naši trije *rangerji* so jim sledili. Gorile smete opazovati z razdalje sedmih metrov. Ne smete se jih dotikati, tudi če se vam približajo in se vas dotaknejo. Pred gorilami ne smete bežati, počasi se jim umaknite. Ne smete fotografirati z bliskavico,« nam je veleval črnc. Potem smo krenili v goščavo.

Nad Ljubljano se je rojeval svetel junijski dan. Z gradu, ždečega nad mestom, je padala sinja senca proti Rotovžu. V stolni cerkvi je pozvanjalo deveto uro. Bil je dan sv. Vida, šolsko leto se je bližalo koncu.

Francek je bil četrtošolec, z razredom so šli v živalski vrt, duša mu je bila radostna in polna nemira. Živali, ki jih je videval le v Daktariju, bo danes videl prvič. Mama mu je zjutraj v roko stisnila kovanec. »Vzemí, za sladoleđ,« je rekla. Primestni avtobus, kostanjevi drevoredi v Tivoliju, deček s piščalko, ribniki in že so bili v Rožni dolini.

Živalski vrt je bil poln žuborečih šolskih otrok. Opazoval je bobre in vodne ptice, občudoval kameli, navdušeno strmel v ameriške bizone. Pred očmi so se mu zvrtele indijanarice s čredami bizonov. Medveda, Jako in Meto, dobrodušni in leni živali, je oskrbnik ravno krmil s štrucami kruha. S sošolcem sta obstala pred kletkami z opicami. Igrale so se na trapezih, lovile sadeže, ki so jih metali otroci, in vreščale. »Judy,« je rekel sošolcu in pokazal na najbolj razigrano.

»Poglej ju, kako buljita v opice. Sigurno sta prvič v živalskem vrtu. Seveda, na kmetih so le krave, voli in kakšna koza.« Trije fantje, oblečeni v modne tržaške kavbojke in majice živahnih barv, so se jima približali na korak. Besede, posmehljive in zaničljive, so padale kot kamni in boleče legle Francku v dušo. Nekaj deklet se je bebavo zahihitalo. Sošolec je tiho sklonil glavo. Ni greh, če sem prvič v živalskem vrtu, je kričalo v njem. S pogledom je iskal učiteljico, ni je bilo blizu.

»Bil sem že v živalskem vrtu v Zagrebu, na Dunaju pa imajo pravo gorilo. Iz Afrike. Tri metre je visoka.« Gizdav fant, z zapetnico na roki in s trakom v lasih, se je porogljivo obrnil k Francku. »Nikoli ne boš videl gorile, le krave boš gledal.«

Francek je v sramu zardel in se oddaljil. Zakaj ne nosim tržaških kavbojk in avstrijskih majic, mu je ključevalo v možganih, in zakaj nosim nemodne srajce in hlače s cenениh razprodaj. Taval je po živalskem vrtu, zmeden in turoben, in ni več videl niti živali niti radostnih otrok.

»Ne bom jedel,« je zvečer dejal mami.

»Verjetno ti je škodil sladoleđ,« mu je zaskrbljeno govorila.

»Ne vem.« Stisnil je kovanec v žepu, močno, kot bi hotel streti ves hudobni svet.

Sprva smo videli le visoka senčnata drevesa, preprejena z ovijalkami, zeleno bodečo podrast, v katero sonce nikoli ni predrlo, mrčes, mravlje in žuželke so nas pikale skozi dolga oblachila.

Potem smo jih zagledali. Gorske gorile. Ogljenočrne nežne velikanke. Sedele so v razrasti pirnice, praproti, kopriv in divje zelene ter grizle bambusovo steblo. Iz za zelene zaves tropičja so pritekli še trije mladiči. Vznemirjenje, ki se je stopnjevalo vse dopoldne, je doseglo vrhunec. Slišal se je le naš šepet ter brnenje kamer in fotoaparatorov. Gorile so se premaknile skozi gosto podrast, mi smo jim sledili. Črnci, sedaj jih je bilo pet, so nam z mačetami izsekali prehod. Mrčes je bil neznosen, tropski osat oster, koprive pekoče. Pod orjaškim afriškim drevesom, zastrtim s kopreno divjih ovijalk, je sedel samec. »A boss,« je poltiho povedal črnc, »dvajset let. Dva metra visok, 250 kilogramov.« Črne kože, porasle s črnosivim kožuhom, s srebrnobelo liso na hrbtu. Grizljal je bambus in ga pljuval.

Parc National des Volcans je dom štiristo gorskim gorilam, polovici še živčih gorskih goril na svetu, ostale živijo v gorskih tropskih pragozdovih Konga in Ugande. Živijo od 35 do 45 let, odrastejo pri osmih do desetih letih. Večinoma se premikajo po tleh in nimajo repa. Hierarhija v družini je popolna. Srebrnohrbti samec je vodja družine in jo štiti. Čeprav so boječe in se vedno umaknejo, hrabro branijo mladiče. Krčenje gorskega deževnega gozda v Ruandi, virusne bolezní dihal in divji lovci danes najbolj ogrožajo populacijo gorskih goril.

»Šestdeset minut.« *Ranger* je odločno pokazal v smer, od koder smo prišli. Črnci so nam z mačetami pomagali skozi gosto razrast bambusa in bodečega tropičja. Hodili smo navzdol po brinjevih pašnikih, ko sem se pridružil nemogledemu črnemu vodniku.



Srebrnohrbti samec je vodja gorilje družine.



Hutujska, vasica Kinigi v Ruandi, osemnajst let po genocidu.

»Hutu ali Tutsij,« sem ga nagovoril.

»Tutsij.«

»Videl sem Memorial center v Kigaliju.«

Dolgo je bil tiho. »Takrat, aprila 1994,« govoril je trpko, »to je bil genocid. Mirovne enote Združenih narodov niso posredovale. Krivi so genocida.« V glasu sem zaznal bolečino. »Bil sem v tutsijskem odporiškem gibanju, borili smo se s hutujskimi milicami, ni me bilo doma. Žena je bila noseča, skrivali so jo naši prijatelji, Hutuji.«

Hutuji, večinsko prebivalstvo v Ruandi, in manjšinski Tutsi so tradicionalno sprti. Tutsi so stoletja vladali Hutujem. Kolonialisti so na to ozemlje prišli v drugi polovici 19. stoletja. Leta 1885 je kraljevina Ruanda postala nemški protektorat. Po prvi svetovni vojni je z mirovnim sporazumom v Versaillesu prišla pod belgijsko upravo, po drugi svetovni vojni pa pod skrbništvo OZN. Belgijska uprava se je ves čas opirala na tutsijsko

plemensko aristokracijo, na vodilna mesta niso postavljali svojih guvernerjev, ampak so uporabljali lokalno tutsijsko vlado. Leta 1959 so izbruhnili siloviti upori Hutujcev, ki so se zavzemali za neodvisnost, leta 1962 je Ruanda razglasila neodvisnost.

Hutujski skrajneži so 6. aprila 1994 v Kigaliju sestrelili letalo s takratnima ruandskim in burundijskim predsednikom, sestrelitev so pripisali Tutsijem in v nekaj urah se je razbesnela državljanska vojna. Hutujske tolpe, milice in vojska so začele program nad celotnim plemenom Tutsi. V nasilju je bilo vsak dan na grozovit način, z mačetami, palicami in ostrim orodjem, pobitih več tisoč Tutsijev, moških, žensk in otrok, tarča skrajnežev so bili tudi zmerni Hutuji, ki niso želeli sodelovati v pokolih in so skrivali Tutsije.

Mednarodna skupnost, ki je bila v Ruandi prisotna z mirovnimi enotami Združenih narodov, kljub poročilom ni odobrila nikakršnega posredovanja, dogodkov v Ruandi ni ocenila in priznala za genocid. Tutsijsko uporniško gibanje, ki so ga sestavljali tutsijski begunci z juga Ugande, je postopoma zavzelo vso državo, prevzelo oblast v državi, 18. julija 1994 je razglasilo konec državljanske vojne in enostransko premirje. Do takrat je bilo ubitih milijon nedolžnih ljudi, dva in pol milijona ljudi je zbežalo v sosednje države, tam so množično umirali v begunskih taboriščih. Genocid v Ruandi ostaja črn madež v zgodovini moderne mednarodne skupnosti.

»Svet je takrat nad Ruando zatisnil oči. Moj petletni sin jih ne bo več odprl. Ubili so ga, tistega aprila, z mačeto, ko se je z otroki zatekel v sirotišnico Rdečega križa. Žena je splavila. Tudi drugič in tretjič. Nimam sina.«

Stopal je, temnega pogleda, nemega obraza, vzdolž brinjevih pašnikov, vzdolž visečih njiv sireke, v strmem bambusovem gozdu, ob temnjavi, v dnu katere je bilo slišati studenec. Stopal je in le enkrat se je dlje ozrl. Takrat mu je bil pogled svetel in nasmeh ljubeč. Zrl je v Virungo. Tja, kjer domujejo gorile.

E-naslov: Franci.Becan@siol.net

Vpisni letnik na Medicinsko fakulteto Univerze v Ljubljani 1982/83 praznuje 30 let!

Si bila/bil tudi ti z nami?

Draga kolegica, dragi kolega,

če si tudi ti začel/-a študij medicine v akademskem letu 1982/83, te vljudno vabimo, da se nam pridružiš v **petek, 5. oktobra 2012, ob 18.00** v gostišču Portal, Zaloška 110 v Ljubljani.

Po tridesetih letih je čas, da ta izjemna generacija pregleda, kaj vse je dala slovenski medicini, in hkrati ugotovi, kakšne sledi je tridesetletno delo pustilo na takratnih mladenkah in mladeničih.

Udeležbo prosimo potrdi čim prej, najkasneje do 10. septembra 2012 na e-naslov orgmf1982@gmail.com.

Organizacijski odbor

Maldivi

Tomaz Rott

Zapis je le ozek omejen pogled na maldivijsko otočje skozi linico, tako zaradi časovno kratkega bivanja kot tudi zaradi le lokalnega spoznavanja sicer predvsem na dolgo razsejanega koralnega otočja. Zato je poleg nekaj splošnih podatkov navedenih le nekaj pripetljajev in vtisov v našem izbranem letovišču in njegovi neposredni okolici.

Značilnosti arhipelaga

Šeststo km jugozahodno od Šrilanke, na skrajnem jugozahodu Indije, poteka od severa do juga, deloma že preko ekvatorja, na površini 90.000 km², 754 km dolg in do 118 km širok pas maldivijskega otočja, ki ga uradno sestavlja 1.192 koralnih otokov v dveh verigah 26 velikih atolov. Že ti podatki kažejo, da koralni otok ni isto kot atol. Beseda atol naj bi izvirala iz maldivijske besede *atolu*. Atol v pravem pomenu besede predstavlja običajno nepravilno ovalno ali okroglasto oblikovan koralni greben, ki je nastal oziroma zrasel v sto tisoč letih okrog sesedajočih in potaplajočih oz. na Maldivih potopljenih ognjenikov, kar dokazuje tudi dno morja pod maldivijskimi otočki, ki je tamkaj izredno razgibano.

Nadaljnja rast koral na odmrlih in sesedlih plasteh pripelje do večanja in višanja koralnega grebena, ki se ponekod dvigne iz vode, poraste ga skromno rastlinje, med katerim prevladujejo palme, in tako nastajajo koralni otočki. Koralni otok je torej ožji pojem od atola. Križanke z odgovorom atol za koralni otok nekoliko zavajajo, kot tudi slovarji, ki atol definirajo nekoliko nelogično kot koralni otok obročaste oblike z laguno v središču. Na otoku se velikokrat zagostijo kokosovi orehi, ptice na krilih ali v iztrebkih prinesejo semena in nastane lahko pravi robinzonski otok s palmami in podrastjo. In to Maldivi so, brez hribov in rek.

Podatki o številu otokov so zelo različni. Kljub uradnemu številu 1.192 jih ocenjujejo na 1.300 do 13.000! Za otok verjetno lahko proglasimo le del poraščenega koralnega grebena oz. atola, ki štrli nad vodo, ne pa vsake apnenčaste škrbine.

Ko si z letala ogleduješ atole Maldivov, imaš vtis, kot bi na morju ležali naftni madeži ali bolj ekološko gledano predstavljajo belo obrobljeni atoli oljne madeže na vodi.

Domačini živijo na približno 200 otokih, na te otoke turisti ne morejo, da ne bi kvarno vplivali na življenje otočanov. Prebivalcev na otokih je približno 330.000, od tega skoraj 104.000 v glavnem mestu Male. Otočani živijo od ribolova z letnim ulovom okrog 40.000 ton, v katerem prevladujejo tuni, kmetijstva z gojenjem banan, papaje, manga, in od ladjarstva. Nekaj pa prinese tudi turizem. Turisti pa imajo še vedno dovolj izbire med sicer preko sedemdesetimi nenaseljenimi in le turizmu namenjenimi otoki z različno kakovostjo ponudbe in seveda tudi ustrezno spremenljivo ceno.

Zgodovina otočja

Poenostavljeno jo delijo na obdobji pred in po sprejetju islama leta 1153. Prve naselitve naj bi bile okrog 500 let pr. Kr. Thor Heyerdahl pa meni, da naj bi otoke in morebitne praprebivalce poznali že 2000 let pr. Kr. Egipčani, Mezopotamci in kulture reke Inda. Omenja poganske častilce sonca Redine, ki so izgini-li neznano kam ali pa se pomešali s kasnejšimi budisti. Verjetno pa so bili prvi prebivalci med 5. in 3. stoletjem pr. Kr. Dravidi, praprebivalci Indije.

Po vzponu islama so se v politiko dežele v 16. stoletju pričeli vpletati Portugalci, v 17. stoletju Nizozemci in v 18. stoletju Britanci. Vendar pa so kolonialno prevlado naštetih verjetno preprečili oddaljenost otočja, malarija, pomanjkanje ustreznih pristanišč in ne nazadnje pomanjkanje obdelovalne zemlje. V nemirnih političnih razmerah so Maldivi predstavljali sultanat, dalj časa dinastični in dedni, po letu 1932 pa je bil sultan voljen. Leta 1953 so razglasili republiko, malo kasneje se je povrnil sultanat, dokler ga leta 1968 niso dokončno odpravili in ponovno razglasili republiko. Politično življenje je tudi sedaj relativno nestabilno, tropski vročini ustrezno nemirno. Podobno kot pri nas, kar do neke mere opravičujejo v zadnjih letih tropske temperature.

Flora in favna

Razpotegnjeno otočje ob ekvatorju je sestavljeno iz koralnih otokov, ki segajo do manj kot 3 m (po nekaterih podatkih je najvišji naravni vrh 2,4 m) nad morsk gladino (povprečna višina naj bi bila 1,5 m), dolgi so največ do 8 km. Tudi v Guinesovi knjigi predstavljajo Maldivi najnižje ležečo deželo. Skupne kopne površine je le 298 km², skoraj brez rodovitne zemlje. Temu ustreza je malovrstna flora in favna. Številne so predvsem kokosove palme, rastejo tudi kruhovci, indijski figovci, mangrove, bambus, bananovci, ponekod sladki krompir, proso, lubenice, ananas, agrumi.

Med kopenskimi živalmi lahko naletiš na sive čaplje in predvsem ob mraku dokaj velike netopirje, ki se hranijo s sadjem (mi smo ga brezuspešno iskali, verjetno bi tudi morali letati naokoli), kuščarje, od domačih živali poleg mačk kokoši, zajce, redke so koze in krave. Čeprav je bilo otočje včasih malarijsko področje, pa sedaj (ob vseeno priporočljivem repelentu) ni večjih problemov s komarji in drugimi insekti. Te verjetno deloma prežene tudi stalen rahel vetrič (vsaj med našim bivanjem), ki tudi čez dan omogoča gibanje pod sicer vročim zenitnim soncem, saj se temperature gibljejo med 24 in 37° C.

Bogat pa je morski živelj, 700 vrst rib, deloma koralnih (preko 3/4 koralnih rib sveta naj bi bilo na Maldivih), deloma iz odprtega morja (kiti, želve, delfini, morski psi, mante, skati). Pomembne so seveda kamnite korale, *Scleractinia*, ki se med seboj razlikujejo

po obliki apnenčastih skeletov. Mlade korale rastejo na starih mrtvih koralah in tako omogočajo rast koralnega grebena. Večina koralnih polipov, ki živijo v stožčastih oklepkih, se hrani ponoči, ko je možno videti njihovo slikovito barvitost. Trde korale se lahko oblikujejo drevesasto, ploskovito, možganom podobno itd., poleg trdih so tudi raznovrstne mehke. Raznovrstni so mehkužci, školjke, polži, hobotnice, raznovrstni raki.

Turistični utrinki

Ko smo se peljali proti Maldivom, so se nekateri spraševali, le kaj bomo počeli cele dneve. Ležanje v udobnih ležalnikih pod kokosovimi palmami z zanimivim branjem v naročju je sicer vabljivo, vendar smo ugotovili, da je lahko ob občasnem padcu oreha tudi nevarno za glavo. Pa ni trajalo dolgo, ko je tudi Urška ugotovila, da je plavanje nad in ob koralnem grebenu z masko kot »pomirjujoč sprehod skozi gozd«. In od takrat so na najinih poteh v tople ali tropske kraje morale v prtljago vedno maske in dihalke. Podvodni svet Maldivov je izjemno bogat, vendar je prikladnejše nekoliko ceneje uživati v barvitosti koral in rib v bližnjem Rdečem morju, če zanemariš večji turistični priliv in včasih neprijetne goste.

Otoke vsaj do neke mere varujejo obkrožajoči koralni grebeni, kar pa ni bilo dovolj za usodne cunamije. Kljub temu, da so bili ob zadnjem velikem popotresnem cunamiju valovi visoki »le« dobre tri metre, je večina otokov utrpela deloma nepopravljivo škodo, tudi glavno mesto Male, ki ga sicer štiti 3 m visok zid. Črnoglede napovedi glede morebitne potopitve otokov zaradi globalne otoplitve in dviga višine morja so sicer različne, v času od nekaj deset do 150 let, ali pa po mnenju nekaterih te nevarnosti sploh ni. Bolj realna in aktualna nevarnost pa so obilna deževja, ki spirajo otoško zemljo oz. pesek. Droben bel pesek predstavlja večji del otokov. Vsak dan smo videli domačine, ki so polnili v lagunih vreče s peskom in ga dovažali na otok, kar se mi je zdelo kot Sizifovo delo. Gotovo je to borba za ohranitev otočja pred morebitnim dvigom površine oceana zaradi klimatskih sprememb, ki naj bi preplaval te nizke otoke.

Ko smo si izbrali otok, Kandooma Fushi, na jugu Južnega atola Maleja, smo kot običajno vzeli polpenzijsko ponudbo. Žal pa v relativno skromnem turističnem letovišču ni bilo dodatne ponudbe, da bi preko dneva preživeli ob svežem sadju, prigrizkih ipd. Pa tudi polpenzijska hrana nasploh je bila skromna. Tako smo včasih že z nestrpnostjo pričakovali večerjo. Kadar sta me hčerki spraševali, koliko je ura, sem dejal npr. še štiri ure do večerje. Seveda je v dražjih nastanitvah ponudba mnogo boljša, zato pa bivanje tudi precej dražje.

Na splošno pa so Maldivi relativno revna dežela, saj imajo od prehrane na razpolago praktično le kokosove orehe in ribe, skoraj vse ostalo pa morajo uvažati, pri čemer so odvisni od pomoči bogatejših muslimanskih držav. Na našem otoku niti rib skorajda ni bilo na jedilniku, pa jih v morju vendarle ne manjka. Ko smo šli enkrat na ribolovni izlet, je bil izkupiček za vse udeležence izleta in sorodnike, ki so ostali doma, zadovoljiv. Lovili smo z velikimi trnki, na katerih so viseli zajetni ribji kosi. Čeprav smo

obiskali nekaj lovišč, meni ni hotela zagristi nobena riba, medtem ko so ostali že ulovili kar nekaj rib. Ko sem že skoraj obupal, pa sem naenkrat začutil močne potegljaje, hitro sem vlekel laks, ki se mi je skorajda zajedel v dlani, in na palubo ladje privlekel približno 60 cm dolgo ribo, ki jo je z laksom vred zagrabil eden izmed domačinov, da me ne bi ugriznila. Šlo je namreč za sicer manjšo barakudo, ki pa je vseeno zbudila pozornost domačinov in prikrito občudovanje soturistov, mene pa je kar dvignilo od ponosa. Zaradi ostrih zob in požrečnosti jo nekateri imenujejo kar morska ščuka. Ko smo se vrnili domov, je že omenjeni domačin moji ženi s ponosom v »angleščini« povedal: »Your wife (to naj bi bil jaz) get baracuda (s tem pa seveda ni mislil žene).«

Na tak način smo si pridobili še nekaj dodatnih točk veljave. Prve smo dobili, ko smo se iz glavnega mesta Maleja do našega otoka, Kandooma Fushi, 35 km južno od letališča ob Maleju, nekaj ur vozili s tradicionalnim čolnom, donijem, ki ima na premcu značilno nazaj zavrt »kljun«, po precej nemirnem odprtem morju Indijskega oceana, ne da bi pokazali kaj strahu zaradi premetavanja čolna in pospešenega tuljenja motorja, kadar je val propeler dvignil iz vode. Nismo razmišljali o pombah v vodiču, ki pravijo, da je odprto morje Indijskega oceana lahko nevarno in enostavno lahko postaneš »history« kot v Bermudskem trikotniku izginule ladje. Ob še vedno nemirnem morju si po pravici povedano ob vrnitvi nisem želel ponovno podobne vožnje. Na srečo so nas verjetno zaradi ekonomičnosti priključili turistom, ki so se vračali s hitrim čolnom, poleg tega pa so nas ob odhodu prišli pozdravit delfini, kar naj bi bilo dobro znamenje za srečno pot. Hiter motorni čoln z dvema močnima motorjema je glisiral po valovih, da so z obeh strani skakale vstran številne morske lastovke, in nas hitreje in zanesljiveje pripeljal v glavno mesto Male. Seveda je obstajala še nekaj dražja možnost leta s preurejenim verjetno ruskim vojaškim helikopterjem, kar pa je priporočljivo za bolj oddaljene otoke.

Naš mladi voznik Nazim se je kar hitro spoprijateljil z nami, Urša pa mu je vsaj v času bivanja nekoliko nadomeščala nedavno umrlo mamo. Na otok je prišel za vsaj začasnim zaslužkom za preostale člane družine, ker je sicer živel na otoku, zaprtem za turiste.

»Naš« otok Kandooma Fushi je delček velikega atola, South Male Atoll Kaafu. Prebivali smo v prijetnih bungalovih, do katerih je vodila potka iz drobnega belega peska. Vsak dan so nam umetelno pripravili in okrasili postelje, malo lepše hčerkama, manj pa nama. Z belim peskom »tlakovane« potke med bungalovi so večkrat na dan pometali, da jih ja ne bi onečedil kakšen list s palme ali grmičevja.

Preko lagune in manjšega morskega preliva smo nekajkrat šli na bližnji otoček z vasjo, tudi zaradi cenejše vode, ki so jo v našem gostišču kar krepko zaračunavali. Vendar stiki z domačini, kot že rečeno, v njihovih vaseh niso zaželeni, kar je razumljivo za ohranjanje njihove identitete.

Med našim bivanjem smo šli na enodnevni izlet še južneje po atolu, najprej na očarljiv otok s premerom približno 50 m z

enim prebivalcem (in številnejšimi kurami). Otok je imel čudovito snežno belo plažo in turkizno kristalno čisto morje. Kasneje smo se ustavili tudi na otoku Fun Island (z uglednejšimi gosti glede na debelino denarnice), kjer je bilo res zabavno, saj smo plavali med množico rib, ki so jih privabili koščki ananasa (kakšna potrata) in so nam ga dobesedno zobale iz rok. V vodi smo se srečali z morskimi psi (videl jih nisem), nekaj metrov pod nami pa so bile druge zajetne ribe, predvsem velike kirnje.

Domačini in uslužbenci našega letovišča so nekajkrat priredili pevski nastop, pa ne le za turiste, ampak tudi ali predvsem zase. Petje so spremljali z bobni (tradicionalne je včasih nadomestil tudi strežni kovinski pladenj), pri tem pa so plesali skorajda do ekstaze.

Na Maldivih naj bi bili res pravoverni muslimani. V skromnejših letoviščih praktično ne dobiš nobenih alkoholnih pijač, v dražjih pa ima seveda denar svojo težo, ki odtehta pomisleke pri prodaji alkohola. Tega sicer nismo potrdili, ker nam v vročini tudi ni bilo kaj dosti mar za alkoholne pijače. Prav tako je na otočje prepovedano prinašati verske predmete drugih ver. Hčerka je kupila na Šrilanki lep lesen kip Bude in si ga shranila v nahrbtnik. Ne da bi se mejni organi menili za vso preostalo našo prtljago, so se zapičili prav v njen nahrbtnik, kot da bi vohali šrilanški les. Buda je ostal v carinskem »arestu« ves čas našega bivanja na Maldivih. Vendar smo ga ob povratku brez težav dobili nazaj. Še slabše sta jo odnesla mladoporočenca, ki sta hotela ob romantičnem večeru odpreti steklenico šampanjca. Tudi ta je počivala med njunim bivanjem v carinskem depozitu.

V laguni smo v pesku našli nekaj velikih školjk in polžev, ki pa jih ne smeš odnesti za zbirko domov. Proti robu lagune s peskom se je pričel pas živih koral že dobrega pol metra pod vodo, med njimi pa čedalje pogostejše tropske ribe, ob kirurgih in lastovkah tudi raznovrstne napihovalke. Nekatere ribe so izredno ljubosumne pri varovanju svojega področja. Le slabih 30 cm dolga riba me je pošteno prestrašila, ko se mi je nekajkrat zalepela v trebuh, zato sem se ji spoštljivo umaknil. Nizka voda se je naenkrat prevesila v malce strašljivo prepadno steno koralnega grebena z nedoločljivo globino, kjer so bile drevesaste, ploščate korale in tudi take s cerebriformnim vzorcem, med koralami pa različne ribe kot kirurgi, v globini pa kirnje. Če si imel srečo, si zagledal tudi kakšno morskoro želvo ali morskega psa.

Turisti podcenjujejo ali precenjujejo morebitne nevarnosti tropskega morja. Ob obilni razpoložljivi naravni hrani je malo verjeten napad morskega psa, prav tako praviloma niso nevarne morene (razen če jih v njihovih skrivališčih privedeš do brezizhodnega položaja). Nikoli ne bom pozabil, kako sem v Rdečem morju plaval v razdalji iztegnjene roke skoraj 20 minut vstric z 1,5 m veliko moreno (ki sem jo že več dni poprej večkrat srečal v njenem skrivališču dobrih 6 m globoko), ki je splavala na površje in zavijala levo desno glede na potek koralnega grebena. Na eni strani bi jo najraje pobožal, vendar si je brez rokavic nisem upal, na drugi strani pa je bil kar zoprn pogled na njen odpirajoči gobec, s čimer si je odpirala škрге. Prav tako ni verjeten napad sicer požrešnih, tudi do 1,8 m velikih barakud. Mitične so zgodbe o velikih zevah, ki so potapljače zagrabile za noge, saj

se zapirajo počasi in ne povsem čvrsto. Bolj banalne, a zoprne so poškodbe na ostrih apnenčastih koralah, ki jih dodatno razbolijo še toksini koral, prav tako vbodi ježkov, kamnitih rib, skatov. Zato je ne samo ekološko, ampak tudi preventivno dobro, da ne hodimo po koralah, po slabo vidnem dnu, da imamo zaščitno obutev s čvrstim dovolj debelim podplatom, po možnosti tudi rokavice. Smrtno nevarno je lahko pobiranje manjših zelo lepih barvitih stožčastih polžkov, srečanje z nekaterimi nevarnimi strupenimi hobotnicami. Verjetno je res, če ti ne storiš okolju kaj slabega, lahko v njem uživaš.

Na šnorklarsko-potapljaškem izletu sem med drugim srečal oz. videl manjšo skupino mogočnih mant.

Ob jutranjih in večernih urah smo v vodi večkrat opazovali rumeno pisane morene, na kamnitem pomolu pa smo nekajkrat opazovali sivo pikasto moreno, ki je kar po suhem lovila rakovice.

Čez dan so se pojavile posamezne sive čaplje, proti večeru pa so letali veliki netopirji, ki se sicer hranijo s sadjem, vendar ne vem, kje so ga našli ali s čim so ga nadomestili na otoku, saj bi jih rade volje posnel.

Iz bungalovov pa je bilo le nekaj korakov do lagune, kjer smo nekaj časa preživeli v senci kokosovih dreves, ki pa smo se jim vendarle začeli malo izogibati, saj je sem ter tja z drevesa padel kokosov oreh, ki so jih italijanski gosti bolj ali manj uspešno razbijali, mi pa smo jih nekaj odnesli domov.

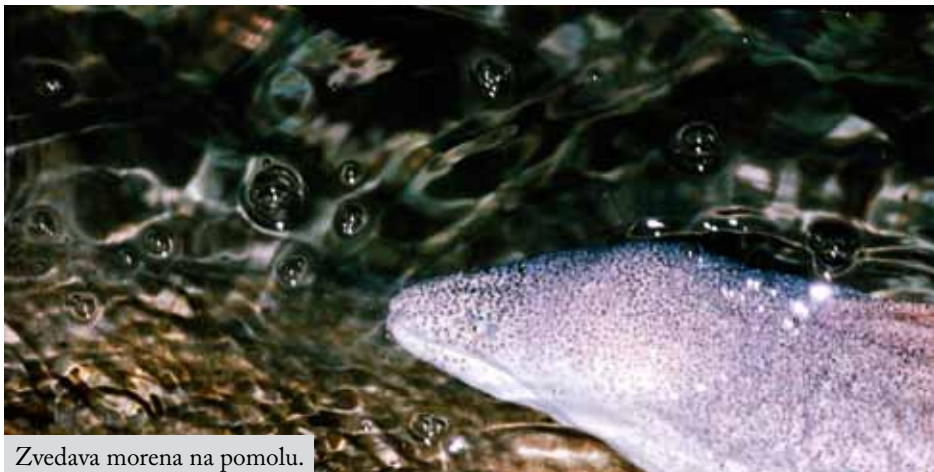
V pretežno sončnem, vendar kljub ekvatorju ne prevročem vremenu zaradi skoraj stalnega rahlega vetra, so se včasih pojavile nenadne vročinske nevihte s takimi nalivi, kot bi se z neba spustili številni »štriki«.

In za konec

Omenil bi še eno posebnost lokalnega azijskega letalskega prometa. Na običajnih rednih linijah letijo sicer velika letala, ki pa so prirejena za lokalne prebivalce manjše postave in zajetnosti in imajo mnogo več sedežev kot ista letala v Evropi ali Ameriki. Tako je bilo kar neprijetno v docela napolnjenem letalu preživeti slabi dve uri iz Maleja do Kolomba, z razkrcenimi nogami in hrbtno masažo zadaj sedečega potnika.

Maldivi so varno turistično področje, vendar pa se je potrebno pozanimati tudi iz druge roke, kakšna so posamezna letovišča, ki ste si jih izbrali. Žal za zadovoljivo udobje plačš tudi ustrezno ceno. Za navadno šnorkljanje je potrebno imeti dobre plavutke, še posebno na krajih z močnejšimi tokovi. Brez podvodnega fotoaparata ne gre, na srečo jih lahko dobiš že za nekaj sto evrov, če nisi prezahteven fotograf. Glavna motivika je pač pod vodo. Imel sem smolo, ker mi je med potovanjem počila plastika »trotk« podvodnega fotoaparata (drugih z ustrezno ceno pa tedaj še ni bilo na trgu), tako mi je še sedaj žal za posnetki mant in vsega drugega življa. Vseeno pa je nekaj ostalo vsaj v glavi...

E-naslov: tomaz1945@yahoo.com



Zvedava morena na pomolu.



Školjka bi zalegla za dobro malico in lep spominek.



»Reševanje« otoka, dovoz peska iz lagune.



Pevski večer.



»Your wife get baracuda«.



Del Južnega atola Maleja, brez vidnih otočkov.

ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU



Klasični maldivijski čoln doni pred Južnim atolom Maleja.



S koralnega grebena.



Del atola s svetleje obarvanim koralnim grebenom in dvema otočkama.



Simpatični gekon Gecko.



Neustrašna in zvedava čaplja.

Test sorazmernosti

Vojko Flis

Na letošnjem tradicionalnem srečanju Medicina in pravo v Mariboru, ki se je zaradi vključenosti v dogajanja evropske prestolnice kulture po vsebinski plati trudilo biti nekoliko bolj antropološko usmerjeno, je tekla beseda tudi o vplivu novih medicinskih spoznanj na sodobno družbo. Zaradi narave samega srečanja se ni bilo mogoče izogniti razpravi o tem, kako se sodobna družba na zakonski ravni odziva na tovrstne pojave. Eden izmed pokazateljev odgovora družbe na razvoj sodobne biomedicinske znanosti je tudi pravna ureditev znotraj Kazenskega zakonika.

V enem izmed slovenskih učbenikov kazenskega prava je le-to iz zgodovinskega zornega kota opredeljeno kot pravni odziv na kriminaliteto. Oblikovalo se je kot vrsta odziva na asocijalno ravnanje posameznikov. V sodobnem pojmovanju kazenskega prava pa se tovrstna opredelitev opisuje kot skupek pravnih pravil, ki določajo vsebino, obseg in način udeleževanja državne kaznovalne pravice. Učbenik opisuje, da je tako kazensko pravo instrument, s katerim država varuje posameznika in družbo pred kriminaliteto. Kazensko pravo je končno skupek predpisov o kaznivih dejanjih, krivdi in kazenskih sankcijah, kar je zapisano v Kazenskem zakoniku.

Slovenski kazenski zakonik ima vsaj dva člena, ki se iz zornega kota odziva države na razvoj biomedicinske znanosti zdita vredna obravnave. Prvi je 114. člen z zelo jasnim naslovom Prepovedana tvorba živih bitij. Drugi je 125. člen z zapletenim naslovom Izključitev kaznivega dejanja pri telesnem poškodovanju s soglasjem poškodovanca. O obeh členih je mogoče burno razpravljati in ju braniti ali jima oporekati z bolj ali manj čvrstimi strokovnimi argumenti. Le redki pa se sprašujejo, ali oba člena po vsebinski plati sploh izpolnjujeta nujne in zadostne pogoje, da ju država opredeljuje kot kaznivo dejanje oziroma ali resnično gre za početje (asocijalno kriminalno dejanje posameznikov), s katerim država varuje posameznika in družbo pred kriminaliteto. Presoja tega vprašanja ni preprosta, vendar bi zanj lahko uporabili tako imenovani test sorazmernosti, ki ga ustavno sodišče pogosto uporablja pri presoji domnevnega omejevanja ustavnih pravic. Test zahteva tehtanje nujnosti, primernosti in uravnoteženosti ukrepa.

Če si najprej ogledamo 125. člen s tako zapletenim naslovom, da se človeku, nemara neupravičeno, zazdi, da je naslov prav tak zaradi tega, da bi bil čim manj razumljiv, potlej nekoliko manj zapletena razlaga pravi, da člen kaznuje tiste zdravnike, ki pri opravljanju svojega dela povzročijo telesno poškodbo, pa si pred

tem za svoje početje niso pridobili zakonite bolnikove privolitve. Člen je zanimiv že zaradi tega, ker naj bi bil njegov namen zdravnike kaznovati zato, ker si niso pridobili privolitve po pojasnilu. A ne kaznuje jih za opustitev tega dejanja, temveč za povsem neko drugo dejanje, ki mu običajno pravimo invazivno zdravljenje. Opredelitev v členu so huda ovira za vse oblike nujnih medicinskih ukrepov, kjer je zakonito privolitev pogosto nemogoče pridobiti. A če mimo tega uporabimo test sorazmernosti, se kajpak najprej povprašamo, katera družbena nujnost je pisce vodila k tvorbi takega člena. Podroben pretres tako imenovanih zdravniških procesov v evropskem prostoru, slovenska praksa je zanemarljivo majhna, kaže, da jih manjšina teče zaradi sporov o zakoniti privolitvi v poseg. Od kod torej zahteva po nujnosti? Če skušamo tehtati primernost in uravnoteženost ukrepa, pa ugotovimo, da je invazivno zdravljenje brez zakonito pridobljene privolitve po kazenskih sankcijah opredeljeno povsem enako kot najhujša kazniva dejanja zoper telo. Zgled: povzročitev hude telesne poškodbe pri nekem naključnem sporu v parku, kjer pride do prerivanja in obračuna z noži,



udeleženci pa obležijo s hudimi telesnimi poškodbami, je obravnavana enako kot invazivno zdravljenje. Tako poistovetenje obeh dejanj se ne zdi ne primerno in še manj uravnoteženo. Zdi se, da 125. člen kazenskega zakonika ne bi prenesel resnega pravnega testa sorazmernosti, pri čemer je kajpak resnici na ljubo potrebno dodati, da test sorazmernosti ni nikakršen objektivni test, saj je ocenjevanje vsake izmed njegovih postavk odvisno od hermenevitične spretnosti in nagnjenosti razlagalca.

Člen z naslovom Prepovedana tvorba živih bitij je iz opisanega zornega kota še bolj zanimiv. Člen sestavlja pet odstavkov. Prvi govori o kaznovanju tistih, ki sodelujejo pri izdelovanju ali poskusih izdelovanja križanja človeka in drugih vrst, kar naj bi bilo za človeštvo škodljivo. Tretji govori o kaznovanju tistih, ki na primer sodelujejo pri opravljanju genetskih raziskav, ki lahko napovedujejo bolezni, vendar se te raziskave ne opravljajo izključno v namene zdravljenja. Peti pa govori, da se kaznuje tisti, ki daje na razpolago pripomočke ali tvarine za izdelavo živih bitij. Zagrožene kazni segajo do deset let zapor.

Uporaba pravnega testa sorazmernosti se pri opisanem členu sploh ne zdi smiselna, saj je videti, da je razvoj biomedicinske znanosti členu pobegnil daleč v prihodnost. Ko člen namreč govori o poskusih križanja človeka in drugih vrst, zanemarija burno, dinamično in kratko zgodovino raziskav človeškega genoma. Če hočemo namreč opredeliti križanca na genetski ravni, moramo dobro poznati temeljni genom vrste. Toda raziskave genoma so prinesle presenečenja, ki jih zaenkrat ne znamo dobro pojasniti. Eva Jablonka in Marion Lamb v svoji knjigi Štiri razsežnosti evolucije opisujeta, kako je bila biologija še leta 2001 videti zmogljiva in obetavna. Ob izteku leta 2001 so objavili zaporedje človeškega genoma. Prepoznali so približno 35.000 genov (število so kasneje nekoliko popravili), raztresenih po 23 parih človeških kromosomov. Časopisi so bili polni navdušenja, genetiki pa so se odzvali na nenavaden in skorajda shizofren način. Glede na prejšnje domneve o vlogi genov v biologiji je bilo genov za človeško bitje (kot vrhunec evolucije) preprosto premalo. A če jih ni bilo več, je bilo potrebno spremeniti številne prejšnje domneve o naravi delovanja in vlogi genov v biologiji. Biologi so že dolgo govorili o genomu kot o zapletenem dinamičnem sistemu, vendar na dodatna presenečenja niso imeli dobrih odgovorov.

Raziskave genoma sesalcev niso pokazale zgolj, da je genov manj, kot so domnevali, temveč da je podobnost med genomi različnih vrst izjemno velika (razpiti zglad: človek - šimpanz skorajda 98-odstotno ujemanje genoma). Svoje je dodalo področje raziskav evolucije razvoja zarodkov. Izkazalo se je, da pri zelo

različnih živalskih vrstah enaki geni krmilijo nastanek enakih funkcijskih enot organizma. Tako imenovani gen Pax 6 na primer krmili razvoj očesa pri miši in vinski mušici. Gen, imenovan melanokortin 1-receptor (MC1R), pa je videti odgovoren za barvo kože pri miših, človeku in za raznolikost barv perja pri pticah. Videti je torej, da razvoj številnih enakih funkcij pri povsem različnih živalskih vrstah krmilijo povsem enaki geni. Razlika med vrstami torej ni predvsem v razliki med geni, temveč v tem, kako se posamezni geni vklaplajo in izklaplajo. Če se torej povsem enak gen iz miši uporabi pri človeku, je težko govoriti o hibridu. Če se tak gen morda uporabi za popraviljanje okvarjenega človeškega gena, pa bi lahko govorili o napredku znanosti in ne o kriminalnem početju. Podobno velja za genetske raziskave, ki lahko napovedujejo bolezni, pa niso namenjene zgolj zdravljenju. V praksi osrednjih evropskih držav je vrsta takih raziskav že stalnica, ki ima oznako iskanja napredka v znanosti in niti v podtonih nima oznake kaznivega dejanja.

Še bolj zanimiva je razprava o tvorbi živih bitij. Craig Venter, znan po tem, da naj bi s skupino svojih raziskovalcev prvi v celoti razvozal človeški genom, je leta 2010 ustvaril tudi prvo sintetično bakterijsko celico. V resnici ni bila povsem sintetična, a po dikciji Kazenskega zakonika bi se njegovo početje povsem ujemale z opisom tvorbe novega življenja. Tako imenovana sintetična molekularna biologija je v obdobju od nastanka prve sintetične bakterijske celice napredovala z galaktičnimi koraki. Umetne vakuole, ki sicer nimajo vseh lastnosti živega bitja, a vsebujejo DNK in nujno potreben del celičnega aparata za izdelovanje določenih beljakovin, so postale stalnica celo že v serijski proizvodnji bioloških zdravil nekaterih farmacevtskih tovarn, da o poskusih v eksperimentalnih laboratorijih sodobnih molekularnih biologov sploh ne govorimo. Svet znanosti govori o napredku in razvoju, le redki skeptiki pa gredo v svoji kritiki tovrstnega razvoja tako daleč, da ga skušajo opredeliti kot kaznivo dejanje.

Ali drugače: znanost je vedno mogoče zlorabiti. Kot arhetip take zlorabe služita obe vrženi atomski bombi ob koncu druge svetovne vojne. Toda vsak napredek znanosti ni zloraba in še manj je kaznivo dejanje. Ko se družba s svojo zakonodajo odziva na dogajanja v znanosti, tudi v medicini, bi bilo modro, če bi tvorbo svoje kaznovalne politike, ki jo udejanja v obliki zakonov, razumno presojala, pa če ne drugače, s svojimi pravnimi testi. Test sorazmernosti s presojo nujnosti, uravnoteženosti in primernosti tovrstnih ukrepov se po moji, kajpak zelo subjektivni presoji niti ne zdi slab metodološki izbor za tak postopek testiranja.

E-naslov: vjko.flis@ukc-mb.si

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 4,47 EUR. The tax is included in price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles. Printed 9000 copies. Postage for the Journal Isis paid at the 1102 Ljubljana post office.

The name of the journal is by the Isis, an Egyptian goddess, of all the gods and goddesses. The legend describes her as both the sister and the wife of Osiris, the first king in history. Isis had healing powers. She could also give new life into the body with her wings. According to the legend, her power extended all over the world. Each person is a drop of her blood. She was considered as the founder of medicine. A detail on a granite sarcophagus of Ramses III from the XXth dynasty shows her as a symbolic picture. This image and her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people, the drops of blood from the goddess Isis.

The President of the Medical Chamber

Prim. **Gordana Kalan Živčec**, M. D.

gordana.kalan-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. **Rafael Ponikvar**, 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.

Legal and General Affairs Department

Vesna Habe Pranjic, L. L. B.

Finance and Accounting Department

Nevenka Novak Zalar, B. Sc. Econ., M. Sc.

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.



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.

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

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.

Deterring prohibited and unacceptable medical practices.

Providing a free permanent consulting service to members.

Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.

