

ISIS



Financiranje zdravstvenega sistema: Splošni dogovor 2012?

Mitja Košnik

Po dveh letih smo se »partnerji« spet lotili osveževanja Splošnega dogovora (SD), temeljnega dokumenta, ki opredeljuje financiranje zdravstvenega sistema. Kako razdeliti 3 milijarde evrov zdravstvenega denarja? Spet so se pojavile dileme, ali se splača vlagati energijo v pogajanja, saj se predlogov izvajalcev zdravstvene dejavnosti tako in tako ne upošteva. Seveda bom spet, tako kot že velikokrat do sedaj, rekel, da se je treba o problemih pogovarjati in iskati vsaj majhne korake v pravilno smer. V nasprotnem primeru se namreč kaj radi zgodijo veliki koraki v napačno smer.

Zadnja leta večkrat slišimo stališče Zavoda za zdravstveno zavarovanje (ZZZZ), da bo zaradi zmanjšanja prilivov v zdravstveno blagajno za določen odstotek zmanjšal proračun izvajalcem zdravstvenih storitev. Izvajalci, najsi bodo to bolnišnice ali pa koncesionarji, na te predloge odgovorimo, da se s takim načinom reševanja pomanjkanja sredstev ne strinjamo in da bi moral ZZZZ najti drugačno rešitev. Hkrati pa ne želimo predlagati kaj dosti uporabnih rešitev, kako se da sredstva prerezporediti in učinkoviteje izkoristiti.

Morda pa jih povemo, ampak jih druga stran ne želi slišati.

Sedanji sistem financiranja zdravstva je že kar star, narejen je bil v prejšnjem tisočletju. Na začetku je bilo pravil relativno malo. **SD za leto 1996 je imel 54 členov, celoten SD z vsemi področnimi dogovori pa je bil natisnjen na 59 straneh.** Marsikatero pravilo je bilo precej ohlapno. Pravila so bila narejena s predpostavko, da se bomo vsi držali osnovnega namena, torej razdelitve sredstev, potrebnih za obravnavo bolnikov. Seveda pa pri ohlapnih pravilih vsak razume podrobnosti nekoliko drugače. Temu se reče manipulacija. Z namenom preprečiti manipulacije v eno smer se je v naslednjih letih nekatera pravila bolj natančno zapisala, predvidelo se je načine delanja izjem in kaznovanja tistih, ki pravila kršijo. Rezultat je dokument z **78 členi, natisnjen na 321 straneh**, ki je tako reguliran, da onemogoča nekatere smotrne rešitve, čedalje bolj ovira učinkovito organizacijo dela za bolnika in čedalje bolj spodbuja vodstva zdravstvenih zavodov in koncesionarje k razmisleku, kaj se splača delati in česa ne, da se zagotovi preživetje izvajalca. Korist bolnika se pomika v drugi plan.

V času gospodarske rasti ni bilo tako pomembno razmišljati o nesmotrnostih, ki so zapisane v SD, saj so se nove metode in dodatne potrebe po zdravstvenih storitvah vsaj deloma financirale preko vsakoletnih širitvev. Torej z uvajanjem novih izjem od osnovnega pravila. Sedaj, ko ni dodatnega denarja, pa bo treba najti tako rešitev, ki bo izvajalcem zdravstvene dejavnosti končno dopustila tako organizacijo dela, ki bo usmerjena v učinkovito reševanje bolnikovih problemov.

Po treh letih prizadevanj zdravniške zbornice so partnerji le sprejeli našo rešitev, ki omogoči uporabo telemedicinskih storitev pri obravnavi bolnikov. »Kratka kontrolna (ponovna) obravnava v specialistični ambulantni dejavnosti brez prisotnosti bolnika – 0,63 točke. Izpolnjeni morajo biti sledeči pogoji: Bolnik ima veljavno napotnico za tega specialista. Opravljena telemedicinska storitev je bila načrtovana ob prvem pregledu (npr. kontrolni posvet z bolnikom in nasvet bolniku brez pregleda ali posega), kar mora biti



razvidno iz medicinske dokumentacije. Datum, vsebina posveta in nasveta so bili zabeleženi v bolnikovi specialistični zdravstveni dokumentaciji in osebni zdravnik je dobil pisni izvid.«

Zbornica si prizadeva odpraviti nekaj nesmislov v SD. V njem je polno usmeritvenih členov, ki opredeljujejo, kaj naj bi izvajalci delali, na primer nacionalni program promocije zdravja, izvajanje paliativne oskrbe, prenos obravnave oziroma zdravljenja bolnikov iz bolnišnice na bolnikov dom, zgodnjo rehabilitacijo, hkrati pa za te načine dela ni predvidenega finančnega pokritja. Posledica takih členov je, da ZZZS pričakuje, da bomo izvajalci te stvari izvajali kljub temu, da zanje ni zagotovljenega financiranja. Naš predlog je, da SD ni resolucija in da vanj sodijo le člani, ki so v skladu s prvim členom tega dogovora: »S Splošnim dogovorom partnerji določijo program zdravstvenih storitev in izhodišča za njegovo izvajanje ter oblikovanje cen.«

Naslednja nedoslednost je nestandardizirano financiranje specialistične ambulantne dejavnosti. Z indeksiranjem izhodiščne pogodbe in nekaj nesmotrnimi pravili v SD se je v nekaj letih doseglo, da morajo ambulante enake specialnosti v nekaterih regijah za enaka sredstva narediti več kot v drugih regijah. Seveda je težko in odgovorno sprejeti odločitev, koliko je v ambulanti mogoče narediti, ampak ključna vloga specialistov na sekundarnem nivoju je opravljati prve preglede. Zato smo, da bi se izognili ideji o ponovnem indeksiranju in težnji k povprečevanju planov na osnovi trenutne realizacije, izzvali partnerje s predlogom: »Zavod v pogodbah z izvajalci specialistično

ambulantne dejavnosti dogovori najmanjše planirano število prvih pregledov. Ministrstvo za zdravje določi plan prvih pregledov za vsako stroko posebej z upoštevanjem subspecialističnih področij.«

Še vedno nismo sposobni vpeljati spodbud za kakovostno opravljeno delo. Nasprotno, uvajamo damping, spodbujamo selekcijo bolnikov: enostavne in zapletene obravnave so enako vredne. Zapleti niso strošek tistega, ki jih je naredil, ampak tistega, ki jih rešuje. Kakovost šteje le toliko, kolikor jo opazijo sredstva javnega obveščanja. Ki se vprašajo, čemu je treba trošiti zdravstveni denar za to, da zdravstvene ustanove pridobijo certifikat kakovosti.

Če Zavodu za zdravstveno zavarovanje 12 milijonov v 3-milijardnem proračunu res predstavlja nerešljiv problem, je najbolje, da se SD napiše na novo. Tako, da bi upoštevali, kaj bolniki potrebujejo od zdravstvenega sistema, kaj sodobna zdravstvena in telekomunikacijska infrastruktura omogočata, da bi bolnikom omogočili izbiro (izbira seveda stane), izvajalcem pa omogočili možnost delovanja in sodelovanja po načelih zdrave ekonomije. Torej vpeljava ekonomske odgovornosti za vse deležnike v zdravstvenem sistemu, tudi uporabnikov, ki jim je ta sistem namenjen. In prehod od financiranja dogovornih zdravstvenih storitev k financiranju kakovostnih in potrebnih zdravstvenih storitev.



V STISKI NISI SAM!

Anonimna telefonska številka za zdravnike v stiski:

01 307 2222

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

Kapsulna endoskopija

Kapsulna endoskopija ozkega črevesa je novejša, vendar sedaj tudi v Sloveniji že ustaljena endoskopska gastroenterološka metoda. Uporabljamo jo od leta 2003 pri bolnikih s sumom na bolezen ozkega črevesa, ki je z običajnimi endoskopskimi metodami ali drugimi slikovnimi preiskavami ne uspemo potrditi (ali ovreči). Najpogosteje kapsulno endoskopijo potrebujejo tisti s prikrito ali jasno krvavitvijo iz prebavil, pri katerih z endoskopijo zgornjih prebavil in kolonoileoskopijo ne

odkrijemo izvora krvavitve. Pri boleznih ozkega črevesa je zaradi svojih omejitev, občutljivost je pri hitrem prehodu skozi črevo namreč nizka, preiskava pa tudi ne omogoča odvzema biopsij ali terapevtskih posegov, ob razvoju drugih metod preiskovanja ozkega črevesa postala komplementarna metoda. To pomeni, da kapsulno endoskopijo pogosto uporabimo kot presejalno metodo. V večini primerov ovzre prisotnost sprememb, ki bi terjale dodatne posege. Lahko pa ji na osnovi rezultata sledi bodisi enteroskopija (s cevnim endoskopom) do mesta obolenja, če sta

Kazalo

■ UVODNIK

Financiranje zdravstvenega sistema: Splošni dogovor 2012? 3
Mitja Košnik

■ ZBORNICA

Izr. prof. dr. Matjaž Rode, dr. dent. med.,
višji svetnik – 70-letnik 9
Sabina Markoli

Pa ga imamo, naš Domus Medica 10
Marko Demšar

Seminarji in delavnice za člane zbornice 12

Specializirani intenzivni tečaj
slovenskega jezika za zdravnike in zobozdravnike 13

Obravnava mladoletnih pacientk
brez vednosti in vnaprejšnjega soglasja staršev 14

Danica Rotar Pavlič, Dušica Platerski Rigler, Branko Brinšek, Matjaž Zwitter, Nada Puharič, Marjan Bilban, Ljiljana Tatalovič Osterman, Ksenija Tušek Bunc

■ PERSONALIA

Opravljeni specialistični izpiti 18

Doseženi doktorski naslovi na
Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru 18

■ IZ EVROPE

Nov način specializacij hrvaških zdravnikov 19
Boris Klun

FortBildung 20

Obvestilo o napaki v prevodu 21

■ ZDRAVSTVO

4 x 5 odkritih o zdravstvu 22
Alojz Ihan

O varnosti pacientov v Sloveniji 27
Andrej Robida

Med psihiatrijo in pravosodjem 31
Slavko Ziberl

■ FORUM

Nov jezik medicine 33
Marjan Fortuna

■ INTERVJU

Intervju s prof. dr. Nino Gale
in prof. dr. Mariom Poljakom 34
Alojz Ihan

Intervju s prof. dr. Blažem Rozmanom
in prof. dr. Borutom Božičem 35
Alojz Ihan

■ IZ ZGODOVINE MEDICINE

Prvi profesor nevrologije na popolni Medicinski fakulteti
v Ljubljani Ivan Marinčič (1892–1970) 37
Zvonka Zupanič Slavec

Prvi profesor rentgenologije na popolni Medicinski fakulteti
v Ljubljani Josip Hebein (1891–1973) 40
Zvonka Zupanič Slavec

■ ZANIMIVO

Miklavžev koncert 42
Andrea Užmah

Kako je med drugim prišlo do mariborskega UKC 43
Eldar M. Gadžijev

Primer organizacije oskrbe s pitno vodo v nuji –
terenska mobilna naprava za pripravo vode 44
Aleš Petrovič

■ MEDICINA

Raba antibiotikov v Sloveniji 46
*Milan Čižman, Bojana Beovič, člani Nacionalne komisije za smiselno
rabo protimikrobnih zdravil v Sloveniji*

Hemovigilanca v Sloveniji v letu 2010 49
Marjeta Potočnik

Novosti v zdravljenju primarne nočne enureze pri otrocih:
otrokom prijazna oblika dezmodpresina tudi pri nas 55
Anamarija Meglič

EURO-QUAL in kakovost v slovenski ortodontiji 58
Franc Farčnik, Maja Ovsenik, Elizabeta Zaletel

Dodajalne tehnologije –
tehnologije prihodnosti tudi v stomatologiji in medicini 65
*Tjaša Zupancič Hartner, Gorazd Sajko, Zoran Vulčević, Ivan Anžel,
Igor Drstvenšek*

Simpozij o estetiki v zobozdravstvu 67
Vito Vrbič

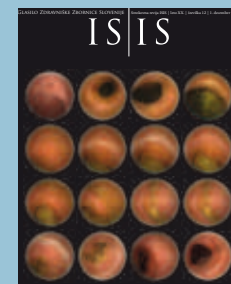
potrebna endoskopsko zdravljenje ali biopsija, bodisi rentgenska preiskava - npr. CT-enterografija ali MR-enterografija.

Posnetki kapsulne endoskopije pri bolnici s prikrito krvavitvijo iz prebavil prikazujejo diafragmalne zožitve, srpaste razjede in brazgotine, ki so tipične spremembe pri enteropatiji zaradi jemanja nesteroidnih antirevmatikov.

Avtorica slik: Živa Mrevlje

Avtor logotipa: Primož Kalan

Oblikovanje naslovnice: Andrej Schulz



Kongres evropskega združenja za ledvične bolezni in prestižna nagrada slovenskim nefrologom 68

Breda Pečovnik Balon

NOTE – Evropska on-line šola neonatologije 69

Aneta Soltirovska Šalamon

Podiplomsko izobraževanje iz paliativne oskrbe na zgornjem Gorenjskem: šola *auda sapere* 70

Mateja Lopuh, Marjeta Zupančič

5. goriški travmatološki dnevi 72

Franci Koglot

Onkološki forum v Izmirju 73

Tijana T. Šumer

Sodobni pogledi na možgansko kap 75

Erih Tetičkovič

SiNAPSA, slovensko društvo za nevroznanost 76

Blaž Koritnik, Jure Bon, Maja Bresjanac

Mednarodno srečanje Shizofrenija VII 79

Pia Lapajne

40. sestanek Evropske delovne skupine za kakovost v družinski medicini 81

Janja Ojsteršek

Je že čas, da postane cepljenje zdravstvenih delavcev proti gripi obvezno? 82

Tatjana Frelib

OBLETNICA

Prvih sto let 84

Franc Verovnik

S KNJIŽNE POLICE

Hvalnice 88

Marjan Kordaš

STROKOVNA SREČANJA 91

MALI OGLASI 101

ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

Kako brez kitajščine razumem Kitajce 103

Alojz Ihan

Decembrske pesmi 107

Dušan Sket

Kongres evropskega združenja za ledvične bolezni in prestižna nagrada slovenskim nefrologom

Breda Pečovnik Balon



Vlažna zemlja 107

Andrej Rant

Gori 107

Andrej Rant

Jelen 108

Andrej Rant

Balkanska elegija 1993 108

Andrej Rant

Hotela sem 108

Draženska Latinovič

Sestanek Medikohistorične sekcije in Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije v Mariboru 108

Elko Borko, Aco Krušič

Zdravnici s harmoniko in slikarsko paletto 110

Ksenija Slavec

Dva dohtarja, dve gori, dvesto konj in Medicina 112

Iztok Tomazin

SISI

Predvidevanja za sklic seje kakega odbora

Zdravniške zbornice v kaznilnici na Dobu 117

Pavle Kornhauser

ZAVODNIK

Tempora mutantur, nos et mutamur in illis 118

Marko Pokorn

Impressum

LETO XX., ŠT. 12, 1. december 2011
natisnjeno 8800 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.zdravniskazbornica.si>
T: 01/30 72 100, F: 01/30 72 109
E: gp.zzs@zss-mcs.si
Transakcijski račun: 02014-0014268276

**PREDESDNICA / PRESIDENT
prim.** Gordana Kalan Živčec, dr. med.
**UREDNIŠTVO / EDITORIAL
OFFICE**
Dunajska cesta 162, p. p. 439,
1001 Ljubljana
W: <http://www.zdravniskazbornica.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@m.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.
doc. 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. Crt Marinček, dr. med.
asist. mag. Marko Pokorn, dr. med.
prim. doc. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med.
prof. dr. Tomaž Rott, dr. med.
asist. Aleš Rozman, dr. med.
akad. prof. dr. Jože Trontelj, dr. med.
prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med.
prof. dr. Matjaž Zwitter, dr. med.

TAJNICI UREDNIŠTVA / SECRETARY
Marija Cimperman
Slavka Sterle

OBLIKOVANJE / DESIGN
Andrej Schulz, Primož Kalan
VisArt studio, Ljubljana

**RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN
PRIPRAVA ZA TISK - DTP**
Andrej Schulz, Marko Mastnak,
Simon Trampuš, Primož Kalan
VisArt studio
Kvants-VisArt d.o.o.
Koprska ulica 94, 1000 Ljubljana
T: 01/257 67 41

TRŽENJE / MARKETING
Zdravniška zbornica Slovenije
Dunajska cesta 162, p. p. 439,
1001 Ljubljana
T: 01/30 72 152, F: 01/30 72 109
E: isis@zss-mcs.si

TISK / PRINTED BY
Tiskarna Povše,
Pošvetova 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
meseč. Članke oddajte v elektronski
obliki. Dolžina člankov je omejena na
30.000 znakov – štetje brez presledkov
(velikost 12 pt, oblika pisave times new
roman).

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

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

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

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

Poročila s strokovnih srečanj

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

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

Nekrologi

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

Izjava uredništva

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

Letna naročnina

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

ISIS

Sodelovali

Red. prof. dr. Ivan Anžel, univ. dipl.
inz. metal. in mater., Fakulteta za
strojništvo Maribor • **Prof. dr. Bojana
Beović**, dr. med., Nacionalna komisija
za smiselno rabo protimikrobnih
zdravil v Sloveniji • **Prim. prof. dr.
Marjan Bilban**, dr. med., Zavod za
varstvo pri delu, d. d. • **Asist. mag. Jurij
Bon**, dr. med., Psihiatrična bolnišnica
Begunje • **Prim. prof. dr. Elko Borko**,
dr. med., Maribor • **Izr. prof. dr. Maja
Bresjanar**, dr. med., Medicinska
fakulteta Univerze v Ljubljani •
Branko Brinšek, dr. med., Psihiatrična
bolnišnica Begunje • **Izr. prof. dr. Milan
Čizman**, dr. med., Nacionalna komisija
za smiselno rabo protimikrobnih zdravil
v Sloveniji • **Prim. Marko Demšar**,
dr. med., Ljubljana • **Izr. prof. dr. Igor
Drstvenšek**, univ. dipl. stroj., Fakulteta
za strojništvo Maribor • **Prof. dr.
Franc Farčnik**, dr. dent. med., Orthos,
Ljubljana • **Prim. Marjan Fortuna**,
dr. med., Univerzitetni klinični center
Ljubljana, SPS Interna klinika •
Tatjana Frelih, dr. med., Inštitut za
varovanje zdravja RS • **Prof. dr. Eldar
M. Gadžijev**, dr. med., Domžale • **Prof.
dr. Alojz Ihan**, dr. med., Zdravniška
zbornica Slovenije • **Prof. dr. Boris
Klun**, dr. med., Ljubljana • **Franci
Koglot**, dr. med., SB Nova Gorica •
Akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr.
med., Ljubljana • **Dr. Blaž Koritnik**,
dr. med., Univerzitetni klinični center
Ljubljana, SPS Nevrološka klinika •
Prim. izr. prof. Pavle Kornhauser,
dr. med., Ljubljana • **Izr. prof. dr.
Mitja Košnik**, dr. med., višji svetnik,
Zdravniška zbornica Slovenije •
Dr. Aleksandar Kruščić, dr. med.,
Univerzitetni klinični center Maribor
• **Pia Lapajne**, dr. med., Psihiatrična
bolnišnica Begunje • **Draženka
Latinović**, dr. med., ZD Slovenj Gradec
• **Asist. mag. Mateja Lopuh**, dr. med.,
SB Jesenice • **Mag. Nina Mazi**, dr.
med., Ljubljana • **Doc. dr. Anamarija
Meglič**, dr. med., Univerzitetni klinični
center Ljubljana, Pediatrična klinika,
KO za nefrologijo • **Janja Ojsteršek**, dr.
med., ZD Brežice • **Izr. prof. dr. Maja
Ovseničnik**, dr. dent. med., Univerzitetni
klinični center, SPS Stomatološka

klinika • **Prim. izr. prof. dr. Breda
Pečovnik Balon**, dr. med., Univerzitetni
klinični center Maribor • **Aleš Petrovič**,
dr. med., Inštitut za varovanje zdravja
RS • **Prim. Dušica Pleterski Rigler**, dr.
med., Ljubljana • **Asist. mag. Marko
Pokorn**, dr. med., Univerzitetni klinični
center Ljubljana, Klinika za infektivske
bolezni in vročinska stanja • **Prim.
Marjeta Potočnik**, dr. med., Zavod RS
za transplantsko medicino, Ljubljana
• **Nada Puharič**, dr. dent. med., ZOP
NADA, d. o. o. • **Andrej Rant**, dr. dent.
med., Ljubljana • **Dr. Andrej Robida**,
dr. med., Bled • **Prim. doc. dr. Danica
Rotar Pavlič**, dr. med., Zdravniška
zbornica Slovenije • **Gorazd Sajko**, dr.
dent. med., Zdravstveni dom dr. Adolfa
Drolca Maribor • **Prof. dr. Dušan Sket**,
dr. med., Ljubljana • **Ksenija Slavec**,
Kranj • **Aneta Soltirovska Šalomon**,
dr. med., Zdravstveni dom Ljubljana,
Enota ZD Center • **Taja Tijana
Šumer**, dr. med., Bolnišnica Golnik,
Univerzitetna klinika za pljučne bolezni
in alergijo • **Mag. Ljiljana Tatalović
Osterman**, dr. med., Maribor • **Prim.
prof. dr. Erih Tetičkovič**, dr. med.,
Univerzitetni klinični center Maribor
• **Prim. mag. Iztok Tomazin**, dr. med.,
Osnovno zdravstvo Gorenjske, ZD
Tržič • **Prim. asist. Ksenija Tušek
Bunc**, dr. med., ZD dr. Adolfa Drolca
Maribor • **Andrea Užmah Kučina**, dr.
med., Psihiatrična bolnišnica Vojnik
• **Prim. mag. Franc Verovnik**, dr.
med., Kotlje • **Prof. dr. Vito Vrbič**,
dr. dent. med., Ljubljana • **Red. prof.
dr. Zoran Vuličević**, dr. dent. med.,
Stomatološka fakulteta Beograd •
Elizabeta Zaletel, dr. dent. med.,
Orthos, Ljubljana • **Izr. prof. dr. Slavko
Ziherl**, dr. med., Projektna skupina za
organizacijo forenzične psihiatrije v
Sloveniji • **Marjeta Zupančič**, dr. med.,
Osnovno zdravstvo Gorenjske, ZD
Jesenice • **Tjaša Zupančič Hartner**,
prof. bio.-kem., mlada raziskovalka iz
gospodarstva, Zlatarna Celje, d. d. •
Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr.
med., Medicinska fakulteta Univerze
v Ljubljani, Inštitut za zgodovino
medicinske • **Izr. prof. dr. Matjaž Zwitter**,
dr. med., Onkološki inštitut Ljubljana

Izr. prof. dr. Matjaž Rode, dr. dent. med., višji svetnik – 70-letnik

Naš priznani in cenjeni stomatolog se je rodil leta 1941 v Ljubljani, kjer je obiskoval klasično gimnazijo. Nato je študiral na Medicinski fakulteti v Ljubljani ter opravil specializacijo s področja zobnih in ustnih bolezni ter parodontologije. Leta 1983 je uspešno zagovarjal doktorsko disertacijo na temo sprememb na zobnem organu pri nekaterih oblikah palmo-plantarnih keratodermij.

Zaposlil se je v Zdravstvenem domu Ljubljana, kjer je delal vse do leta 2006, ko se je upokojil. Tisti, ki ga poznamo, vemo, da je zagnan zobozdravnik in poln energije, zato kljub upokojitvi še vedno honorarno dela v ljubljanskem zdravstvenem domu in kot zasebnik v ambulatoriju Zeleni trikotnik v Ljubljani.

Izr. prof. dr. Matjaž Rode, dr. dent. med., v. svet., se je zavedal pomembnosti prenosa znanja na mlajše generacije, zato je zagotovo eden izmed tistih, ki je veliko prispeval k izobraževanju in usposabljanju številnih generacij slovenskih zobozdravnikov. Leta 1984 je namreč postal docent na področju ustnih in zobnih bolezni, leta 1989 in nato ponovno 1996 pa je bil izvoljen za izrednega profesorja na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Minister za zdravje mu je leta 1995 podelil tudi naziv višji svetnik. Na ljubljanski medicinski fakulteti je vseskozi predaval mlajšim rodovom bodočih zobozdravnikov, od leta 2009 pa ga srečujemo tudi na Medicinski fakulteti v Mariboru. Svoje znanje je delil s študenti tudi onstran meja Republike Slovenije, saj je bil mentor številnim magistrim znanosti s področja stomatologije na fakultetah v državah nekdanje Jugoslavije.

Strokovni javnosti je poznan z obširnimi opusom svoje raziskovalne dejavnosti. Sodeloval je namreč pri številnih domačih in mednarodnih raziskovalnih projektih, nekatere pa je tudi vodil. Kot prvi avtor ali soavtor je objavil 154 del v domači in tuji strokovni literaturi, med drugim je tudi avtor poglavja v štirih strokovnih knjigah, ki jih je izdala ena od največjih svetovnih založb stomatološke literature Quintessenz iz Berlina. Njegovo strokovno znanje je prepoznano široko po svetu, zato je kot predavatelj še danes pogosto vabljen na številna mednarodna strokovna srečanja. European Science Foundation ga je leta 1999 imenovala za enega od recenzentov ovrednotenja kliničnih raziskav.

Izr. prof. dr. Matjaž Rode, dr. dent. med., v. svet., je bil vseskozi aktiven tudi na stanovskem področju. Bil je namreč član vseh pomembnejših odborov, komisij, kolegijev in skupin na področju zobozdravstva, kjer se je s svojim delom zapisal kot velik zagovornik ustrezne ureditve in nemotenega delovanja zobozdravstvenega sistema, njegove visoke strokovnosti

in kakovosti, slovenske zobozdravnike pa je uspešno predstavljal tudi v mednarodnih zobozdravniških organizacijah in združenjih. Že drugi mandat je podpredsednik Slovenskega zdravniškega društva.

Bil je med pobudniki ustanovitve Zdravniške zbornice Slovenije in med tistimi, ki so orali ledino pri njenem nastanku. Temu projektu je posvetil veliko časa, energije in znanja ter se vseskozi zavzemal, da uspe. Tudi z njegovim prispevkom, bil je namreč tudi prvi predsednik odbora za zobozdravstvo, se je Zdravniška zbornica Slovenije postavila na trdne temelje in postala stanovska organizacij slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov. Veseli in ponosni smo, da še danes z veseljem sodeluje pri delu zbornice in njenih odborov.

Izr. prof. dr. Matjaž Rode, dr. dent. med., v. svet., je za svoje delo prejel številna domača in mednarodna priznanja. Zdravniška zbornica Slovenije mu je leta 2002 podelila Hipokratovo priznanje za njegovo izjemno stanovsko in organizacijsko delo ter bistveni prispevek k ugledu slovenskega zdravništva in zobozdravništva. Leta 2007 pa je postal zaslužni član Zdravniške zbornice Slovenije za prispevek pri uveljavljanju poslanstva stanovske organizacije doma in v tujini.

V imenu vseh slovenskih zobozdravnikov in zdravnikov mu ob življenjskem jubileju želimo vse najboljše ter še veliko delovnih uspehov v dobro nas vseh, zlasti mlajših generacij v zobozdravstvu.

*Sabina Markoli, dr. dent. med.
podpredsednica Zdravniške zbornice Slovenije
predsednica Odbora za zobozdravstvo*



Pa ga imamo, naš Domus Medica

Marko Demšar

Prijazna sogovornica

Obiskovalci se navdušujemo nad čudovito avlo, spoznali smo Modro dvorano in klubske prostore, ne zaidemo pa v vsakega od številnih prostorov, ki so v » mezaninu« ali 2. nadstropju manj na obeh in v katerih se odvijajo dejavnosti, brez katerih zbornica ne bi mogla izpolnjevati svojih nalog. Stisk roke z eno od sodelavk je ponudil priložnost, dobiti odgovore na nekaj vprašanj.

Ko sva se srečala, ste mi dali svojo vizitko, na kateri piše: Tina Šapec, univ. dipl. pravnik, vodja Oddelka za podiplomsko usposabljanje, licence in register zdravnikov. Kje in kaj ste delali, preden ste postali to?

Takoj po končanem študiju na pravni fakulteti v Ljubljani sem se zaposlila na Ministrstvu za kulturo, nato pa sem leta 1999 prišla na Zdravniško zbornico Slovenije, kjer sem nadomeščala vodjo oddelka za pravne in splošne zadeve, ki je bila takrat na porodniškem dopustu. Ves čas sem delala kot pravnica, zadolžena za različna področja, predvsem pa za specializacije in evropske ter mednarodne zadeve. Sedaj sem pol leta vodja oddelka, ki pokriva skoraj vsa javna pooblastila, ki jih ima zbornica. To so: register zdravnikov, pripravništvo, specializacije in licence, hkrati pa sem še vedno zadolžena in aktivno spremljam tudi področje dela Evropske unije, ki se nanaša na mednarodno priznavanje poklicnih kvalifikacij zdravnikov in specializacije.

Zdravniki in zobozdravniki imamo zagotovo svoje človeške in strokovne posebnosti. Kako se soočate z njimi?

Na začetku je bilo potrebnega kar nekaj privajanja oziroma prilagajanja na delo z vami, včasih se je bilo, roko na srce, potrebno

ugrizniti tudi v jezik, kar pa zame kot precej dinamično in direktno osebo ni bilo najlažje, brez dvoma pa je bilo koristno. A vendar, ko spoznaš, v kakšnih okoliščinah nemalokrat delate in pod kakšnim pritiskom ste ter kako težke odločitve morate včasih sprejemati pri svojem delu, se naučiš preslišati in ne vzeti osebno včasih tudi kakšne pikre in grobe besede. Tako me po več kot desetih letih dela z zdravniki in zobozdravniki res izjemno redko še kdo spravi s tira.

Kje imate pri izpolnjevanju »poslanstva« vašega oddelka največ težav? Kakšno spremembo bi si želeli v območju svojega dela?

Nedvomno je največ težav pri nedorečeni, a obenem nemalokrat preveč zapleteni zakonodaji, ki zdravniški stroki preveč veže roke. Zbornica vodi veliko pravnih, upravnih in drugih postopkov, ki pa so zelo občutljivi, se med seboj razlikujejo in bi zato vsekakor terjali individualno obravnavo. Žal pa to ne gre, saj se moramo strogo držati črke zakona. Zelo okrnjena so tudi proračunska sredstva za izvajanje vseh nalog, ki nam jih je zaupala država, kar posledično pomeni premalo kadra na področju izvajanja javnih pooblastil. Zato gre včasih to žal tudi na račun naših članov. V postopkih pa bi si želela tudi večjo veljavo stroke in ne zgolj slepega sledenja suhoparnim paragrafom.

Kako se počutite v teh prostorih?

Prostori so krasni, moderni, zračni, a pomembnejša je vsebina hiše – ljudje, s katerimi delam, tako zaposleni na zbornici kot dolgoletni člani delovnih teles zbornice in funkcionarji ter tudi ostali člani, ki mi dajejo navdih in zaradi katerih to delo še vedno z veseljem opravljam. Pri nas pravzaprav ni dolgočasnega dneva, monotone vsebine, enoličnih postopkov – vsak dan je pestro in zanimivo.

Kaj želite še povedati članom Zdravniške zbornice Slovenije?

Geslo zbornice je: Za dobrobit zdravnika in bolnika. Temu vsekakor sledimo tudi v strokovni službi. Prepričana sem, da bomo s skupnimi močmi uspeli uresničiti tudi vsebino tega sporočila.





Vabilo na prednovoletno srečanje

20. december je dan, ki ga velja takoj zabeležiti v svoj rokovnik! Čeprav takrat dogajanj zaradi bližajočih se novoletnih praznikov ne bo manjkalo, bo le-to imelo poseben pomen: vrata Modre dvorane v Domus Medica se bodo odprla obiskovalcem koncerta, ki ga kot novoletno darilo zanj pripravljaja orkester *Camerata labacensis*.

O ansamblu in njegovi zgodovini smo se pogovarjali z doc. dr. Pavletom Košorokom, ki je kot violinist pričel nastopati v »kirurškem godalnem triu« pred dvajsetimi leti in je danes član sestave sedanjega orkestra.

Lahko orišete zgodovino ansambla?

Orkester je pričel vaditi pred dvajsetimi leti na pobudo prof. Igorja Ravnika zaradi nastopa v okviru Plečnikovega memoriala. Takrat je bil dirigent Franci Rizmal, nato pa je dirigentsko palico prevzel Andrej Ožbolt in za njim sedanji vodja Franc Avsenek.

Prvi nastopi so bili kot manjše zdravniške zasedbe, te pa so kasneje prerasle do današnje velikosti. Prof. Lenart, predstojnik Inštituta za patologijo, je razen umetniške žilice imel še organizacijsko vizijo. Komorne zasedbe, ki so pripomogle k svečanosti prvih Plečnikovih dni, so bile pobuda za nadaljnji razvoj kulturne dejavnosti med medicinci. To je kasneje pripomoglo k ustanovitvi kulturno-umetniškega društva v Kliničnem centru. Tudi izbrano ime »Camerata medica« sodi k začetku dejavnosti. Prvi navdušenci so sodelovali v ansamblu do sezone 1993–1994, ko je prišlo do njihove občutnejše zamenjave. Ginekologinja Mojca Demšar je danes edina, prisotna od prvih začetkov.

Kje se je orkester predstavljal občinstvu?

Noben kulturni program ob zaključku Plečnikovih dni ni minil brez našega nastopa. Potem je še sodelovanje na samostojnem nastopu študentov medicine, gostovanja v raznih slovenskih mestih ter že nekaj let koncert v polhograjski graščini na začetku poletja.

Je kakšen pomemben mejnik v delu orkestra?

Napredek v njegovem delovanju je nastopil, ko je postal del ljubljanske kulture, ki ga je finančno podpirala Mestna občina. Ta sicer skromna sredstva so omogočila, da se je orkester občasno zbral na nekajdnevni intenzivni vajah in naštudiral tudi zahtevnejši program.

Ob 20-letnici smo posneli zgoščenko z zanimivim programom, ki presega »čitalniški nivo« ljubiteljskega igranja. Na našem novoletnem nastopu boste nekaj tega deležni tudi obiskovalci.

Lahko izbrane skladbe napoveva kar sedajle?

Seveda, saj boste tako videli, kako visoko segajo naša umetniška prizadevanja. Spored bo takle:

- G. Tartini – Sonata a quattro v D-duru – Allegro assai
- A. Vivaldi – 2. stavek iz koncerta za violončelo in godala op. 3, št. 9 – Larghetto
Solistka: Tina Gregorc, violončelo
- G. Donizetti – O mio Fernando, arija iz 2. dejanja opere La Favorita
Solistka: Alja Koren, mezzosopran
- G. Mahler – Klavierquartett (priredba za klavir in godala Franc Avsenek)
Solistka: Katerina Tominec, klavir
- P. de Sarasate – Ciganski napevi op. 20, št. 1
Solist: Andrej Gubenšek, violina
- E. Toselli – Serenata (priredba za godala Franc Avsenek)
- Z. Fibich – Poem (priredba za godala Franc Avsenek)
- A. Piazzolla – Balada para un Loco (priredba za violo, harmoniko in godala Franc Avsenek)
Solista: Franc Avsenek, viola, in Mirko Jevtović, harmonika

- E. Clapton – River of tears (priredba za vokal in godala Franc Avsenek)
Solistka: Alja Koren
- A. Templeton – Sonata za klarinet (priredba za klarinet in godala Franc Avsenek)
Solist: Jernej Podboj, klarinet

Dirigent bo Franc Avsenek.

Hvala za vse povedano in uspešne priprave na dogodek, kot ga v Domus Medica še ni bilo!

Seminarji in delavnice za člane zbornice

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

Naslov	Datum	Ura	Prijavnica
Komunikacija in razumevanje drugačnosti (seminar)	23. 2. 2012 12. 4. 2012	9.00– 16.00	na spletu
Verbalna in neverbalna komunikacija (delavnica 1)*	24. 2. 2012 29. 2. 2012 13. 4. 2012 18. 4. 2012	9.00– 16.30	na spletu
Učinkovito reševanje konfliktov (delavnica 2)*	25. 2. 2012 1. 3. 2012 14. 4. 2012 19. 4. 2012	9.00– 16.30	na spletu
Specializirani intenzivni tečaj slovenskega jezika za zdravnike in zobozdravnike	5.12.2011 – 16. 2. 2012	16.00– 17.30	na spletu
Komuniciranje zdravnika in zobozdravnika z mediji ter obvladovanje izrednih dogodkov ob pojavih napak in zapletov pri izvajanju zdravstvenih storitev (seminar)	datum še ni znan	15.00– 19.00	
Delavnica za zasebne zdravnike in zobozdravnike	datum še ni znan	3–4 ure	

* Pogoj za udeležbo na delavnicah je predhodna udeležba na seminarju Komunikacija in razumevanje drugačnosti. Pogoj za udeležbo na delavnici 2 je udeležba na delavnici 1.

Vsebina seminarjev:

Komunikacija in razumevanje drugačnosti (seminar)

Seminar je namenjen zdravnikom in zobozdravnikom, ki želijo osvojiti veščine komuniciranja, ter v nadaljevanju v obliki dveh delavnic nudi tudi **trening tehnik in samih načinov komuniciranja**. Udeleženci se bodo na seminarju seznanili z neverbalno in verbalno komunikacijo, razumevanjem pomena odzivov v

komunikaciji in obvladovanja čustev, vplivom samouresničujoče prerokbe (placebo efekt) na zdravje, **razumevanjem dinamike konfliktov** in strategije njihovega učinkovitega reševanja ter razumevanjem ovir pri doseganju soglasja v komunikaciji.

Seminar in delavnico vodi gospa **Metka Komar, univ. dipl. ekon.**, ki je strokovnjakinja na področju osebne in poslovne učinkovitosti. Je trenerka NLP (nevrolingvističnega programiranja) – smeri komunikacije, ki išče odličnost v načinu komuniciranja, in ocenjevalka EFQM (poslovne odličnosti). Pred petnajstimi leti je začela voditi delavnice s področja komunikacije, motivacije in timskega dela. Ko se je njeno delo usmerilo v iskanje osebne učinkovitosti na delovnem mestu, je začela voditi tudi delavnice projektnega vodenja in opolnomočenja (empowerment). Pri svojem delu dosega dobre rezultate, ker motivira ljudi za spremembe, ki so potrebne, da posamezniki, timi in podjetje izboljšajo rezultate svojega delovanja in jih usmerja pri iskanju novih načinov delovanja in komuniciranja, da ohranijo nove navade. **Program in prijavnico dobite na naši spletni strani <http://www.zdravnikazbornica.si/zs/755/strokovna-sreca>.**

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 – prepričanja, ter se naučili, kako jih prepoznavamo in kako jih spremenimo. Cilji delavnice so: trening razumevanja sporočil, trening korakov aktivnega poslušanja, trening načinov jasnega izražanja, prepoznavanje in obvladovanje čustvenih odzivov, razumeti, da si z mislimi sami kreiramo prihodnost, **in razumeti, da imamo vpliv na misli, ter zavestna izbira naravnosti** (občutkov) – trening tehnike.

Učinkovito reševanje konfliktov (delavnica)

Konflikte večina ljudi zaznava kot negativne, ker imajo slabe izkušnje z njihovim razreševanjem. Vendar so konflikti tudi pozitivni, ker nas prebudijo, pripravijo do tega, da se postavimo za svoja mnenja in stališča ter se aktiviramo za spremembe. Udeleženci delavnice se bodo naučili in vadili, **kako uspešno**

razreševati konfliktno 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.

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 imajo pogosto ne dovolj dobro znanje 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. Več o tečaju preberite spodaj.

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

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

Osvetlili pa bomo tudi praktične napotke za razkritje zdravniške napake (škodljivega dogodka) in zapleta pacientom ter ustrezno komunikacijo z mediji. Od tega je namreč odvisno, kako uspešni bomo pri obvladovanju izrednih dogodkov in soočanju z njimi. Zdravniških zapletov in napak vnaprej ni mogoče predvideti in se nanje pripraviti, zaradi česar je toliko bolj pomembno vodenje ustrezne komunikacije s prizadetimi pacienti oziroma njihovimi svojci in mediji. Razkritje tudi ni preprosto in zahteva veliko priprav ter poznavanja osnov komuniciranja ob izrednih dogodkih.

Delavnica za zasebne zdravnike in zobozdravnike

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

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

Specializirani intenzivni tečaj slovenskega jezika za zdravnike in zobozdravnike

Zdravniška zbornica Slovenije v sodelovanju s Centrom za slovenščino kot drugi/tuji jezik organizira specializirani tečaj slovenščine za zdravnike in drugo medicinsko osebje. Našim članom, zdravnikom in zobozdravnikom, pretežno tistim, ki prihajajo iz drugih držav, želimo namreč ponuditi možnost, da izpopolnijo svoje znanje slovenskega jezika.

Kraj in trajanje: Tečaj bo potekal 4-krat tedensko (od ponedeljka do četrтка) po 2 uri, **od 16.00 do 17.30 ure v prostorih Domus Medica**. Celoten program traja 80 ur in bo izveden v 10 tednih. **Pričetek tečaja bo 5. 12. 2011, zaključek tečaja pa 16. 2. 2012.** V času božičnih počitnic tečaja ne bo. V primeru premajhnega števila prijav bo začetek tečaja prestavljen.

Program:

- slovenski jezik za vsakdanje sporazumevanje (po programu Slovenščina za tujce);

- slovenski jezik za sporazumevanje na delovnem mestu zdravnika ali zobozdravnika z različnimi naslovniki: bolniki, sodelavci, nadrejenimi;
- besedišče s področja medicine in (zobo)zdravstvene dejavnosti;
- razumevanje in govorna ter pisna produkcija besedil (dokumentacija), potrebne za izvajanje (zobo)zdravniške službe (diagnoze, izvidi, poročila, recepti, napotnice, delovni nalogi, potrdila, nasveti ...).

Cilji - usposobiti zdravnika za sporazumevanje:

- v različnih situacijah in dogodkih na njegovem delovnem mestu;
- z bolnikom: razumevanje bolnika, npr. preprosta, tudi žargon-ska ali narečno obarvana razlaga simptomov njegove bolezni;
- v pogovoru z bolnikom: postavljanje smiselnih vprašanj, razumljiva razlaga simptomov, terapije, kurativnih in preventivnih ukrepov, nasvetov in svetovanja;

- z ožjimi sodelavci; sporazumevanje z administrativnimi delavci, z drugim zdravstvenim osebjem; razumevanje in dajanje navodil, poročanje; v pogovoru, po telefonu, pisno;
- z nadrejenimi: poročanje, naslavljanje prošenj; v pogovoru, pisno;
- v pisni komunikaciji: pisanje anamnez, diagnoz, predpisovanje terapij, izpolnjevanje najrazličnejše dokumentacije in obrazcev ...

Cena: 525 EUR (z vključenim DDV) vključuje tečaj, učbenik in dodatno gradivo.

Prijave: E-pošta: branka.gradisar@ff.uni-lj.si. Prijavnico najdete na naši spletni strani: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>.

Obravnava mladoletnih pacientk brez vednosti in vnaprejšnjega soglasja staršev

Danica Rotar Pavlič, Dušica Platerski Rigler, Branko Brinšek, Matjaž Zwitter, Nada Puharič, Marjan Bilban, Ljiljana Tatalović Osterman, Ksenija Tušek Bunc

Odbor za pravno-etična vprašanja je v letu 2007, torej v preteklem mandatnem obdobju, prejel vprašanje specialista ginekologa, kako ravnati v primerih, ko pacientka, ki je mlajša od petnajst let, želi brez vednosti staršev pridobiti kontracepcijske tablete. Podobna vprašanja so se pojavljala tudi v primeru zahteve mladoletne pacientke po umetni prekinitvi nenačrtovane nosečnosti. Problematika je še posebej pereča v primerih, ko pride do nepričakovanega zapleta, kot je na primer hudo poslabšanje zdravstvenega stanja po umetni prekinitvi nosečnosti, ali poslabšanja zdravstvenega stanja po začetku jemanja predpisanih kontracepcijskih tablet. Vlagatelj je posebej poudaril stališča sodnomedicinske stroke, ki so bila izrečena na enem izmed interdisciplinarnih srečanj in so se po njegovih navedbah glasila takole: »Privolitev staršev je potrebna (prekinitve nosečnosti, uvedba kontracepcije), saj lahko v primeru zapletov, starši obolele mladoletnice posežejo po dodatnih ukrepih proti zdravniku, ki je poseg opravil, ga »indicial« ali predpisal zdravilo.«

Vlagatelj je podrobno opisal, da si stališča ginekološke in sodnomedicinske stroke, glede pravilne pravne interpretacije veljavnih predpisov na tem področju, nasprotujejo. Prvi menijo, da je mladoletnica upravičena, da želene zdravstvene storitve zahteva samostojno, brez privolitve staršev, medtem ko drugi menijo, da je seznanjenost in privolitev staršev v teh primerih potrebna. Slednji svoje stališče argumentirajo s tem, da lahko starši mladoletnice, v primeru zapletov, ukrepajo in sprožijo postopek proti zdravniku, ki je poseg opravil oziroma predpisal kontracepcijsko sredstvo. Vlagatelj je še dodatno izpostavil vprašanje glede suma storitve kaznivega dejanja v zvezi s spolno nedotakljivostjo mladoletne osebe, kadar ginekolog ugotovi, da je imela ta spolni odnos z mladoletno osebo.

Odbor za pravno-etična vprašanja je še v preteklem mandatnem obdobju in prejšnji sestavi vlagatelju leta 2008 poslal odgovor, ki pa mu po njegovi oceni ni v celoti razjasnil dilem. Ponovno je pisal Odboru za pravno-etična vprašanja (OPE), ki se je po zborničnih volitvah sestel že v novi sestavi. Člani odbora so se odločili, da

celotno dokumentacijo zaradi širšega interesa posredujejo Republiški komisiji za medicinsko etiko, kot najvišjemu organu v Republiki Sloveniji, v pričakovanju jasnih navodil, kako ukrepati v takšnih primerih. Kako zagonetno je lahko takšno pravno in deontološko vprašanje, nam pove že dejstvo, da odgovora na ta dopis in tiste, ki so sledili (26. 11. 2009 in 26. 5. 2010) nismo prejeli. Vlagatelj se je zato upravičeno ponovno pisno oglašil ter izrazil svoje razočaranje, ker še ni prejel dokončnega stališča in odgovorov na pomembna vprašanja, ki se pojavljajo v praksi. Potem ko so se člani v novembru 2010 odločili, da se še zadnjič obrnejo po nasvet na republiško komisijo, je OPE v decembru 2010 za mnenje zaprosil pravno fakulteto, saj je ocenil, da je zbornica v prvi vrsti dolžna pomagati in svetovati svojim članom. V decembru 2010 je predsednico OPE poklicala predstavnica Inštituta za primerjalno pravo ter navedla, da pravna fakulteta tega mnenja ne more oblikovati, pač pa je običajna pot, da nalogo proti plačilu naročnika preda inštitutu. Po posvetu s predsednikom zbornice se je OPE zaradi pomembnosti vprašanja odločil, da nadaljuje s pridobitvijo mnenja. Mnenje Inštituta za primerjalno pravo, ki ga je pripravila prof. dr. Viktorija Žnidaršič Skubic, je zaradi pomembnosti problematike v celoti navedeno v nadaljevanju:

Pravno mnenje

2.1. Pravne podlage

Pravna podlaga za rešitev zastavljenih vprašanj se nahaja v prvi vrsti v Zakonu o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (ZZUUP). V skladu s slednjim je umetna prekinitve nosečnosti medicinski poseg, ki se opravi na zahtevo nosečnice, če nosečnost ne traja več kot deset tednov (17. člen ZZUUP). V primeru, ko nosečnost traja več kot deset tednov, se lahko opravi na zahtevo nosečnice le, če je nevarnost posega za življenje in zdravje nosečnice ter za njena bodoča materinstva manjša od nevarnosti, ki grozi nosečnici ali otroku

zaradi nadaljevanja nosečnosti in zaradi poroda (18. člen ZZUUP). Po dvajsetem tednu naj se, v skladu z medicinsko prakso, prekinitve nosečnosti ne bi več opravila, razen če je to potrebno zaradi varovanja življenja in zdravja nosečnice.

Postopek za umetno prekinitve nosečnosti se začne na zahtevo nosečnice. Če je nosečnica nerazsodna, zahtevajo umetno prekinitve nosečnosti njeni starši ali skrbnik. V primeru, da zahteva umetno prekinitve nosečnosti mladoletna nosečnica, zdravstvena organizacija, ki opravlja umetno prekinitve nosečnosti, praviloma obvesti o posegu starše oziroma skrbnika, razen če je nosečnica pred polnoletnostjo pridobila popolno poslovno sposobnost (22. člen ZZUUP).

V skladu z izrecno zakonsko določbo (23. člen ZZUUP) se šteje, da zahteva za umetno prekinitve nosečnosti vsebuje tudi privolitve za poseg po predpisih o zdravstvenem varstvu. To velja tako v primeru, ko umetno prekinitve nosečnosti zahteva mladoletna razsodna nosečnica, kot tudi v primeru, če prekinitve nosečnosti zahteva polnoletna nosečnica, ki ji je odvzeta poslovna sposobnost, je pa razsodna.

Temeljni podzakonski akt, ki je bil na obravnavanem področju sprejet z namenom lažjega izvrševanja oziroma izvajanja ZZUUP v praksi, so Navodila za izvrševanje zakona o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok. V 3. odstavku 7. člena citiranih navodil je določeno, da se mladoletna nosečnica obravnava s posebno skrbnostjo, glede na njene družinske in socialne razmere. Pri tem se upošteva oziroma spoštuje njena osebna odločitev, tako glede prekinitve nosečnosti kot tudi glede obvestila staršem.

Poleg ZZUUP, ki je, kot rečeno, temeljni pravni vir na obravnavanem področju, je kot pravni vir v konkretnem primeru treba omeniti tudi Zakon o pacientovih pravicah. Uporabne bodo zlasti določbe splošnejšega značaja, ki govorijo o položaju otrok v vlogi pacienta oziroma prejemnika zdravstvenih storitev. V prvi vrsti velja tako omeniti 3. alinejo 1. odstavka 3. člena ZPacP, ki določa, da je pri uresničevanju pravic pacientov po tem zakonu potrebno upoštevati načelo največje zdravstvene koristi za paciente, med katerimi so še posebej izpostavljeni otroci. Prav tako je v 1. odstavku 8. člena ZPacP izrecno določeno, da so otrokom (in drugim ogroženim skupinam) pri zdravstveni oskrbi, poleg pravic, ki jim jih nudi ta zakon (se pravi ZPacP), zagotovljene še posebne pravice, ki so opredeljene kot aktivna skrb države in jih določajo drugi predpisi. Pomembna je tudi določba 3. odstavka 8. člena ZPacP, ki določa, da mora zdravstvena oskrba otrok potekati ustrezno njihovi starosti in njihovemu zdravstvenemu stanju.

ZPacP v 35. členu posebej opredeljuje otroke oziroma njihov položaj v vlogi pacientov. V skladu z definicijo ZPacP so otroci osebe, ki še niso dopolnile osemnajst let starosti, razen v primerih, ko so le-te že pred tem pridobile popolno poslovno sposobnost (14. točka 1. odstavka 2. člena ZPacP). To so primeri, ko je mladoletnik sklenil zakonsko zvezo (predhodnem spregledu t.i. zadržka mladoletnosti, o čemer odloča Center za socialno delo) ali pa je (po odločbi sodišča v nepravdnem postopku) pridobil popolno poslovno sposobnost zato, ker je postal roditelj (2. in 3. odstavek 117.

člena Zakona o zakonski zvezi in družinskih razmerjih, ZZZDR). V navedenih dveh primerih je namreč bilo v ustreznih postopkih ugotovljeno, da je oseba telesno in duševno zrela in sposobna za samostojno življenje. Pravo ji na ta način ne nudi več varstva, ki so ga sicer deležni otroci oziroma ta oseba ni več pojmovana kot otrok.

V 1. odstavku 35. člena ZPacP določa, da se medicinski poseg, v primeru, ko otrok ni sposoben privolitve v medicinski poseg, lahko opravi le, če ga dovolijo oziroma z njim soglašajo otrokovi starši oziroma skrbnik. Drugi odstavek istega člena pa prinaša domnevo, da otrok, do dopolnjenega petnajstega leta starosti, ni sposoben privolitve v zdravstveni poseg. Izjema je le primer, ko zdravnik, glede na otrokovo zrelost, v konkretnem primeru oceni, da je za to sposoben. O okoliščinah, ki govorijo o tem, ali je mladoletnik sposoben odločanja o sebi, se zdravnik praviloma posvetuje z otrokovimi starši ali njegovim skrbnikom. Na drugi strani pa zakon prinaša domnevo, da je otrok, ki je dopolnil petnajst let, sposoben privolitve. Tudi ta domneva ni neizpodbojna, saj lahko zdravnik, glede na konkretne okoliščine otrokove zrelosti, oceni, da slednji ni sposoben tovrstnega odločanja o sebi. Tudi ob sprejemu tovrstne odločitve se praviloma posvetuje z otrokovimi starši oziroma njegovim skrbnikom.

2.2. Odgovori na zastavljena vprašanja

Ob ustrezni interpretaciji predstavljenih pravnih pravil ter ob hkratnem upoštevanju vseh ostalih relevantnih strokovnih standardov in načel, ki jih je ob izdelavi takšnega pravnega mnenja treba upoštevati, lahko podam naslednje odgovore na konkretno zastavljena vprašanja.

Zakon o pacientovih pravicah je razveljavil 2. odstavek 47. člena o zdravstveni dejavnosti, ki je določal, da za otroke do petnajstega leta starosti in za osebe pod skrbništvom uveljavljajo pravice v zvezi z zdravljenjem oziroma medicinskimi posegi starši oziroma skrbniki. V skladu z Zakonom o pacientovih pravicah (prvi in drugi odstavek 35. člena ZPacP), ki predstavlja veljavni pravni vir glede splošnega urejanja vprašanj privolitvene sposobnosti mladoletnikov, sedaj torej velja, da je zdravnik tisti, ki bo ocenil, ali je petnajstletnik sposoben ali nesposoben samostojnega odločanja o sebi v primeru medicinskih posegov. Zakonsko pravilo sicer postavlja domnevo, da je petnajstletnik načeloma sposoben samostojnega odločanja o sebi na zdravstvenem področju, zdravnik pa lahko to domnevo, s svojo kompetentno oceno okoliščin v konkretnem primeru, izpodbije navzgor (odloči, da na primer šestnajstletnik v konkretnem primeru ni dovolj zrel za določeno odločitev) ali pa navzdol (odloči, da je štirinajstletnik dovolj zrel za določeno odločitev).

Vendarle pa moramo poudariti, da predstavljena pravila ne veljajo za področje svobode odločanja o rojstvih otrok, saj je omenjena ustavna svoboščina, iz katere izhajata tudi pravici do preprečevanja zanositve in do umetne prekinitve nosečnosti, urejena v posebnem zakonu, to je v ZZUUP. Slednji je za to področje odločilen in ima prednost pred splošnejšim, čeprav kasneje sprejetim zakonom, to je ZPacP. ZZUUP je torej *lex specialis* in zato moramo pri vprašanju umetne prekinitve nosečnosti, kot tudi pri

pravici do kontracepcije, upoštevati njegove določbe in določbe na podlagi slednjega sprejetega podzakonskega akta.

V skladu s predstavljeno, slovensko zakonodajo razsodna mladoletnica lahko samostojno, brez sodelovanja oziroma privolitve staršev ali skrbnika (ali kogarkoli drugega) zahteva, da se ji opravi splav. To lahko stori tudi v primeru, da ji je bila odvzeta poslovna sposobnost, seveda iz razloga, ki ne zadeva njene razsodnosti. Starši torej, v skladu z našim pravom, ne morejo zahtevati, naj se opravi prekinitev nosečnosti njihovi mladoletni, a razsodni hčerki. Prav tako pa tudi ne morejo preprečiti, da bi se ji na njeno zahtevo opravila prekinitev nosečnosti.

Pravico do prekinitve nosečnosti lahko noseča ženska torej uveljavi ob pogoju, da je razsodna. To pomeni, da mora imeti za svojo odločitev potreben razum in voljo. O tem s prepriča zdravnik v konkretnem primeru posebej, v razgovoru s pacientko, ob tem, ko opravlja svojo pojasnilno dolžnost. Če je noseča ženska nerazsodna, njene odločitve ni mogoče nadomestiti z odločitvijo zastopnika (staršev ali skrbnika), saj gre za strogo osebno odločitev. Zakon sicer omogoča staršem ali skrbniku, da zahtevajo prekinitev nosečnosti za svojo nerazsodno hčer ali varovanko, vendar s tem ne nadomeščajo njene volje, pač pa uveljavljajo svojo dolžnost skrbeti za svoje zdravje in življenje hčerke ali varovanke (22. člen ZZUUP).

Predstavljena ureditev je bila v naše pravo sprejeta predvsem zato, ker je umetna prekinitev nosečnosti ena najbolj osebnih odločitev posameznice. Gre za odločitev o pomembnem medicinskem posegu v lastno telo, ki je najbolj osebna človekova dobrina, zato naj o tem odloča mladoletnica sama. Zdravstvena organizacija, ki opravlja prekinitev nosečnosti, praviloma, vendar ne obvezno, obvesti starše o nameravani ali že opravljeni prekinitvi nosečnosti, toda ne proti volji mladoletnice. Svoboda odločanja o rojstvih otrok, kot z ustavo zavarovana pravica (55. člen ustave RS), namreč pripade načeloma posamezniku tedaj, ko jo ta lahko prične izvrševati oziroma jo je – na primer mladoletnica, ki želi splav ali kontracepcijo – že pričela izvrševati. Starši namreč ne morejo zastopati otroka pri tistih pravnih poslih oziroma izjavah volje, kjer je potrebna otrokova osebna odločitev, kar odločitev o tovrstnih postopkih nedvomno je. V takšnih odločitvah mora biti otrok svoboden. Svoboda odločanja bi bila z nadomestitvijo njegove volje z voljo staršev, kot zakonitih zastopnikov, negirana. Zastopanje in svoboda odločanja sta v neposrednem nasprotju. Za izjavljanje strogo osebnih odločitev zato naš zakon ne zahteva popolne poslovne sposobnosti. Če pa je otrok kljub mladoletnosti popolnoma poslovno sposoben, zastopanje staršev tako ali tako odpade.

Podobni razlogi, kot jih navajamo pri umetni prekinitvi nosečnosti, govorijo tudi za to, da je pravica do začasne kontracepcije pravica, ki pripada razsodni mladoletnici in jo lahko uveljavlja samostojno. To pomeni, da je pri uveljavljanju te pravice na zastopajo starši oziroma skrbniki in tudi ne potrebuje njihovega dovoljenja oziroma sodelovanja.

Vprašanja glede morebitnih zapletov, do katerih lahko pride pri mladoletnici, ki ji je bilo predpisano ustrezno kontracepcijsko sredstvo, ali pri mladoletnici, kateri je bil opravljen splav, so

načeloma podobna vprašanjem, ki jih je treba obravnavati tudi v primeru zapletov pri katerikoli drugi pacientki, ki je polnoletna in je sposobna odločanja o sebi (je razsodna). Seveda to velja pod predpostavko, da je zdravnik pravilno ocenil, da je mladoletna pacientka razsodna. To pomeni, da je v konkretnem primeru presodil, da ima pacientka za svojo odločitev potreben razum in voljo in da na ta način lahko ugotovi, da gre za njeno svobodno odločitev o posegu oziroma prejemanju kontracepcije. V takšnem primeru obravnavamo mladoletnico za privolitveno sposobno za konkreten poseg, to pa hkrati pomeni tudi, da se slednja zaveda posledic svoje odločitve. To zavedanje pa ni povezano zgolj z njeno sposobnostjo razumevanja in izražanja lastne volje, ampak tudi z zdravnikovo pojasnilno dolžnostjo. Zdravnik mora namreč, podobno kot to velja za polnoletne in razsodne paciente, mladoletnici pojasniti njeno zdravstveno stanje ter verjeten razvoj le-tega ob prejetem zdravlilu oziroma medicinskem postopku, poučiti jo mora o načinu izvedbe, verjetnostih uspeha in o izidu splava oziroma prejemanja kontracepcije ter seveda o morebitnih tveganjih in stranskih učinkih, negativnih posledicah in neprijetnostih zaradi predvidenega medicinskega posega oziroma prejemanja kontracepcijskih sredstev. Gre za pojasnilno dolžnost, h kateri je zdravnik zavezan na podlagi 20. člena ZPacP.

Pri pojasnjevanju vseh navedenih okoliščin mora biti zdravnik že nasploh obziren, podati jih mora v neposrednem stiku s pacientom, v celoti in pravočasno. Pri mladoletni osebi pa je še toliko bolj v ospredju zahteva, da mora zdravnik to storiti na pacientu razumljiv način, skladno z njegovimi individualnimi sposobnostmi prejemanja informacij. K posebej skrbnemu ravnanju, ko gre za otroke, nas navaja tudi že določba Ustave RS, ki zagotavlja posebno varstvo otrok oziroma njihovih koristi (56. člen URS). Posebej otroke, kot kategorijo pacientov, ki jim je namenjena posebna skrb in varstvo, omenja tudi ZPacP (3. alineja 1. odstavek 3. člena ter 8. člen ZPacP). Na skrbno in tankočutno obravnavo pacientk v primerih splava napotuje tudi Navodilo za izvrševanje zakona o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok.

Zdravnik, ki bo ravnal v skladu s predstavljenimi pravili in hkrati seveda tudi v skladu s pravili lastne stroke (*lege artis*), to je v našem primeru v skladu s pravili ginekološke stroke, ne bo mogel biti odškodninsko odgovoren v primeru kakršnegakoli zapleta pri mladoletni osebi, ki bi bil lahko povezan s prejeta kontracepcijo ali opravljenem splavom.

Kar pa zadeva vlogo staršev takšnih mladoletnic, velja omeniti le to, da so osebe, dokler ne dosežejo polnoletnosti, to je starosti osemnajst let, pojmovane kot otroci in do tedaj imajo starši tudi roditeljsko pravico nad slednjimi. Izjema so mladoletnice, ki so postale popolnoma poslovno sposobne (obrazložitev zgoraj). Starši so v okviru svoje roditeljske pravice upravičeni in dolžni skrbeti za svojega otroka, za njegovo življenje, osebnostni razvoj, njegove pravice in koristi. Seveda se izvrševanje roditeljske pravice z naraščanjem starosti in pridobivanjem zrelosti otroka spreminja. Lahko bi rekli, da se pravice in dolžnosti staršev v zvezi s skrbjo za otrokovo osebo krčijo in zmanjšujejo. V okviru

dosežene poslovne sposobnosti otrok postane tudi procesno sposoben, to pomeni, da lahko samostojno toži oziroma je tožen. V skladu z našimi procesnopravnimi pravili bi lahko, v povezavi z splavom in zapleti pri kontracepciji, mladoletnica samostojno tožila ali bila tožena pri petnajstih letih. Pred tem je procesno nesposobna in jo morajo v pravdi zastopati starši kot njeni zakoniti zastopniki ali njen skrbnik. Povedano pa hkrati ne pomeni, da starši procesno sposobni mladoletnici pri tožbi zoper zdravnika, ki je na primer malomarno opravil svoje delo, ne bodo mogli pomagati oziroma je zastopati. Slednje so lahko, v skladu s pravicami in dolžnostmi, ki izhajajo iz njihove roditeljske pravice, v določenih primerih celo dolžni storiti. Vendarle pa je treba opozoriti, da zdravnikova odgovornost ostaja v vsakem primeru, ne glede na to, ali ga toži mladoletnica sama ali pa ga tožijo starši v njenem imenu, kot njeni zakoniti zastopniki, enaka. V vsakem primeru bo njegova odškodninska odgovornost podana le tedaj, ko bodo kršene zgoraj predstavljene predpostavke.

Glede vprašanj v zvezi z naznanjanjem suma kaznivih dejanj s strani ginekologov naj omenim določbo 3. odstavka 45. člena ZpacP, ki določa, da mora vsak zdravnik naznaniti sum storitve kaznivega dejanja zoper življenje in telo, kaznivo dejanje zoper spolno nedotakljivost ter kaznivo dejanje zoper zakonsko zvezo, družino in mladino, pri katerih je bil kot oškodovanec udeležen otrok. Poseben naj, v okviru predstavljene dileme nekaterih ginekologov, omenim še 1. odstavek 173. člena Kazenskega zakonika (KZ-1), ki ureja kaznivo dejanje spolnega napada na osebo, ki je mlajša od petnajst let. Slednji določa, da se tisti, ki spolno občuje ali stori kakšno drugo spolno dejanje z osebo drugega ali istega spola, ki še ni stara petnajst let, kaznuje z zaporom od treh do osmih let. To pomeni, da v skladu z veljavnim pravom ni več potrebno, da je prisoten tudi pogoj, ki je veljal po 1. odstavku 183. člena starega Kazenskega zakonika (KZ-IPB1), to je, da mora obstajati očitno nesorazmerje med zrelostjo storilca in žrtve. Glede na staro ureditev je postrožena tudi odgovornost, saj je bila prej zagrožena za-porna kazen v razponu od enega do osmih let, sedaj pa od treh do osmih let. Vendarle pa velja poudariti, da Ministrstvo za pravosodje podpira spremembo KZ-1 v tej smeri, da se sedanjemu pogoju starosti otroka zopet doda tudi zahtevo po obstoju nesorazmerja med zrelostjo storilca in njegove žrtve. To pomeni, da potem ne bi bil sankcioniran prav vsak spolni odnos z osebo, ki ni dosegla petnajst let starosti, četudi je do slednjega prišlo s soglasjem. Na ta način bi izključili (sedaj obstoječo) kaznivost spolnosti med mladoletniki samimi. (Konec nevedka pravnega mnenja.)

Zaključek

OPE je tako po skoraj štiriletnem dopisovanju in pridobivanju mnenj poslal mnenje inštituta vlagatelju. V uvodu je zaradi dolgotrajnosti postopka kronološko navedel vse dopise in naslovni-ke, ki so bili povabljeni k oblikovanju mnenja. V tem času se je večkrat izpostavilo stališče, da zdravniška etika in deontologija neredko presegata pravne predpise, zato v takšnih razpravah zdravniki morajo sodelovati. Ti poleg zahtev, ki izhajajo iz pravnih predpisov, vedo, da je v obeh zgoraj navedenih prime-rih zdravniško posredovanje brez vednosti staršev izjema, ne pa

pravilo, ki bi ga lahko uveljavljali pri zdravljenju drugih bolj ali manj zahtevnih bolezenskih stanj. Zdravnik se mora zavedati, da je tudi pri presoji »zrelosti mladoletnic« na zelo tankem ledu. Res je, da lahko presodi, da je mladoletnica že toliko zrela, da sama sprejme odločitev – vendar njegova presoja ne izniči pravice staršev, ki lahko kasneje to njegovo oceno izpodbijajo. V morebitni kasnejši sodni obravnavi se zato lahko pojavi veliko vprašanje, ali bo glede zrelosti mladoletnice sodišče pritrldilo zdravniku, ki je mladoletno dekle obravnaval v nekaj epizodah, ali staršem, s katerimi dekle živi.

Dodatno razmišljanje prof. Matjaža Zwittera Splav in kontracepcija pri mladoletnici

Oba problema – splav in pa predpisovanje kontracepcije pri mladoletnici – imata nekaj skupnih točk in nekaj posebnosti.

Skupno obema problemoma je, da gre lahko za kaznivo dejanje, če je partner dekleta polnoleten, ona pa mlajša od 15 let. V takem primeru torej zdravnik tvega, da ga obtožijo prikrivanja kaznivega dejanja (v primeru splava) ali pa nepreprečevanja kaznivega dejanja (v primeru kontracepcije).

Glede splava naj vsekakor zdravnik dekletu pove, da bo zelo verjetno vsaj mati ugotovila, za kaj je šlo. Če dekle živi doma, bo materi splav zelo težko prikrila. V veliko pomoč pri odločitvi bo zdravniku poznavanje družinskih razmer. Dekletu naj ponudi, da sam pokliče mater, kajti najstniki (ki nanje vsi gledajo še kot na otroke) prvi pogovor o tako kočljivi temi težko pričnejo. Poznamo primere, ko sta hči in mati po takem skupnem pogovoru z zdravnico sklenili, da bo dekle otroka obdržala – in s tem ni seveda prav nič narobe. Res pa obstajajo primeri (na primer pri hudem alkoholizmu obeh staršev), ko zdravnik oceni, da bi dekletu z obveščanjem staršev res hudo škodil. V takih primerih mu svetujem, naj, da bi se izognil morebitnim kasnejšim sporom glede ocene zrelosti dekleta, kot smo jih navedli v skupnem mnenju OPE, pokliče na posvet še drugega zdravnika in pisno dokumentira sklep takega posveta. Če bosta oba podala oceno, da je dekle zrelo za samostojno odločitev, bo v primeru kasnejše sodne obravnave to za zdravnika vsekakor varneje.

Problem predpisovanja kontracepcije je druge narave. Tu gre predvsem za dejstvo, da noben način kontracepcije pri ženski ni popolnoma neškodljiv, pri zelo mladih dekletih pa je zdravstveno tveganje še bistveno večje. Prav nobenega razloga ni, da bi bila kontracepcija le problem ženske. To velja toliko bolj, ker imajo moški zanesljiv in povsem neškodljiv način zaščite pred neželeno nosečnostjo, pa tudi pred spolno prenosljivimi boleznimi. Zdravnik naj mladoletnici pojasni škodljivosti »ženskih« oblik kontracepcije in ji predlaga, da se ponovno oglasita skupaj s fantom. Predpisovanje kontracepcije mladoletnici brez vednosti staršev, pa tudi ob njihovem soglasju, je s strokovnega stališča hudo problematično in ga odsvetujem.

Opravljene specialistični izpiti

Andreja Avberšek, dr. med., specialistka nevrologije, izpit opravila s pohvalo 17. 10. 2011

Vladimir Božič, dr. med., specialist interne medicine, izpit opravil 25. 10. 2011

asist. mag. **Kristina Cerk Porenta**, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila s pohvalo 27. 10. 2011

asist. **Vojko Didanovič**, dr. med., specialist maksilofacialne kirurgije, izpit opravil 18. 10. 2011

asist. **Niko Kavčič**, dr. med., specialist urologije, izpit opravil s pohvalo 13. 10. 2011

Alja Klešnik, dr. med., specialistka radiologije, izpit opravila 7. 10. 2011

asist. dr. **Nika Kojc**, dr. med., specialistka anatomske patologije in citopatologije, izpit opravila 27. 10. 2011

Petra Koprivnik, dr. med., specialistka psihiatrije, izpit opravila s pohvalo 5. 10. 2011

mag. **Helena Korošec Jagodič**, dr. med., specialistka psihiatrije, izpit opravila s pohvalo 5. 10. 2011

Paweł Mieczysław Leśkiewicz, dr. med., specialist splošne kirurgije, izpit opravil 18. 10. 2011

Miloš Milošević, dr. med., specialist plastične, rekonstrukcijske in estetske kirurgije, izpit opravil 28. 10. 2011

Saša Obermajer, dr. dent. med., specialistka stomatološke protetike, izpit opravila 25. 10. 2011

Ana Pajtler Rošar, dr. med., specialistka oftalmologije, izpit opravila s pohvalo 28. 10. 2011

Gregor Prosen, dr. med., specialist urgentne medicine, izpit opravil s pohvalo 25. 10. 2011

Karla Renner, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila s pohvalo 24. 10. 2011

Samo Starman, dr. med., specialist anatomske patologije in citopatologije, izpit opravil 3. 10. 2011

Marija Volk, dr. med., specialistka klinične genetike, izpit opravila s pohvalo 28. 10. 2011

Čestitamo!

Doseženi doktorski naslovi na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru

Dr. **Maša Skelin**, dr. vet. med.

Naslov: »Fiziološko prilagajanje občutljivosti aparata za zlivanje sekretornih mešičkov na kalcijeve ione celic beta trebušne slinavke«

Mentor: prof. dr. Marjan Rupnik

Področje: medicinske vede

Zagovor: 9. 3. 2011

Dr. **Matjaž Horvat**, dr. med.

Naslov: »Predoperativna priprava črevesja s sinbiotiki pri načrtovani operaciji debelega črevesa«

Mentor: prof. dr. Lidija Kompan

Področje: medicinske vede

Zagovor: 7. 4. 2011

Dr. **Walter Chingwaru**

Naslov: »Potential health benefits (antimicrobial, anticancerogenic and immunomodulatory activity) of Tylosema esculentum (Marama) bean and tuber extracts«

Mentor: prof. dr. Avreljija Cencič

Področje: medicinske vede

Zagovor: 4. 5. 2011

Čestitamo!



SREČNO
2012

vam želi

Specialistična
ordinacija za ultrazvok
Mojca van Midden,
dr. med., specialistka
radiologinja

Gabrije pri Stični 6
1295 Ivančna Gorica

Nov način specializacij hrvaških zdravnikov

Hrvaška je sprejela nov pravilnik za specializacijo zdravnikov, ki bo skladen z evropskimi direktivami, ki naj bi imele med drugim cilj, da se specialnosti v državah članicah uskladijo in poenotijo.

Hkrati poteka proces »harmonizacije diplomskega izobraževanja na posameznih fakultetah«, saj je razumljivo, da specializacija ni možna brez dobrega in vsaj približno poenotenega pouka.

Pravilnik določa, katere bolnišnice lahko nudijo specializacijo, kako morajo biti opremljene, kakšni morajo biti programi, določeno je celo število bolnikov. Po drugi strani pa je čas, ki naj bi ga specializant opravljal v bolnišnici, omejen na 50 odstotkov trajanja, ostanek pa je mogoče opraviti v kateri koli zdravstveni ustanovi, tudi v zasebnih ordinacijah.

Močno je poudarjena vloga mentorjev z dokaj zapletenimi tremi načini nadzora in vrsto dokumentov, od knjižice specializanta do dnevnika dela z opisom vseh dejavnosti za vsak dan.

Teoretično specialistično znanje pridobivajo kandidati na podiplomskem študiju, ki ga za vsako specializacijo organizirajo posamezne fakultete in z »organiziranimi oblikami poučevanja s specializanti v ustanovah, kjer se odvija specialistično usposabljanje«. Vzglede naj bi bila priporočila kanadskega *The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada* (zelo jasen in logičen dokument, za katerega pa nisem prepričan, da je v celoti uporaben v vsaki državi in sistemu).

Predvidenih je 45 različnih specializacij. Večina je klasičnih, nekatere, primerjam jih s slovenskimi, se razlikujejo ali pa jih nimamo, kot na primer: otroška kirurgija, abdominalna kirurgija, splošna kirurgija, splošna interna, kardiotorakalna kirurgija, »javnozdravstvena medicina«, laboratorijska imunologija.

Ohranjena so tako imenovana »debla« za področja kirurgije, interne in patologije s sodno medicino. Specializant bo na primer v kirurgiji opravil tri ali štiri leta splošne kirurgije in se nato specializiral v izbrani stroki. Isto velja za ostala »debla«, vendar so se izognili tlačenja »debel« v vse stroke, ki so nekoliko podobne kirurgiji, kar smo nekoč poskušali v Sloveniji in proti čemur smo se borili dalj kot deset let.

Najkrajše trajanje specializacije je štiri leta, za operativne stroke, pa tudi za interno, pediatrijo in nekatere laboratorijske veje pa pet in za nevrokirurgijo šest let.

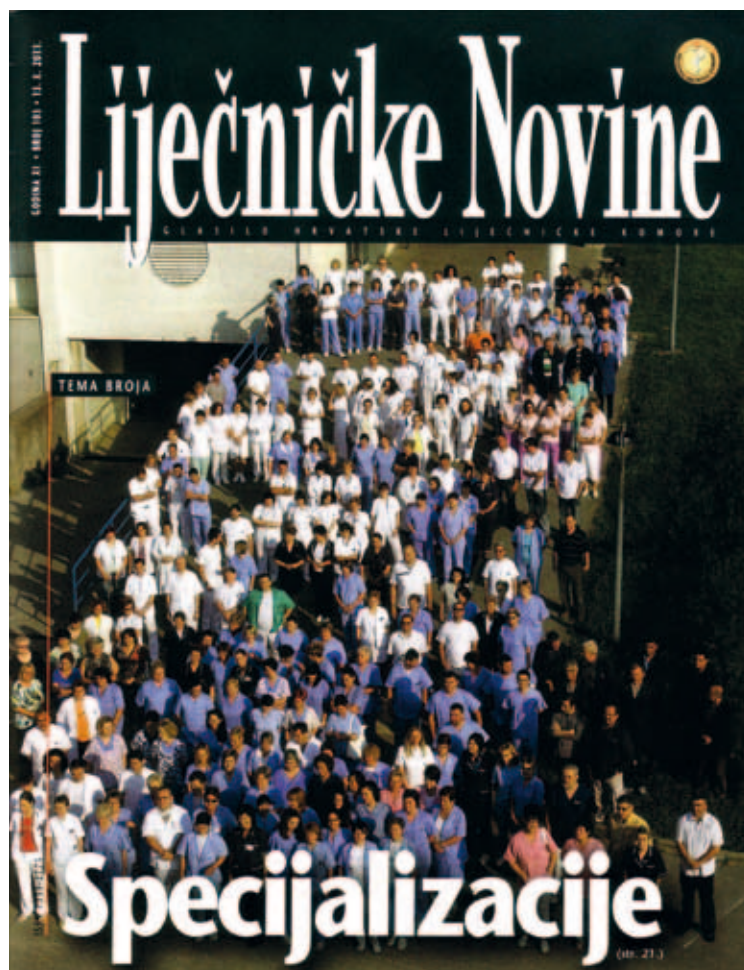
Če program ponovno primerjam s Slovenijo, kjer je štiriletna specializacija izjema, šest let pa nekaj manj kot polovica časa, je očitno, da je bila želja zakonodajalca priti po čim hitrejši poti do specialistov.

Pač pa ima zdravnik po končani specializaciji zagotovljeno pravico do sklenitve delovnega razmerja za nedoločen čas v kateri koli ustanovi, kjer je ustanovitelj Republika Hrvaška, županija ali mesto, s poskusno dobo šestih mesecev.

Ni slabo. Presežek v državni blagajni ali pomanjkanje specialistov?

Vir: Liječničke Novine; 10, 2011

Priredil in prevedel Boris Klun



FortBildung

(Št. 255, oktober 2011)

Nekaj primerov:

Debelost zdraviti pravilno. Cilj: Splošnim medicincem posredovati tista orodja, s katerimi je mogoče učinkovito zdraviti prekomerno težo, adipoznost in morbidno adipoznost

Vsebine:

Nadzor in smernice za zdravljenje debelosti

Diete na preskusni mizi

Debelost – psihosomatična bolezen?

Kdaj in kateri kirurški koncepti?

Možnosti oskrbe adipoznih pacientov

Delavnice: Adipoznost & (kakšno) gibanje? Adipoznost & (katera) psihološka oskrba? Adipoznost & (kaj smem) jesti?

Čas: od 14.00 do pribl. 20.00.

Cena: 92 EUR, vključen prigrizek in gradivo.

Nadgradnja izobraževanja za zdravnika urgentne medicine (Notarzt; po § 40, 3. odstavek Zakona o zdravnikih). Mednarodni ukrepanja (Einsatzmanagement) v primerih hudih škod

Vse zdravnice in zdravniki v redni službi morajo vsak dan računati z dejstvom, da bo morda treba več pacientov zdraviti hkrati. Ali da se bodo kot prvi znašli na kraju hude nesreče. Seveda velja to tudi za zdravnike s koncesijo.

Za takšne scenarije je pripravljenih le nekaj kolegov in le nekaj je takšnih, ki so se s tem problemom spopadli tudi v resnici.

Požar v domu za starostnike – 145 prizadetih; eksplozija ročne granate v diskoteki – 65 poškodovanih; množični nalet avtomobilov na avtocesti – 200 poškodovanih.

Vse to so resnični primeri. Kako bi ukrepali Vi?

Referenta: dr. Fritz Firlinger, specialist internist, in P. Reinthaler, okrožni poveljnik reševalne službe Rdečega križa Linz.

Čas: petek od 9.00 do pribl. 22.00; sobota od 9.00 do pribl. 13.00.

Cena (Kosten): 270 EUR; vključen polni penzion, ena nočitev, gradivo.

Aprobacija: 16 točk (za diplomu ÖÄK).

Zdravstvena slika je preprosta metoda, ki varčuje s časom. Zajame zdravstveni potencial pacienta in ugotavlja morebitne psihične ovire zdravljenja in ozdravitve

Ciljna skupina: zdravniki splošne medicine, internisti, psihiatri itn.

Čas: od 9.00 do pribl. 18.00.

Cena (Unkosten!): 124 EUR, vključno gradivo in oskrba.

Aprobacija: 10 točk psihiatrija.

Priprava za izpit za zdravnika splošne medicine

Ciljna skupina: Turnusne zdravnice in zdravniki (stažistke in stažisti)

Vsebine: Kako poteka izpit? Primeri, ki so dani na voljo. Kako se najbolje pripravi?

Metoda: V tem predavanju se ne simulira izpit, temveč se predstavi bistvo izpita.

Referent: dr. E. Rebhandl, zdravnik splošne medicine, član delovne skupine »Izpit za zdravnika splošne medicine« pri Avstrijski zdravniški zbornici.

Čas: od 18.30 do pribl. 21.00.

Cena (Kosten): 36 EUR, vključno pijače.

Moč retorike. Kako nastopiti prepričljivo

Cilj tega seminarja je pridobiti si osebno gotovost pri osebni izražanju, zmanjšati običajne govorne zavore ter govoriti svobodno in učinkovito.

Vsebine: Verbalna in neverbalna komunikacija. Delovanje in osebnost govorca. Koraki v pripravi za govor. Različni elementi za zgradbo govora. Razumljivost in ciljna usmerjenost govora. Namigi za vašo osebno pripravo. Trema. Kako se odzivate pri motnjah?

Referentka: dipl. inž. G. Herzog.

Čas: od 13.00 do 21.00.

Cena (Kosten): 198 EUR, vključno gradivo in pijače.

Več izžarevanja (Ausstrahlung) s pomočjo tipu ustreznega ličenja. Vaša osebna karizma čaka, da bi se lahko močneje razvila. Kdor se bolje počuti, dela bolje. Naš videz (Erscheinungsbild) je naša vizitka

Kdaj je *make-up* dober?

Če vam nekdo reče, da ste videti sijajno – na da bi ob tem omenil *make-up*? *Make-up* nam ponuja nekaj, kar nam lahko prinese prednosti v družbi, v poklici ter osebno. Oblikovati obraz, zmanjšati nos, privzdigniti lica (ličeca, op. prev.), privzdigniti oči, zabrisati sence ... vse je mogoče. Sicer ne za stalno, namesto tega pa takoj. (Itn., itn).

Ciljna skupina: Vse dame, ki jih to zanima. Če bo zanimanje, organiziramo tudi delavnice za moške.

Vsebine: Tipu primerno oblikovanje obrvi. Več svetlobne moči kože prek popolne osnovne barve (*Grundierung*; tako kot je pred pleskanjem železnih mostov nujno grundiranje z minijem). Poudarjanje prednosti obraza z osvetlitvami. *Make-up* za oči. *Make-up* za očala. Primerno, elegantno ličenje za vaš obraz.

Referentka: Diana Mayrhuber, izprašana vizažistka, avstrijska državna mojstrica v ličenju za leto 2004. (Itn., itn.)

Čas: od 14.00 do pribl. 18.00.

Cena (*Kosten*): 93 EUR, vključno gradivo in pijače.

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Komentar k oglasu za lepotno izobraževanje: Povzetek skoraj identičnega oglasa je bil objavljen že lani (Isis 19, 2010 [11], 14–15) s skoraj identično ponudbo (npr. kako zmanjšati nos), tudi za zainteresirane moške. Ker pa je cena tokratnega tečaja nižja, 93 EUR (prej 95 EUR), ne preseneča, da ni ponudbe, kako moškemu kak del telesa začasno, tj. fiziološko podaljšati, saj bi se mu sicer podaljšal tudi nos ...

Obvestilo o napaki v prevodu

V začetku novembra 2011 sem prejel prijazno e-pošto od asist. mag. Jurija Gorjanca, zdravnika, ki trenutno kot splošni kirurg dela v Avstriji, v *Krankenhaus Barmherzige Brüder St. Veit a. d. Glan* (Bolnišnica Usmiljenih bratov, Št. Vid ob Glini). Med drugim me je opozoril na napako v naslovu povzetka, pripravljenega za zadnjo številko naše revije (ISIS 2011; 20 [11]: 17). V okencu z nemškim besedilom lahko bralec vidi nekakšno geslo, ki se v nemščini glasi takole:

»Ich mache keine Politik. Ich mache Sie gesund.« V dobesednem prevodu takole:

»Jaz ne delam politike. Jaz Vas zdravim.«

Sporočilo je jasno, o prevodu v (lepo) slovenščino pa lahko razpravljamo.

Moj objavljeni prevod »Ne ukvarjamo se s politiko. Mi jo zdravimo.« pa je seveda napačen; predvsem sem spregledal, da se oba stavka začneta z »Ich« (»Jaz«) ter da je zapisano ne »sie«, temveč »Sie«, z veliko začetnico; ne nanaša se na politiko (*die Politik*), temveč na paciente (*die Patienten*). A če tega ne bi spregledal, nisem prepričan, da bi tudi uganil, na koga se »Sie« nanaša.

Mehanizem moje napake mi ni jasen. A na voljo imam nekaj slabih izgovorov – najmanj slab pa je tale:

Videti je, da avstrijski zdravniki kar uspešno zdravijo – ne le paciente, temveč tudi politiko. In tako se mi je tudi zapisalo...

Vsekakor se bom trudil poboljšati se!

Marjan Kordaš

4 x 5 odkritih o zdravstvu

Intervju

Alojz Ihan

1. Lastništvo zdravstvenih ustanov (infrastrukture, delovnih sredstev) je trenutno praktično v celoti državno (javno). Menite, da bi bili v naslednjem 5-letnem obdobju glede tega dopustni, smiselni ali potrebni večji premiki v smeri zasebnega lastništva? In če, kakšni (npr. prodaja javnega ali spodbujanje novih zasebnih ustanov)?

Marko Bitenc: Zelo dobro, za našo družbo skoraj heretično vprašanje, še posebej ob stališčih organizacij »kvazi« civilne družbe, ki se s populističnimi floskulami brez kakršnegakoli argumenta borijo proti vsem spremembam v javnem zdravstvu. Za ohranjanje državne lastnine vseh zdravstvenih zavodov bodo morali biti izpolnjeni najmanj naslednji pogoji:

1. Država bo dovolj bogata, da si bo to lahko privoščila.
2. Država bo morala izvesti celo vrsto ukrepov, da se bo lahko obnašala kot dober lastnik.
3. Če bo država uspela postati dober lastnik, bodo nujne ključne spremembe tudi pri drugih dejavnih delovanju javne zdravstvene službe (zdravstveno zavarovanje, pravice/odgovornost državljanov, način delovanja samostojnih poklicev v zdravstvu – zdravnik, zobozdravnik, farmacevt, medicinska sestra, fizioterapevt, babica, delovni terapevt, inženirji radiologije).

Ob vsem tem pa je potrebno povedati, da javnost zdravstvene službe določa način plačevanja zdravstvenih storitev; javno zdravstveno zavarovanje je torej ključni dejavnik, ki določa, da je zdravstvo javni sistem. Lastništvo zdravstvenih zavodov je drugotnega pomena.

Na daljši rok sem prepričan, da morajo terciarne zdravstvene ustanove, to je ustanove posebnega nacionalnega pomena, ostati v državni lasti, za ostale pa so možne tudi drugačne rešitve.

Samo Fakin: Zdravstvena služba zagotavlja javne dobrine. Kot taka je zelo podrobno regulirana. Ob dobri regulaciji v korist državljanov je seveda možno oboje, javno in zasebno lastništvo. Zame torej ni problem lastništvo, ampak regulacija in predvsem upravljanje zdravstvenih ustanov.

Rajko Kenda: Zagovarjam javen, solidaren in pregleden sistem, z jasno razmejitvijo med javnim (torej dosegljivo vsem) in zasebnim. Problem torej ni v tem, kaj je last družbe (države) in kaj zasebna last, marveč v dostopnosti storitev ne glede na lastništvo. V takšnih okvirih vidim možnost javno-zasebnega in zasebnega lastništva.

Dorijan Marušič: Glede na demografske in epidemiološke trende ter z njimi povezane spreminjajoče se potrebe prebivalstva je obstoječo mrežo javnih izvajalcev v Sloveniji nemogoče in nesmiselno vzdrževati. Današnja javno-zdravstvena mreža težko sledi sodobnim izzivom, ki jih slovenskemu zdravstvu postavljajo globalne spremembe. Mreža zdravstvenih ustanov je neustrezna, predvsem glede akutnega in kurativnega zdravljenja. Slovenija

potrebuje odzivne, fleksibilne, v skupnost in povezovanje usmerjene izvajalce, ki se zavedajo pomena sodelovanja med različnimi oz. vsemi ravnmi zdravstvenega varstva, s poudarkom na obvladovanju kroničnih obolenj in celoviti preventivi. Mreža mora temeljiti na realnih zdravstvenih potrebah državljanov in ne na željah ter pričakovanjih posameznih členov zdravstvenega sistema. Postavitve učnih, referenčnih in ruralnih ambulant na primarni ravni predstavlja temelj tem procesom.

Leta 2011 je zato Ministrstvo za zdravje pristopilo h konceptu nove organizacije zdravstvenih storitev oz. postavitve nove mreže na sekundarni ravni. Trenutno poteka izdelava projektne naloge, izbrane na javnem razpisu. Koncept bo osnova za pripravo moderne organizacije zagotavljanja zdravstvenih storitev, kar naj bi v prihodnosti omogočalo bolj racionalne in učinkovite investicije v vse kapacitete. Cilj celotnega koncepta je načrt tipične standardne splošne bolnišnice, njihovo optimalno število in primerne lokacije. Na osnovi načrta bomo lahko ocenili njeno vrednost in identificirali vire financiranja. Ti, glede na javnofinančne projekcije, ne bodo samo javni ali celo proračunski. Sedanje kapacitete bomo lahko odprodali, dezinvestirali, uporabili v druge namene, npr. za domove za starejše, za dolgotrajno ali paliativno oskrbo idr.

Optimizacija poslovnih in strokovnih procesov narekuje pospešeno združevanje izvajalcev. Nujna je uporaba pozitivnih vidikov medsebojnega sodelovanja in dopolnjevanja v skupnih procesih



Mag. Marko Bitenc, dr. med.

upravljanja, vodenja, administracije ter izvajanja različnih specialnosti zdravstvene dejavnosti. Povezovanje mora potekati tako med posameznimi izvajalci zdravstvene dejavnosti kot na določenem območju, zato je potrebno stremeti k temu, da se javni zdravstveni zavodi na primarni in sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti pričnejo horizontalno ter vertikalno povezovati v centre znanja na primarni in sekundarni ravni. Združevanje centrov neprekinjenega zdravstvenega varstva se je uspešno začelo. Slediti bi morali današnji postavitvi javnih zdravstvenih regij. Posledično na vsaki ravni število naj ne bi preseglo desetih centrov, kateri bi skupaj s terciarnimi centri pokrili celotno območje Republike Slovenije.

2. Zdravniki so danes skoraj v celoti javni uslužbenci. Menite, da bi bili v naslednjem 5-letnem obdobju glede tega dopustni, smiselni ali potrebni večji premiki? In če, kakšni?

Marko Bitenc: Če bi že v preteklosti odgovorni politiki upoštevali stališča zdravniških organizacij in zdravnikov ne bi umestili med državne uradnike, danes v Sloveniji ne bi govorili o pomanjkanju zdravnikov. Zaradi tega trdim, da so potrebni večji premiki. Zagotovo bo del zdravnikov vedno med javnimi uslužbenci, o tem ni nobenega dvoma. Potrebno pa je uvesti nove modele. Med temi je zagotovo smiseln svobodni zdravnik specialist v bolnišnicah. Na primarnem nivoju pa je potrebno vzpodbujati zasebne prakse s koncesijami. Na ta način lahko ustvarimo pogoje za delovanje skupinskih zdravniških praks v bolnišnicah in v zdravstvenih domovih. Taki modeli opravljanja zdravniškega oz. zobozdravniškega poklica imajo vgrajene številne vzpodbude za dvigovanje kakovosti in produktivnosti, sedanji model javnega uslužbenca jih nima, je pa poln frustracij. Frustracij za vse člane javnozdravstvenega partnerstva – zdravnike, bolnike, druge zdravstvene strokovnjake, pa tudi za direktorje.

Samo Fakin: Že sedaj lahko zdravniki izbirajo. Lahko so javni uslužbenci, lahko pa tudi delajo v kakšni drugi obliki. Večinoma je to popoldanski samostojni podjetnik. Morda bi za začetek kazalo preizkusiti kombinacijo javnega in zasebnega zdravnika. V primeru zasebnega zdravnika bi bila njegova plača odvisna zgolj od naprej dogovorjene cene njegovega dela, kakovosti in produktivnosti. Seveda bi bila takšna pogodba sklenjena za določen čas. Vse takšne oblike dela že obstajajo v zasebnem sektorju.

Rajko Kenda: Odgovor je smiselno podoben prejšnjemu; zagovarjam javno mrežo, v katero se lahko vključijo zasebniki s koncesijo, s čimer seveda postanejo del javnega sistema, zasebni (prostovoljni) del pa mora biti ločen od javnega. Sicer pa menim, da bi morali zdravnike izvzeti iz enotnega plačilnega sistema javnih uslužbencev in omogočiti vsaj delno selektivno nagrajevanje glede na uspešnost posameznika.

Dorijan Marušič: Pri opravljanju zdravniškega dela ni najpomembnejše vprašanje, ali je zdravnik javni ali zasebni uslužbenec. Pomembneje bo morale postati, kako opravlja svoje storitve in koliko teh storitev opravlja v določenem časovnem intervalu. Rezultati kakovostno opravljenega dela naj bodo tako osnova za ustrezno plačilo. Tu bo šlo za tektonske premike! Je zdravništvo pripravljeno?

Pri pripravi celotne zakonodaje smo upoštevali načelo plačevanja zdravnikov in ostalih zaposlenih v zdravstvenem sistemu v skladu z rezultati njihovega dela. Jasno je, da je predpostavka za tak sistem plačevanja evidentiranje oz. merjenje rezultatov. Postavitev delovnih normativov kakovosti in kvantitete mora postati prioriteta, da bomo imeli enega osnovnih instrumentov regulacije storilnosti zdravstvenega kadra. Ta bo uporabna tudi pri pregledni razmejitvi javne in zasebne zdravstvene dejavnosti. Jasno in konkretno bodo na ravni vsakega posameznega zdravstvenega zavoda določali delovno obveznost zdravstvenega delavca v okviru javne zdravstvene dejavnosti. Delovne normative bodo kot poznavalci okolja morali pripraviti in predlagati upravljalci na ravni posameznih javnih zdravstvenih zavodov, potrditev pa bi sledila na ravni ministrstva. Možna bo regulacija opravljanja zdravstvenih storitev pri različnih izvajalcih zdravstvene dejavnosti.

Področje podeljevanja koncesij bi bilo najprej potrebno analizirati za celotno obdobje od njihove umestitve v sistem in pripraviti sistemske usmeritve z mednarodnega vidika po sprostitvi mobilnosti pacientov v letu 2014. Pri podeljevanju koncesij na primarni ravni pa je potreben prenos z lokalnih skupnosti na Ministrstvo za zdravje. Na občinski ravni podeljevalci koncesij nimajo zadostnih podatkov in analiz glede potreb in preskrbljenosti prebivalstva z osnovnimi zdravstvenimi storitvami. Ob tem imajo za podeljevanje koncesij vsak svoje kriterije, ki bi po mojem mnenju morali biti enotni na nacionalni ravni.

3. Zdravstvena zavarovalnica (ZZZS) je upravljalško in ekonomsko močno vpeta v državo. Menite, da bi bili v naslednjem 5-letnem obdobju glede tega dopustni, smiselni ali potrebni večji premiki? In če, kakšni?



Samo Fakin, dr. med.

Marko Bitenc: Že takoj na začetku vas moram popraviti, da ZZZS ni zavarovalnica in tudi ne posluje po zavarovalniški zakonodaji. To je javni zavod, ki plačuje zdravstvene storitve in druge obveznosti v okviru pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Niti prispevkov ne pobira sam, temveč jih DURS. Prav reforma zdravstvenega zavarovanja je ključna za vse ostale spremembe v javnem zdravstvu, ki so nujno potrebne. Iz javnega zavoda se mora predvsem spremeniti v zavarovalnico, prevzeti mora odgovornost ustreznega zbiranja sredstev na prihodkovni strani in uvesti transparentno financiranje javnih zdravstvenih storitev. Predvsem v zadnjem obdobju se je s svojimi aktivnostmi odrekla funkciji zastopnika interesov zavarovanih oseb, tj. bolnikov, in postala zastopnik interesov državnega proračuna. Ker vemo, da je konkurenca dobro orodje za vse vrste razvoja, je potrebno pretehtati negativne dejavnike monopola, kot ga ima ZZZS.

Samo Fakin: Žal nismo toliko vpeti, kot bi želeli biti. Soglasje na finančni načrt in vse njegove spremembe mora podati vlada. Prav tako je tudi z arbitražnimi odločitvami. Ne sodelujemo pri sprejemanju kolektivnih pogodb, čeprav to pomeni 60 odstotkov sredstev za zdravstvo. Praviloma nismo vprašani za izračun stroškov uvajanja novih tehnologij in širjenja programov. V svetih zavodov imamo samo po enega člana. Lahko si mislite, kakšen vpliv to pomeni.

Naša skupščina pričakuje večjo avtonomnost pri upravljanju z denarjem, ki ga zberejo zavarovanci in delodajalci. Če poenostavim, moramo biti enakopraven partner. Vse v sistemu financiranja zdravstvenega varstva se mora dogajati v soglasju s tistimi, ki vplačujejo zdravstvene prispevke.

Rajko Kenda: Da je zdravstvena zavarovalnica (obveznega zavarovanja) upravljalško in ekonomsko močno vpeta v državo, je razumljivo, na prihodkovni strani je namreč odvisna od dogovorjenega pritoka denarja. Kot državljan pa seveda pričakujem, da bo z mojim (našim) denarjem ravnala kot dober gospodar, vsekakor bolje kot doslej. O tem, ali zadošča zgolj ena, bi morali več povedati strokovnjaki, sam menim, da mora biti prostor pri prostovoljnem zavarovanju odprt za konkurenčnost, za obvezno zavarovanje pa zadošča zgolj ena zavarovalnica.

Dorijan Marušič: Zdravstvena zavarovalnica je Zavod za zdravstveno zavarovanje (ZZZS), torej še vedno zavod. ZZZS upravlja tretjo največjo javno blagajno v Sloveniji – takoj za državnim proračunom in ZPIZ-om. Kot edinemu kupcu zdravstvenih storitev mu je tako zaupana izjemno zahtevna naloga, in sicer učinkovito in racionalno upravljanje zbranih sredstev s ciljem nakupa tistih zdravstvenih storitev, ki v največji možni meri zadovoljijo potrebe naših državljanov. **ZZZS bi oz. bo moral biti aktivni naročnik zdravstvenih storitev, njegova vizija naj bo razvoj in sprememba iz blagajne, ki prejema ter razdeljuje sredstva, v aktivnega naročnika in kupca zdravstvenih storitev z ustreznimi pooblastili.** Pri izvajanju svoje funkcije mora zasledovati načela solidarnosti, pravičnosti in učinkovitosti. Glavno načelo pri naročanju storitev morajo biti potrebe prebivalstva, osnovno načelo kupovanja storitev pa učinkovitost, uspešnost in kakovost. ZZZS naj bi jih zagotovil z učinkovito administracijo in preko sklepanja pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev.

V svojem mandatu sem se prepričal, da osnovni cilj ZZZS žal ni strateško naročanje storitev. Pogrešam preboj usmeritev v dolgoročnost in vzdržnost zdravstvenega sistema, ki presega samo finančno stabilnost in kratkoročno poslovanje.

Zaradi naštetega menim, da so na področju aktivnega naročanja storitev in v zvezi s tem preoblikovanjem naročnika potrebne velike spremembe. Na področju zdravstvenih zavarovanj smo v mojem mandatu predvideli ukinitve dopolnilnega zavarovanja ob uvedbi osnovne košarice zdravstvenih pravic in odprtje prostora dodatnih zavarovanj. Glede ZZZS smo v predlogu zakona predvideli preoblikovanje notranje organizacije in preoblikovanje njegove vloge za naročanje storitev pri izvajalcih. Sprememba notranje organizacije mora temeljiti na stroškovni analizi izvajanja osnovne dejavnosti – to je kupca zdravstvenih storitev po območnih enotah in njihovih izpostavah. Pri tem je potrebno upoštevati sodobne načine uporabe informacijskih tehnologij, preveriti možnosti mreženja in povezovanja, časovno omejeno razpoložljivost, morda celo ukinitve nekaterih enot. Ob racionalni postavitvi mreže organizacijskih enot pa je potrebno slediti decentralizaciji dela in prenosu nekaterih kompetenc na regionalne organizacijske enote.

Pri izvajanju osnovne dejavnosti ZZZS kot aktivnega naročnika zdravstvenih storitev je nujno potrebno, da ZZZS storitve kupuje v skladu s postavljenimi kriteriji. V paket zdravstvenih storitev mora vključevati nove storitve v skladu z načeli klinične in stroškovne učinkovitosti. Vse nove tehnologije, ki so dokazano klinično in stroškovno učinkovite, bi moral ZZZS v košarico vključevati sproti, saj novi pristopi na dolgi rok prinašajo prihranke. Potrebno je doreči ceno novih storitev in definirati standardne storitve, spremljati rezultate storitev ter košarico sproti prilagajati (neučinkovite storitve izključevati, učinkovite vključevati). ZZZS je kot



Prof. dr. Rajko Kenda, dr. med.

plačnik polno odgovoren za vzpostavitev plačilnih mehanizmov, ki izvajalce spodbujajo k učinkovitemu izvajanju kakovostnih storitev. Plačilne mehanizme mora nadzorovati, sprotno izboljševati in prilagajati spremembam v zdravstvenem sistemu; plačilni mehanizmi morajo spodbujati učinkovitost ter kakovost storitev pri izvajalcih, prav tako pa tudi omogočati enakomeren razvoj vseh dejavnosti zdravstva.

ZZZS je prav tako odgovoren za finančno vzdržnost sredstev obveznega zavarovanja – avtonomnost mora biti celovita. Ne more biti avtonomen samo takrat, ko se odloča, katere storitve bo kupil pri katerem izvajalcu; avtonomen in odgovoren mora biti tudi pri obvladovanju prihodkov in odhodkov in svojem poslovanju. Jasno je, da mora pri tem upoštevati osnovne usmeritve zdravstvene politike (zagotavljanje solidarnosti, dostopnosti, pravičnosti, enakosti, učinkovitosti, preglednosti ...), ki jih postavlja zakonodajalec.

V razpoložljivem času mandata nismo izvedli prepotrebne analize za večje spremembe, zato v zakonskem predlogu tudi nismo uvedli konkurence na tem področju. Izkušnje so različne. V nekaterih državah kažejo, da so taki sistemi ob učinkovitem in dobrem spremljanju, presoji in nadzoru lahko izjemno uspešni. Pred morebitno oz. kakršno koli spremembo je predhodno nujno potrebna poglobljena analiza!

4. Bolnišnice in drugi zdravstveni zavodi danes niso samostojni ekonomski subjekti, ki bi bili odgovorni za celotno ekonomijo svojega poslovanja – od investicij in cenovne politike do odgovornosti do pacientov. Menite, da bi bili v naslednjem 5-letnem obdobju glede tega dopustni, smiselni ali potrebni večji premiki? In če, kakšni?

Marko Bitenc: Vsekakor. In če boste pozorno prebrali odgovore na prejšnja vprašanja, brez sprememb pri organizaciji in delovanju izvajalcev javne zdravstvene službe tudi druge ne bodo zaživele. Velike zavode je potrebno decentralizirati, poslovno, pravno in finančno. Direktorji morajo dobiti pooblastila, ki bodo odgovarjala odgovornostim. V vsako fazo poslovnega in strokovnega procesa morajo biti vgrajene vzpodbude in frustracije, kot so sedaj.

Samo Fakin: Podpiram idejo o večji avtonomiji vodstev pri upravljanju zdravstvenih zavodov. Seveda ob vnaprej določenem javnem interesu ter ob natančno določeni mreži izvajalcev zdravstvenih storitev, ki bo temeljila na potrebah državljanov. Vodstvom je potrebno dodeliti vzvode za upravljanje in ustrezno odgovornost. Z vzvodi mislim prožno plačno politiko in svobodo pri organizaciji dela.

Rajko Kenda: Javni zdravstveni zavodi so sestavni del javnega zdravstvenega sistema, na prihodkovni strani vezani na sredstva, ki jih državljanom odtegnemo za ta namen, zato je jasno, da zanje pravila prostega trga, vključno z ustvarjanjem dobička, ne morejo veljati. Vsekakor pa bi želel več samostojnosti pri odločanju o porabi zavodom namenjenih sredstev.

Dorijan Marušič: V predlogu Zakona o zdravstveni dejavnosti smo predvideli avtonomizacijo javnih zdravstvenih zavodov. Ta bi prinesla velike spremembe, zato smo nameravali k procesu pristopiti projektno in postopoma, s spremljanjem učinkov z vidika poslovanja avtonomnega zdravstvenega zavoda kot z vidika

dostopnosti zdravstvenih storitev in izpolnjevanja programskih ciljev zdravstvenega zavoda. V primeru ugodnih ocen omenjenih učinkov bi se avtonomizacija postopno širila. Avtonomizacija poslovanja bi na vodstva zavodov z višjo pristojnostjo prenesla tudi višjo odgovornost za poslovanje. Tako bi zavod sam razpolagal s premoženjem in investicijsko dejavnostjo, pri čemer pa bi ustanovitelj svoje interese uveljavljal preko nadzornih organov. Prav tako bi vodstva imela višje pristojnosti na področju razpolaganja s kadri – plačevala bi jih lahko po kakovosti in storilnosti njihovega dela, s tem pa dobre kadre zadržala v javni mreži. S tem bi izvajalce stimulirali k učinkovitejšemu poslovanju.

V Izhodiščih za organizacijo, vodenje in združevanje javnih zdravstvenih zavodov, ki smo jih pripravili na Ministrstvu za zdravje, smo predlagali racionalizacijo sistema upravljanja, Vlada je izhodišča o optimizaciji uprav potrdila, velikost uprav in število pomočnikov pa naj bo odvisna od velikosti zavoda.

Menim, da sedanje vodenje investicij v javne zavode s strani Ministrstva za zdravje ni najbolj racionalno. Javni zdravstveni zavodi veliko bolje poznajo svoje okolje, so pri izvajanju investicije prisotni, jo tako lahko boljše nadzorujejo in se lahko z izvajalci bolje pogajajo, saj vsak najbolj pozna svoje potrebe. Pri tem je potrebno upoštevati osnovne usmeritve Ministrstva za zdravje, ki bi moralo ohraniti vlogo usmerjevalca investicij v skladu s potrebami državljanov.

Kar zadeva cenovno politiko, je potrebno slediti ciljem aktivnega naročanja in pogajanja med izvajalci in naročnikom storitev, tako pri cenah, količini kot tudi kakovosti, vse v skladu s potrebami državljanov. Pri tem naj Ministrstvo za zdravje igra manjšo vlogo, predvsem usmerjevalno in razsodniško, medtem ko naj



Dorijan Marušič, dr. med.

dogovarjanja potekajo na ravni med izvajalcem in naročnikom(i) zdravstvenih storitev.

5. Zdravstveni svet je osrednji zdravstveno-politični organ, ki neposredno diktira zavarovalnici njeno ponudbo za zavarovance. Na nek način integrira mnenje stroke, a hkrati to najbrž pomeni tudi veliko politike (skupaj z lobističnimi interesi), poslovno nesamostojnost »državne« zdravstvene zavarovalnice in zavoro za razvoj konkurenčne zdravstvene ponudbe s strani drugih zavarovalnic. Menite, da bi bili v naslednjem 5-letnem obdobju glede tega dopustni, smiselni ali potrebni večji premiki? In če, kakšni?

Marko Bitenc: Sam vidim Zdravstveni svet kot posvetovalni organ ministru za zdravje, nikakor pa ne kot osrednji zdravstveno-politični organ. To je in mora biti minister oz. Ministrstvo za zdravje. V sistemu javnega zdravstva je potrebno vzpodbujati partnerstvo med izvajalci in financerji in krečiti njihovo avtonomijo. V partnerstvu je potrebno upoštevati centralno mesto bolnika. Ministrstvo za zdravje z Zdravstvenim svetom pa naj postavlja in razvija okvirje delovanja javnega zdravstvenega sistema ter nadzira delovanje sistema javnega zdravstva in ukrepa ob problemih.

Samo Fakin: Zdravstveni svet bi moral odločati v okviru razpoložljivih sredstev države za potrebe zdravja državljanov. Njegova naloga je določiti prioritete zdravstvenih storitev. Menim, da bi ga bilo nujno delno profesionalizirati. Vlogo Zdravstvenega sveta vidim širše kot samo odločanje o novih oblikah zdravljenja. Moral bi imeti tudi večji vpliv na oblikovanje mreže zdravstvenih storitev. Ne bi se smelo dogajati, da se uvede nova zelo draga metoda brez soglasja sveta. Prav tako bi moral bolj bdeti nad kakovostjo in hitrostjo uvajanja novih metod. Menim, da je dovolj razvojnih sredstev v optimizaciji obstoječih procesov v zdravstvu.

Naj omenim samo dva primera. V večini bolnišnic še ni v celoti uvedeno enodnevno zdravljenje. To seveda povzroča nepotrebne stroške. Drug primer so redki in zahtevni primeri. Menim, da bi morali biti združeni na samo nekaj mestih v državi. Razdrobljenost ne pomeni samo višjih stroškov, ampak tudi strokovno tveganje.

Rajko Kenda: Zdravstveni svet ni osrednji zdravstveno-politični organ, marveč najvišje strokovno posvetovalno telo ministra za zdravje. Ne verjamem, da bi lahko v zadnjih mandatih, ne glede na to, v kateri vladi, v kateri sestavi in s katerim predsednikom, našli katerikoli sklep Zdravstvenega sveta, ki bi ga mogli označiti za podrejenega lobističnim interesom, kaj šele za političnega. Prepričan sem, da tukaj večji premiki niso potrebni, je pa delo Zdravstvenega sveta proces, ki ga je nedvomno moč stalno izboljševati.

Dorijan Marušič: Zdravstvenega sveta (ZS) ne vidim kot zdravstveno-politični organ, pač pa kot predvsem visoko strokovni in s tega vidika najvišji posvetovalni organ ministra. ZS mora ohraniti visoko pripadnost strokovnosti in mora delovati v največji možni meri neodvisno od politike in lobijev – v kolikor bi deloval politično, ga kot minister ne bi potreboval; vloga ministra je politična, zato je v ozadju potrebna stroka, ki politiki ne dopusti vmešavanja v strokovnost oz. ga maksimalno zmanjšuje. Mnenje, ki ga ministru poda ZS, ni zavezujoče in morda celo neobvezno, kot minister ga lahko upoštevam ali pa tudi ne. V mojem mandatu smo z zadnjo spremembo pravilnika opredelili konflikt interesov članov ZS in spremenili samo sestavo ZS, tako bo v njem lahko sodeloval

tudi predstavnik civilne družbe. Žal mi zaradi skrajšanja mandata ni uspelo povečati njegove neodvisnosti. Pomembno pa smo spremenili sam namen in vlogo ZS, ki ni več namenjen potrjevanju standardov novih zdravstvenih tehnologij, pač pa odločanju, ali so nove tehnologije klinično in stroškovno učinkovite ali ne. Tako je zagotovljena tudi dodatna avtonomnost ZZZS, saj odločitve ZS nimajo neposrednega vpliva na poslovanje ZZZS. Dejstvo je, da je ZS v letih 2010 in 2011 vrednotenje novih tehnologij začrtal bolj restriktivno in pri tem upošteval potrebe državljanov. Tako je v letu 2010 z orodji vrednotenja zdravstvenih tehnologij zavrnil predlagane zdravstvene tehnologije v višini 38 milijonov evrov, odobril pa jih za 16 milijonov evrov. Odobrene tehnologije so brez izjeme takšne, ki so klinično in stroškovno učinkovite, kar pomeni, da prinašajo znižanje stroškov na obravnavano skupino in s tem celo prihranke na dolgi rok. Na žalost tudi procesa uvajanja celovitega vrednotenja zdravstvenih tehnologij po vseh domenah s postavitvijo smernic in kriterijev nismo uspeli dokončati. Zanesljivo pa smo po mojem mnenju pot in smer pravilno začrtali ter uspešno upoštevali evropske usmeritve na tem področju. Zato resnično upam, da se bodo začrtane usmeritve upoštevale tudi v prihodnje.

Količina opravljenega je merljiva in izmerljiva, usmeritve jasno začrtane, izzivov je ostalo obilo.

Med ministrovanjem sem s svojo ekipo preko javne razprave in Vlade pripeljal dokument »Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020« za zagotovitev pozitivnega zdravja prebivalstva Republike Slovenije. Naš strateški cilj je vzpostavitev prožnega zdravstvenega sistema, ki bo učinkovito zadovoljeval potrebe državljanov in državljanov s kakovostnimi ter varnimi zdravstvenimi storitvami. Nadgradnja sloni na treh načelih:

- zagotavljanje geografske dostopnosti do zdravstvenih storitev preko decentralizacije in krepitve regionalizacije ob istočasnem zagotavljanju razvoja strokovnosti ter prinašanju in povezovanju znanja med posameznimi ravnmi zdravstvene dejavnosti;
- zagotavljanje kakovostne dostopnosti preko zagotavljanja kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev;
- zagotavljanje finančne dostopnosti s strateškim zagotavljanjem storitev posameznim kategorijam prebivalstva preko definiranja osnovne košarice zdravstvenih storitev v skladu z načeli klinične in stroškovne učinkovitosti ter spremembami sistema zdravstvenega zavarovanja.

Sistem zdravstva mora zmanjševati neenakosti v zdravju, hkrati pa mora postati konkurenčen in razvojno naravnani tudi zaradi izzivov, ki jih predenj postavlja skorajšnji prost pretok pacientov znotraj Evropske unije.

Ob veliki podpori v splošni javnosti smo za javno razpravo pripravili zakone o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, zdravstveni in lekarniški dejavnosti, medicinskem izvedenstvu. Zakon o evidencah v zdravstvu je javno obravnavo zaključil, Zakon o pacientovih pravicah je bil sprejet na Vladi in posredovan v parlament ... Nezaupnica Vladi je zakonodajno delo zaustavila. (*Dorijan Marušič*)

O varnosti pacientov v Sloveniji

Andrej Robida

»Vedeti ni zadosti, znanje moramo uporabiti, volja ni dovolj, stvar moramo narediti.«

(»Es ist nicht genug, zu wissen, man muß auch anwenden; es ist nicht genug, zu wollen, man muß auch tun.« Goethe)

Nekaj dejstev o varnosti pacientov:

- Vsako leto se v bolnišnicah v Sloveniji zdravi več kot 350.000 ljudi.
- Vsak 10. doživi škodljiv dogodek, tako je zanesljivost zdravstva le 90-odstotna, čemur strokovnjaki s področja znanosti sistemov pravijo kaos.
- Polovica teh škodljivih dogodkov je zaradi napak.
- Ocene kažejo, da zaradi napak umre vsako leto v naših bolnišnicah 200 do 300 ljudi, kar je več kot v prometnih nesrečah.
- 15.000 pacientov na leto doživi škodo zaradi napak.
- Zaradi napak se po ocenah po nepotrebnem zapravi okrog 300 milijonov evrov na leto.

Česa nimamo, pa bi morali imeti?

1. Jasno razumevanje cilja varnosti pacientov

Cilj varnosti pacientov ni, da se o nepotrebnih smrtih čim manj izve v javnosti in da se obtožuje, zasramuje in kaznuje predvsem zdravnike – na vrsti so tudi medicinske sestre in tudi drugi zdravstveni strokovnjaki, če so bili vpleteni pri napaki. *Cilj varnosti pacientov je zmanjševanje škode za paciente zaradi napak.*

2. Preventivni pristop

Ni vzpostavljenih sistemov za ugotavljanje tveganj za napake in preoblikovanje sistemov in procesov z vgrajevanjem varoval v sisteme in procese.

3. Razumevanje in znanje o varnostnih incidentih

Znanja ni. Študenti medicinskih fakultet nimajo učnega programa o varnosti pacientov in bodo o varnosti razmišljali tako kot njihovi starejši kolegi in kolegice, ki so že v poklicu, češ da je za varnost pacientov odgovoren samo vsak posamezni zdravnik. Tako razmišljajo tudi vodstva zdravstvenih ustanov, stanovske organizacije in sodišča. Specializanti se v toku specializacije ne naučijo samo tehničnih veščin, ampak največkrat podzavestno sprejemajo kulturo okolja, v katerem so, način komunikacije, odnose in običajno ravnanje ob napakah, tako kot njihovi starejši kolegi (pripisovanje napak zapletom z namenom zakriti napako in izvajanje defenzivne medicine). Zdravniška zbornica skrbi skupaj s Slovenskim zdravniškim društvom za specializacije zdravnikov. Ali ne bi bilo pametno na zdravniški zbornici uvesti izobraževanja o

varnosti pacientov za vse specializante? Mimogrede, Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave ima tak program.

4. Sistemski pristop in njegovo vzdrževanje

Ga ni. Vsaka zdravstvena ustanova mora imeti vzpostavljen in stalno delujoč sistem varnosti pacientov s strategijo in letnimi programom varnosti pacientov z jasnimi in merljivimi cilji in je za tak sistem tudi odgovorna.

5. Razumevanje človeških dejavnikov

Človeških dejavnikov pri nastanku napak ne razumemo. Ko pride do napake, gre največkrat za človeške dejavnike, kar enačimo s krivdo tistega zdravstvenega strokovnjaka, ki je bil zadnji v verigi napak, ki so na koncu pripeljale do škode za pacienta. Primer naj bo od sosedov, da bomo Slovenci lepše videti, ker pri nas mislim, da se kaj podobnega ne dogaja. Dva pacienta z enakim imenom in priimkom. Pacienta pripeljejo v operacijsko dvorano za nefrektomijo. Ledvico odstranijo in ugotovijo, da so odstranili ledvico pri napačnem pacientu. Neka medicinska sestra je izjavila nekako takole: »Zakaj pa niso pogledali še datuma rojstva? In imela je prav, a tega, da je treba pacienta identificirati najmanj po dveh identifikatorjih, ni bilo v sistemu bolnišnice. V vodstvu bolnišnice so bili tiho in so javne komentarje prepustili »višjim krogom«, vodstvu zdravniške zbornice in ministru za zdravje. Vodstvo zbornice: »To je pa res izredno redko, da se znajdeti v istem prostoru dva pacienta z enakim priimkom in imenom«. Morda je statistično nepomembno, a je klinično pomembno, zlasti za pacienta. Pacient, ki so mu izrezali zdravo ledvico, to doživlja kot 100-odstotno in ne kot »to je pa res redko«. In minister za zdravje nekako takole: »Včeraj ali predvčerajšnjim smo poslali vso dokumentacijo na državno tožilstvo, da preverimo ali obstaja osnova za kazenski pregon.«

6. Kultura varnosti

V glavnem imamo patološko kulturo varnosti v zdravstvenih ustanovah, ki pravi, »briga nas, dokler nas ne ujamejo«, potem pa bomo zdravnika, zdravnico ali medicinsko sestro prepustili zbornicam in sodiščem. Če kar 22 odstotkov predstojnikov oddelkov in glavnih medicinskih sester (šest slovenskih bolnišnic in dve avstrijski) meni, da se pri njih napake ne dogajajo, če v neki bolnišnici pri nas sodeluje pri raziskavi o zaznavanju kulture varnosti pacientov manj kot 20 odstotkov osebja, čeprav naj bi sodelovali vsi (cenzus), potem je zgornja trditev najverjetneje upravičena. V 16 bolnišnicah, ki so v letu 2010 in 2011 sodelovale pri raziskavi o zaznavanju kulture varnosti med osebjem, pa prevladuje kultura strahu, saj 70 odstotkov sodelujočih meni, da se napake, ki se zgodijo, uporabljajo proti njim; ko se sporoči

varnostni incident pri pacientu, je izpostavljena oseba in ne problem, in da jih skrbi, da se njihove napake zabeležijo v njihove personalne mape.

Manjka kultura varnosti, ki pomeni tesno povezanost pravične kulture, kulture sporočanja, kulture učenja in kulture prožnosti: da me ne bodo obtožili za napako, če jo sporočim in pri kateri sem bil vpleten, da bom zaščiten pred obtoževanjem, sramotanjem, objavo mojega imena v medijih in da me sodišča ne bodo preganjala kot kriminalca.

7. Sistem varnosti pacientov (strukture, procesi, izidi)

Jih ni ali pa so v nekaterih izredno redkih bolnišnicah vzpostavljeni le delno. To je tam, kjer gre za redke posamezne navdušence za izboljševanje kakovosti in varnosti pacientov, a jim je težko prebiti zidove ustaljenega razmišljanja o varnosti pacientov. Ti ljudje so vzpostavili nekaj procesov, a nikjer ni celovitega sistema varnosti pacientov. Ministrstvo za zdravje je zahtevalo pred nekaj leti vzpostavitev funkcije pooblaščenec za varnost pacientov. Vse bolnišnice jih imajo, večina samo na papirju. Bi bilo bolje, da »papirnatih« pooblaščenec sploh ne bi bilo. Pa ne sedaj kriviti njih, ampak vodstva, ki jim ne dajo virov za njihovo delo in ponekod niti nimajo moralne podpore. Ministrstvo za zdravje je po zgledu Danske, ki je imela leta 2003 prva urejeno zakonodajo za varnost pacientov, skušalo tako zakonodajo urediti pri nas, ki bi vpeljala take sisteme, da se ljudje ne bi bali sporočiti napake. A so se našli vsevedi v vladi, ki so te predloge zavrnili z zamahom leve roke.

Nimamo struktur in procesov, imamo samo izide, več sto mrtvih in več tisoč poškodovanih zaradi napak.

Kaj imamo, pa ne bi smeli imeti

Kriminalistični pregon in kaznovanje zdravnikov in drugih zdravstvenih strokovnjakov zaradi nenamernih napak. Izenačeni smo z zločinci. Temu večkrat pritegne tudi naša zbornica z javnimi opomini ali začasnimi odvzemi licence – kdo je že lepil med 2. svetovno vojno na zidove stavb imena »zločincev«? Ker se ukvarjam z varnostjo pacientov že vrsto let in se držim tistega, kar je v znanosti o varnosti pacientov dokazano, vem, da je to eden izmed osnovnih vzrokov za smrti pacientov zaradi napak. Čeprav smo samo zdravniki, pa vendar toliko neumni le nismo, da bi napake sporočali v sistem sporočanja, ki naj bi imel namen učenja in preprečevanja napak, če vemo, da nas bodo imenovali »hudodelce« in bomo izgubili licenco, da ne govorim o sramotanju, ki ga tako doživimo v svojem okolju. Zakaj imamo tako kulturo, zakaj imamo tak kazenski zakonik, zakaj se celo izvedenci držijo njegovih členov? Napaka v zakoniku, kaznovalna praksa in praksa obtoževanja in sramotjenja ter neobstoj sistemov varnosti v zdravstvenih organizacijah ubija paciente. Zakaj tega ne spremenimo? Zato, ker smo nevedneži, zato ker delamo enake napake, kot so jih delale že druge države pred nami. Nič se ne naučimo od dobrih praks nekaterih držav, ampak moramo iti skozi kalvarijo sami in morda bo čez 50 let le prišlo v zavest, da za napako ponavadi ni kriv posameznik,

ampak da je napaka v 90 odstotkih systemske narave. Ali sodišča, sodniki in tisti, ki se ravna po njih in jim ploskajo, res mislijo, da bodo s kaznovanjem zdravnikov izboljšali varnost pacientov? To, kar delajo, je nevarno početje, saj lahko vnaprej napovem, kaj se bo dogajalo v tej deželi. Ko se bo spet zvedelo za napako, ki bo povzročila smrt, bo potekal enak postopek kot doslej, obtožen bo tisti zadnji v verigi napak, ki je bil neposredno ob pacientu. To je običajno zdravnik in zaradi tega tudi neumno poimenovanje napake »zdravniška« napaka, da se takoj ve, kdo je kriv, in ki ga nima nobena država. Naslednje na vrsti so medicinske sestre in še kakšen zdravstveni strokovnjak. Nikdar tisti, ki ni poskrbel, da bi bili sistemi in procesi taki, da bi imeli vgrajena varovala, ki bi preprečevala napake. Ja to se pa ne da, saj imamo trenutno finančne probleme, namesto: nimamo pojma, kako to narediti, ali pa se nam ne ljubi.

Kje so rešitve za izboljšanje varnosti pacientov?

Za varnost pacientov in nas samih smo odgovorni vsi. To ne pomeni, da nihče ni odgovoren. Gre za vzpostavitev celovitega sistema varnosti, kjer vsak deležnik prinese svoje zadolžitve in jasne ter merljive odgovornosti – od pacienta, posameznega zdravstvenega strokovnjaka, zdravstvenih timov, oddelkov bolnišnic, bolnišnic in drugih zdravstvenih ustanov, združenj poklicnih skupin, zbornic, medicinskih fakultet, zdravstvenih fakultet in visokih šol, zdravstvenih zavarovalnic, ministrstva za zdravje, ministrstva za pravosodje in še koga. A ne znamo delati skupaj, ker nočemo, da bi imel kdo večje mišice kot mi.

Ni samo stvar zdravnikov, da poskrbijo za varnost pacientov. Zdravniki ne delamo v nekem praznem prostoru, ampak smo, hoteli ali ne, vpeti v sestavne dele sistema, v katerem delamo: v delovno okolje; v okolje zdravstvene ustanove; v orodja in tehnologijo, ki jo uporabljamo; v sodelovanje z drugimi zdravstvenimi strokovnjaki in pacienti. Varnost ni odvisna samo od delov sistema, ampak tudi od njihovega medsebojnega delovanja. Sprememba v katerem koli od teh sestavnih delov vpliva na vse druge dele in na rezultate celotnega sistema, na dobre izide zdravljenja ali pa slabe in na dobro varnost pacientov ali pa nepotrebne smrti.

In kakšna je vloga zbornice v zvezi z napakami? Zagotovo ne takšna, kot jo ima sedaj, ki si jo je morda naložila sama ali pa ji je kdo tako svetoval. Sedaj je videti, kot da se zbornica strinja s tem, da je možni krivec za napako, ki se zgodi, samo zdravnik. Ker izhaja iz te predpostavke, ki je v znanosti o varnosti pacientov dokazana kot napačna – torej da je za napako kriv posameznik, ker je bi nepazljiv, ker je nekaj spregledal ali se zmotil, ima uvedene postopke, ki so osredotočeni na posameznika. Zato je napačno že to, ko pride do nadzora zbornice, da se pogleda samo tistega zdravnika, ki se je zadnji »dotaknil« pacienta. Tak način presoje ne odkrije napak v procesih dela ali v sistemu zdravstvene ustanove, kjer zdravnik dela. Gleda se samo, ali je zdravnik deloval tako, kot velevajo pravila zdravniške znanosti in stroke, kot piše tudi v kazenskem zakoniku.

Četudi se slučajno opazi, da so šle stvari narobe v sistemu, za to zbornica nima pristojnosti. Nihče se ne vpraša, zakaj zdravnik ni ravnal tako, kot bi moral. Tu se analiza dogodka pri nas konča na zbornici in na sodišču. Konča se ob simptomu za napako. V zadnjem primeru je zbornica ugotovila, da se je zdravnica zmotila. To je povedala tudi sama. Ampak znanost o varnosti pacientov pravi, da je to simptom in ne vzrok za napako. To je enako, kot če bi zdravili vročino s tabletami za zbijanje vročine, ne pa bakterijske pljučnice, ki je vzrok vročini. Ko se je ugotovila zmeta, bi se morala analiza napake šele začeti. Aksiom analize osnovnih vzrokov pravi: »Ko pride do zaključka, da je kriv posameznik, nisi napravil analize napake do konca, ker nisi odkril osnovnega vzroka za napako in napaka se bo zaradi tega ponovila.« Se je morda kdo vprašal, zakaj se je zdravnica zmotila? Tistim, ki znajo napraviti analizo osnovnih vzrokov za napako, je jasno, kje so bili problemi. Dobro vedo, da se osnovni vzrok za napako ni razkril in da se bodo zaradi tega podobne napake ponavljale, ker se v sistemu zdravstvenih ustanov ob tej napaki ni nič spremenilo. Kdaj se bo zmotil naslednji zdravnik, je samo še vprašanje časa.

Velja tako za sodni sistem kot tudi za zbornico: Delati po starem pri analizi napak in »zabavati« ljudstvo z obtoževanjem, zasramovanjem in kaznovanjem posameznika, da se mu zadosti primitivno slo po »maščevanju«, je nevarno dejanje. To je višek ignorance znanosti o varnosti pacientov in sprevrženo mišljenje (mišljenje ni dokaz, da je neka stvar pravilna), da bomo s tem preprečili nepotrebno umiranje pacientov zaradi napak.

V znanstveni literaturi o varnosti pacientov je popolnoma jasno, da se varnost pacientov da izboljšati. Na voljo so strategije,

programi in orodja in rešitve za preprečevanje škode zaradi napak. Dokazano je tudi, da to, kar delamo pri nas, zagotovo poslabšuje varnost pacientov, povzroča nepotrebne smrti in nepotrebno trpljenje pacientov in njihovih svojcev.

Samo skupaj lahko izboljšamo varnost naših pacientov – z izobraževanjem in usposabljanjem, uporabo tehnik človeških dejavnikov (ergonomijo), usposabljanjem timov za varnost pacientov, graditvijo kulture varnosti pacientov, ki bo drugačna od prevladujoče kulture neumnega, škodljivega in nevarnega zastraševanja, sramotenja in obtoževanja posameznikov.

Dokler bomo imeli v sodstvu, kot tudi v zdravstvu na področju varnosti pacientov patološko kulturo, dokler bomo ignoranti in zraven še arogantni zaradi moči, ki nam jo daje določen položaj, toliko časa je bolje za vse paciente, da se gredo zdraviti tja, kjer imajo vzpostavljene sisteme varnosti pacientov. Morda to danes še ni možno, bo pa v kratkem, ko bo prišla v veljavo evropska direktiva o čezmejni mobilnosti pacientov. Študentje medicine pa naj si poiščejo študij tam, kjer imajo učne programe o varnosti pacientov, da ne bodo, potem ko bodo delali s pacienti, padli v past neurejenega sistema varnosti pacientov in doživeli usode, ki jo doživljajo sedaj njihovi starejši kolegi in posledično pacienti.

Veliko izbir nimamo na voljo. Ali bomo še naprej delali po starem v nasprotju z znanostjo o varnosti pacientov in gledali na napake kot na problem posameznega zdravnika, posameznega zdravstvenega strokovnjaka in bo tako še naprej umiralo več 100 pacientov na leto in jih utrpelo škodo za zdravje več 15.000, ali pa bomo zgradili sisteme in kulturo varnosti v vsaki zdravstveni ustanovi, ambulanti, pri vsakem stiku s pacientom?

OSMRTNICA

Mnogo prezgodaj nas je zapustila znanost o varnosti pacientov.

Niti še ni shodila, pa je morala umreti.

Umrla je zaradi neznanja, človeške neumnosti in maščevalnosti.

Redki žalujoči se iz srca zahvaljujejo še enemu strelu
24. 10. 2011 v že tako mrtvo telo varnosti pacientov

Ubili smo znanost o varnosti pacientov in posledično bomo z našim starim načinom razmišljanja o napakah v bolnišnicah ubili enega do dva pacienta na dan.

Na vsakodnevni pogrebni slovesnosti ob nepotrebni tragični smrti pričakujemo odgovorne za vzpostavitev sistema varnosti pacientov. Morda bo odgovornim ob žalosti in solzah svojcev le prišlo do srca, če jim že do pameti ne pride, da bodo zahtevali vzpostavitev sistema za preprečevanje napak. Pričakujemo poslance, vlado – zlasti ministrstvo za pravosodje in zdravje – stanovske zdravniške organizacije in druge stanovske organizacije, vodstva zdravstvenih ustanov, medicinski fakulteti in druge zdravstvene šole, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, sodnike in tožilce.

Po pogrebni slovesnosti sledi sedmina s prebiranjem knjig o varnosti pacientov in sistemskem preprečevanju napak ter razlaga vzrokov, kot so zmeta, raztresenost, pozabljivost, malomarnost. Sedmina bo takoj po vsaki nepotrebni smrti, velikokrat celo dvakrat na dan.

Avtor: Andrej Robida

Med psihiatrijo in pravosodjem

Odprtje Enot za forenzično psihiatrijo

V ponedeljek, 29. avgusta 2011, so minister za zdravje Dorjan Marušič, minister za pravosodje Aleš Zalar in generalni direktor UKC Maribor prim. Gregor Pivec odprli Enoto za forenzično psihiatrijo na Oddelku za psihiatrijo UKC Maribor. S tem se je dopolnilo moje in mojih kolegov 17-letno prizadevanje za ustanovitev vseslovenske bolnišnice za sodno psihiatrijo. To je bil pomemben dan za vso slovensko psihiatrijo, slovensko pravosodje, predvsem pa za sodnopsihiatrične paciente.

Slovenija potrebuje sodnopsihiatrični oddelek, ki bi bil organiziran skladno z evropskimi smernicami. Sodna psihiatrija, ki je v nekaterih državah Evropske unije subspecialnost psihiatrije, skrbi za – čeprav številčno majhno – izjemno občutljivo populacijo. To so storilci kaznivih dejanj, ki so to dejanje storili pod vplivom neke duševne motnje. Za svoje dejanje torej niso kazensko odgovorni, a jih je potrebno zaradi duševne motnje zdraviti.

Razen tega sodna psihiatrija skrbi tudi za tiste, ki so na prestanju kazni zapora zapadli v takšno duševno motnjo, ki zahteva bolnišnično zdravljenje. Ker se mora tak pacient zdraviti ob »zaporskem« režimu, je jasno, da se lahko strokovno ustrezno zdravi le na sodnopsihiatričnem oddelku. Enako velja za tiste, ki so potrebni bolnišničnega psihiatričnega zdravljenja, pa so trenutno v priporu.

Sodna psihiatrija je torej stroka, ki je nekakšna vez med zdravstvom in pravosodjem. Zdravstvo namreč skrbi za posameznika in ga varuje pred škodljivimi vplivi družbe, pravosodje pa skrbi za družbo in jo varuje pred škodljivim ravnanjem posameznika. Tako je sodna psihiatrija nekakšen tujek v psihiatriji, ki se ga psihiatrija v različnih obdobjih svojega razvoja skuša različno intenzivno znebiti. A ostaja pač resničnost, da so in bodo ljudje, ki zaradi takšne ali drugačne duševne motnje storijo bolj ali manj hudo kaznivo dejanje. Pa je potem tudi prav, da jim družba nudi

– če se hoče zaščititi pred njimi – zdravljenje, ki bo odpravilo njihovo duševno motnjo, s tem pa tudi nevarnost za druge.

Sodna psihiatrija je torej najbolj spotakljiva veja psihiatrije in ni čudno, da vzbuja v javnosti marsikateri negativen odziv, čeprav ima v teh odzivih enako pomembno vlogo kot spotakljivost sodne psihiatrije tudi zunajzavestni odnos ljudi nasploh do duševnih motenj ali pa že kar zavesten strah pred takimi motnjami.

Iz te dvojne vloge sodne psihiatrije izvirajo načelna nasprotja glede umestitve takega oddelka. Nekateri strokovnjaki namreč menijo, da bi moral biti sodnopsihiatrični oddelek umeščen v krog zapora, drugi pa, da bi moral delovati v okviru psihiatrije. Mnenje psihiatrične stroke je, da je sodna psihiatrija vendarle del psihiatrije in mora biti torej umeščena v krog psihiatrične bolnišnice.

Dogovori o ustanovitvi sodnopsihiatričnega oddelka imajo že dolgo zgodovino. Čeprav je do leta 1998 deloval Oddelek za forenzično in socialno psihiatrijo v Centru za mentalno zdravje Psihiatrične klinike Ljubljana, ta ni več ustrezal zahtevam sodobne sodne psihiatrije. Bil je namreč odprt in ni zmožal zadostiti vsem zahtevam po varnem zdravljenju sodnopsihiatričnih pacientov. Zato smo že leta 1994 začeli dogovore z obema ministrstvom (za zdravje in pravosodje) o ustanovitvi takega oddelka. Dogovori so potekali z različno dinamiko, vzkipele so v intenzivnosti, pa zamrli in se kasneje (morda z nastopom nove ministrske ekipe) ponovno oživil.

Februarja 2010 je varuhinja človekovih pravic dr. Zdenka Čebašek Travnik sklicala sestanek obeh ministrov in vodstva Psihiatrične klinike Ljubljana. Na njeno pobudo je minister za pravosodje imenoval projektno skupino za pripravo bolnišnice za sodno psihiatrijo, sestavljeno iz strokovnjakov obeh ministrstev. Za vodjo projektne skupine je minister imenoval podpisane. Skupina je takoj začela z delom.



Na sestankih projektne skupine smo se dogovorili za program aktivnosti, ki naj pripeljejo do ustanovitve oddelka za sodno psihiatrijo. Na osnovi moje, že nekoliko zastarele projektne naloge iz leta 2000 je projektna skupina izdelala novo, posodobljeno projektno nalogo, opremljeno tudi z izračuni, koliko bo tak oddelek stal državo. Na osnovi poizvedb, ki jih je Ministrstvo za zdravje poslalo vsem psihiatričnim bolnišnicam, je bila izbrana lokacija, to je Oddelek za psihiatrijo UKC Maribor.

Oddelek je imel že od ustanovitve prazna dva bolnišnična trakta, ki bosta z manjšimi preureditvami (predvsem varnostnimi) odlično služila namenu Enote za forenzično psihiatrijo.

Z umestitvijo Oddelka za forenzično psihiatrijo v Oddelek za psihiatrijo UKC Maribor bo Slovenija dobila sodobno evropsko bolnišnico, v kateri se bo izvajalo sodnopsihiatrično zdravljenje po najzahtevnejših strokovnih načelih. Umestitev Oddelka za forenzično psihiatrijo je hkrati tudi izjemen prispevek k destigmatizaciji sodnopsihiatričnih pacientov. Oddelek bo namreč del običajne psihiatrične bolnišnice, ta je pa že po lokaciji taka, da destigmatizira psihiatričnega pacienta. Leži namreč v samem centru mesta, v središču stanovanjske soseske, pa hkrati še neposredno ob splošni bolnišnici (UKC), s katero je povezana s podzemnim hodnikom.

To umestitev poudarjam tudi zato, ker so ostale psihiatrične bolnišnice v Sloveniji umeščene daleč od oči javnosti, torej daleč od pogledov tako imenovanih »normalnih«¹ ljudi. Pa tudi stavbe, v katerih so v ne tako daljni preteklosti namestili psihiatrične paciente, so odsevale tedanji odnos do ljudi, ki so trpeli za kakšno duševno motnjo. To so bili stari dvorci ali kar gradovi (Begunje, Vojnik, Ormož), ali celo odslužena italijanska kasarna (Idrija). Le Psihiatrična klinika Ljubljana je bivala v prostorih, ki so bili ob koncu 19. stoletja namensko zgrajeni za tedanje Deželno blaznico. A so tudi te stavbe umestili daleč ven iz mesta, v vas Studenec, na posestvo, kjer je imel pred tem tedanji plemič živalski vrt. Res pa je, da so vse bolnišnice v zadnjih 20 letih zgledno obnovljene in nudijo pacientom vrhunsko, človeku prijazno okolje.

Oddelek za psihiatrijo UKC Maribor, ki je bil odprt leta 2005, je zgrajen tako, da ustreza načelom sodobnega, evropskega psihiatričnega zdravljenja. Neprecenljiv strokovni dosežek je, da smo uredili v tej vrhunski bolnišnici še prostor za najtežje in najbolj označene sodnopsihiatrične paciente. S tem smo dobili naj sodobnejšo sodnopsihiatrično bolnišnico, ki ji po umeščenosti v okolje in opremljenosti ni para v evropski sodni psihiatriji.

Ni odveč, če poudarim še finančni vidik tega projekta. Ker so bili prostori že zgrajeni, je bilo potrebno vgraditi še nekaj varnostne opreme. Tudi pri tem sta se spopadla dva koncepta sodnopsihiatrične bolnišnice. Člani projektne skupine iz Uprave za izvrševanje kazenskih sankcij Ministrstva za pravosodje so želeli, da je bolnišnica predvsem opremljena s tako opremo, ki zagotavlja maksimalno varnost oziroma povsem preprečuje pobege. Kar bi se poznalo tudi na zunanosti bolnišnice (na primer namestitve običajnih rešetk na okna). Vodja projektne skupine pa je ves čas vztrajal pri konceptu, da je sodna psihiatrija del psihiatrije in da

mora bolnišnica ohraniti zunanost bolnišnice, take, kot je. In našla se je rešitev, ki združuje oba koncepta: bolnišnica je ohranila svojo podobo, vgrajena pa je varnostna oprema, ki v ničemer ne kvari te podobe, pa kljub temu zagotavlja največjo možno varnost. Za to varnostno opremo je država (Ministrstvo za pravosodje) dala 60.000 EUR, 40.000 EUR pa je prispeval UKC Maribor. Ta del, elektronske in fizične varnosti, predstavlja sicer pomemben, a vendarle pasiven del varnosti. Še pomembnejša je aktivna varnost, to pa nudi zdravstveno in varnostno osebje s svojim odnosom do pacientov.

Tudi notranost Enote za forenzično psihiatrijo je sodobno opremljena in človeku nadvse prijazna. Sobe so dvo- do triposteljne, vsaka soba ima svojo kopalnico in sanitarije. Dovolj je tudi skupnih, dnevnih sob in sob za različne oblike terapije. Oddelek za psihiatrijo premore tudi veliko telovadnico, ki jo bodo s pomočjo kinezioterapevtov uporabljali tudi pacienti Enote za forenzično psihiatrijo. V Enoti je v dveh nadstropjih prostora za 66 pacientov.

Ker je Enota za forenzično psihiatrijo namenjena pacientom iz vse Slovenije, bodo prvi pacienti, ki bodo vanjo nameščeni, tisti, ki se že zdaj zdravijo v vseh psihiatričnih bolnišnicah in jim je bil izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja. Teh je približno 30. Zato se že oblikuje zdravstveni tim iz osebja Oddelka za psihiatrijo, ki bo po sodobnih načelih psihiatričnega zdravljenja zdravil in oskrboval te paciente. Hkrati bo izbrana tudi skupina pravosodnih policistov, ki bodo – potem ko jih bomo dodatno izobrazili z osnovnim poznavanjem duševnih motenj – skrbeli za varnost. Ni odveč poudariti, da bodo pravosodni policisti delali v civilnih oblekah. To tudi na simbolni ravni pomeni, da je enota bolnišnica in ne nekakšen zapor. Enota za forenzično psihiatrijo bo sprejela prve paciente 1. oktobra 2011.

Naj mi bo dopuščeno to moje pisanje v nekako vznesenem tonu, saj je res, kar je rekel minister za zdravje Dorjan Marušič na odprtju, da so se mi uresničile moje 17-letne sanje. A ni pomembno to, da sem dosanjal tudi ta projekt v slovenski psihiatriji. Pomembno je, da so tudi tisti najtežavnejši psihiatrični pacienti, ki so zaradi duševne motnje povzročili trpljenje drugim, a tudi sami trpijo, dobili možnost, da se v primernem okolju ozdravijo. In da tako ne bodo več povzročali trpljenja drugim, pa tudi sami se bodo lahko ponovno dejavno vključili v življenje svojega okolja.

Veliko je tistih, ki jim gre zahvala, da so mi pomagali dosanjati ta projekt. Preveč, da bi se v imenu sodnopsihiatričnih pacientov vsakemu poimensko zahvalil. Naj se pa vendarle zahvalim svojim sodelavcem v projektni skupini na čelu z direktorjem Uprave za izvrševanje kazenskih sankcij Dušanom Valentinčičem. In zahvaliti se želim tudi varuhinji človekovih pravic dr. Zdenki Čebašek Travnik, ki je vzpodbudila ministra za zdravje Boruta Miklavčiča in ministra za pravosodje Aleša Zalarja, da sta zagrnala projekt in tako rešila problem sodne psihiatrije v Sloveniji.

Slavko Ziberl

Vodja Projektne skupine za organizacijo forenzične psihiatrije v Sloveniji

Nov jezik medicine

Marjan Fortuna

V prvih letih študija medicine smo se učili nešteto novih besed, kot da bi se učili tuj jezik. Ugotovili smo, da so nekatere besede sicer zveneje tujke, a so pravzaprav predstavljale nam vsem dobro znane izraze: **influenza je pomenila gripo, ulcus rano, bronchitis vnetje dihalne sluznice, asthma naduho itd. Te nove besede so zveneje znano, a so vendarle tujke. Vendar je tako prav, saj je dobro, da so medicinski pojmi taki, da jih skoraj vsakdo razume kjerkoli na svetu.**

Drugče pa je z nekaterimi drugimi izrazi, kar je mnogo bolj pomembno, ker to novo izrazoslovje pomeni več kot le etimološke posebnosti. Bolniki ali pacienti naenkrat niso več bolniki, ampak »stranke« ali »uporabniki«, zdravniki pa smo postali »izvajalci« zdravstvenih storitev, zavarovalnice pa »ponudniki«. Te pojme prevzemajo mediji, medicinska literatura in celo zdravniški krogi. Vendar ti pojmi niso sinonimi. Beseda pacient izvira iz »patiens«, kar pomeni trpeti ali prenašati bolezen in ne uporabnika ali stranke. Doktor izvira iz besede »docere«, kar pomeni učiti, vzgajati. Ti pojmi so se nemoteno uporabljali več stoletij, ne da bi kdo sploh razmišljal, da jih je potrebno spreminjati. Zakaj moramo sedaj spreminjati ustaljene pojme, je vsaj meni nerazumljivo.

Kaj je sprožilo nastajanje novega slovarja v medicini? Smo sredi globoke ekonomske krize in naporu k reformi zdravstvenega sistema so osredotočeni k spirali naraščajočih stroškov. Mnogi ekonomisti in načrtovalci zdravstvene politike svetujejo, da naj bo skrb za bolnika industrializirana in standardizirana. Bolnišnice in klinike naj delujejo kot moderne tovarne zdravja in arhaične pojme kot doktor in pacient naj nadomestijo izrazi, ki ustrezajo novemu redu. Kako enostavna bi bila medicina, če bi bilo tako? Ne bi bilo zdravniških napak, zmot, napačnih diagnoz in vse bi se odvijalo po ustaljenih in znanih smernicah.

Izrazi, ki so doslej razlagali našo pravo vlogo v diagnostiki in zdravljenju bolnikov, so zelo močno in trdno zasidrani v naši zavesti in tradiciji. Temeljijo na tisočletnih izkušnjah in odnosih med zdravnikom in bolnikom. Ti izrazi postavljajo pričakovanja bolnikov in naš način obnašanja na prvo mesto. Zato imajo lahko spremembe jezika oz. izrazoslovja pomembne in škodljive posledice. Odnosi med zdravniki ter bolniki so sedaj predvsem odraz komercialnih odnosov. Govorimo o točkah, SPP-jih (skupinah podobnih primerov), utežeh in podobno. To je morda primerno za razmerja med plačnikom in »uporabnikom«, saj je slednji sedaj kupec in plačnik je prodajalec in zdravnik izvajalec. Toda za človeka, ki je bolan, je to kaj malo pomembno. Gre namreč za veliko več. To so psihološke, duševne in humane razsežnosti medicine – kar z drugimi besedami pomeni poslanstvo, altruizem in empatijo, ki daleč presega osebne koristi posameznika in tudi skupnosti. Človek, ki je bolan, želi pomoč zdravnika ali doktorja in ne izvajalca zdravstvene storitve.

Besede uporabnik in ponudnik so zato veliko in nevarno poenostavljane. Z industrializacijo in standardizacijo medicinskih ukrepov diagnostike in zdravljenja praktično izginja pojem »klinična presoja« (angl. »clinical judgment«). Namesto tega se čedalje bolj uveljavlja pojem »z dokazi podprta medicina« ali s tujko bolj znan izraz »evidence based medicine«. Toda to ni nič novega. Tudi v preteklosti smo vedno upoštevali znanstvene dokaze za naše klinične odločitve. Za ponazoritev nekaterih postopkov sicer z dokazi podprto medicino naj samo omenim, po mojem mnenju, mnogo škodljivih posledic, ki jih to lahko ima. Vsi vemo, da je polifarmacija ali polipragmazija lahko zelo nevarna, pa vendar pri vsakodnevnem delu opažam, da zlasti starejši ljudje jemljejo

toliko različnih zdravil, da se pogosto sprašujem, kako je mogoče, da sploh prenašajo hkratno jemanje tolikšnega števila zdravil.

Vzemimo za primer bolnika s sladkorno boleznijo, arterijsko hipertenzijo, hiperholesterolemijo, atrijsko fibrilacijo in miokardnim infarktom. Tak bolnik mora (!), ker je to »evidence based«, jemati pogosto (pre)več različnih zdravil in pri še tako skrbnem predpisovanju niti bog ne ve, kakšni so medsebojni in stranski učinki hkratnega jemanja toliko zdravil. Toda ne, če je nekaj »evidence based«, mora tako biti, saj bi v nasprotnem primeru zdravnik tvegaj, da bi ga preganjali zaradi opustitve z dokazi podprtega načina zdravljenja. Ali drug primer. V mojem delovnem obdobju sem obravnaval kar precej pretežno starejših ljudi, ki so zaradi »evidence based medicine« jemali anktikoagulantno terapijo (AKT). Ob tem, da se odmerek ni nič spremenil, je prišlo do predoziranja in do velikega tveganja za hujše krvavitve. In je tudi prišlo. Zlasti usodne so bile krvavitve v centralni živčni sistem. Ne bom se spuščal v posamezne primere, ali so bili upoštevani vsi možni in pričakovani stranski učinki. Dokazano je, da je pri bolnikih s kronično fibrilacijo atrijskega manj možganskih kapi, in če je tako, potem mora tak bolnik prejemati AKT, pa naj stane kolikor hoče in naj bosta cena ter tveganje še tako velika.

Mnogi pomembni načrtovalci zdravstvene politike in tudi zdravniki trdijo, da mora klinična obravnava slediti predpisanim smernicam, ki so znanstveno dokazane in zato objektivne. V nasprotju s tem pa je klinična presoja zavržena kot subjektivna, nezanesljiva in neznanstvena. Toda tu gre za temeljno zmot. Medtem ko so znanstveni dokazi sami po sebi objektivni, njihova aplikacija v klinični praksi s strani strokovnjakov, ki določajo smernice in algoritme, pogosto ni. Resnica, da imajo tudi »evidence based« dokazi neizogibno subjektivno jedro, srž ali noto, je podkrepljena z dejstvom, da priporočajo različni strokovnjaki, ki razpolagajo z enakimi ali podobnimi znanstvenimi dokazi, različne smernice za npr. tako pogoste bolezni in bolezenska stanja, kot so hipertenzija in hiperholesterolemija ali detekcija karcinoma prostate in dojke. Mejniki med tem, ali zdravit ali ne zdravit, testirati ali ne testirati, tehtati med tveganjem in koristjo (»cost benefit«), odražajo nujno mnenja tistih, ki pišejo smernice. In vse te ocene in mnenja so subjektivni in zato neznanstveni?

Kakšen učinek bo imel ta novi slovar na bodoče generacije zdravnikov? To bo pomenilo preoblikovanje njihove vloge v »izvajalce«, ki samo izvajajo v naprej predpisane postopke diagnostike in zdravljenja, ter zmanjšuje njihovo profesionalnost.

Ko zbolimo mi sami, pričakujemo, da bo za nas nekdo skrbel kot ljudi in ne kot »stranke«, ki pač plačajo »izvajalcu« neko storitev, in ki bo prilagodil naše zdravljenje v skladu z našimi pričakovanji in vrednostnimi standardi, in ne algoritmi ter samo z »dokazi podprtimi« metodami zdravljenja. Čeprav vsi verbalno podpiramo in so nas polna usta obravnave, ki je usmerjena k bolniku, v praksi pogosto ne ravnamo tako. Zato se ne smemo nikoli sprijazniti s tem, da je bolnik uporabnik in zdravnik izvajalec zdravstvenih storitev ter da mora biti vedno in dosledno obravnavan po načelih z »dokazi podprte« medicine, ker tako izražanje v nekem smislu ponižuje tako bolnike kot zdravnike in nevarno negira bistvo medicine, ki mora biti individualizirana in usmerjena resnično k posamezniku. Res pa je, da so lahko algoritmi in z dokazi podprta medicina dobra osnova za pravilne in pravočasne odločitve.

Čestitke organizatorjem: 42. Memorialni sestanek profesorja Janeza Plečnika

Intervju s prof. dr. Nino Gale in prof. dr. Mariom Poljakom

Alojz Ihan

Letošnji Plečnikov simpozij je sicer tradicionalni »domači« kongres, vendar je udeležba izjemna, prav zvezdniška, če lahko s tem pojmom govorimo tudi v znanosti. Pa ne le zaradi prisotnosti prof. Haralda zur Hausena, ki je prejemnik Nobelove nagrade za medicino in fiziologijo v letu 2008.

Vsakoletni Memorialni sestanek profesorja Janeza Plečnika je namenjen posebej pomembni strokovni temi, ki povezuje temeljno in klinično medicino. Tradicija, ki jo ohranjamo že 42 let, je vredna vse pohvale. Začetki teh memorialnih sestankov so bili skromni, z leti so, predvsem po zaslugi akademika prof. dr. Dušana Ferluge, prerasli v mednarodno odmevna, pomembna strokovno-znanstvena srečanja. Zavedamo se pomena dediščine, ki so nam jo zapustili naši predhodniki, in trudimo se po najboljših močeh, da to raven vsakoletne najpomembnejše strokovno-znanstvene in kulturne manifestacije Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani obdržimo ali celo izboljšujemo.

Letošnji 42. Memorialni sestanek profesorja Janeza Plečnika z mednarodnim simpozijem »Tumorji v povezavi z okužbo s človeškimi virusi papiloma« smo namenili pomembnemu področju v medicini, ki je predvsem po zaslugi profesorja Haralda zur Hausena, Nobelovega nagrajenca za medicino in fiziologijo leta 2008, dobilo odgovor na številna vprašanja o nastanku

predrakavih sprememb in raka v področju materničnega vratu, spolovil, zadnjika, glave in vratu ter kože. K sodelovanju smo povabili številne ugledne tuje in domače strokovnjake, tako patologe, mikrobiologe ter druge strokovnjake bazičnih in kliničnih strok in tako ostali zvesti načelu profesorja Janeza Plečnika: za uspeh in razvoj medicine je ključno tesno sodelovanje temeljne in klinične medicine.

Vsebinsko smo simpozij razvrstili v štiri sklope: temeljna spoznanja o HPV, tumorji glave in vratu, predrakave spremembe in rak spolovil in zadnjika ter cepljenje proti HPV in preventiva raka materničnega vratu.

Prvi sklop »Temeljna spoznanja o HPV« je namenjen predvsem novostim v virologiji in klasifikaciji HPV, pregledu 20-letnega uspešnega dela in raziskovanj o HPV v Sloveniji ter pregledu kožnih bolezni v povezavi z okužbo s HPV.

V sklopu »Tumorji glave in vratu« bodo ugledni tuji strokovnjaki predstavili najnovejša spoznanja o posebni obliki raka v ustnem delu žrela, ki ima za bolnika ugodnejšo napoved in je povezan s HPV. Prikazani bodo tudi manj znani izsledki o povezavi nastanka raka v nosni in obnosnih votlinah ter v tumorjih žlez slinavk in najnovejši izsledki o papilomatozi grla.

Obsežen sklop namenjamo predrakavim spremembam in raku spolovil in zadnjika, kjer bodo strokovnjaki predstavili tako klinično breme karcinoma materničnega vratu, histopatološke značilnosti predrakavih sprememb in raka materničnega vratu, klinično breme karcinomov ženskega spolovila in zadnjika ter patološke značilnosti teh tumorjev. V tem sklopu bomo predstavili tudi benigne spremembe, povezane z okužbo s HPV v tem področju.

Zadnji sklop namenjamo verjetno danes najaktualnejši vsebini, to je cepljenju proti HPV ter primarni in sekundarni preventivi raka materničnega vratu. Predstavili bomo uporabo testa PAP v preprečevanju raka materničnega vratu, vlogo HPV-testiranja pri preprečevanju in zdravljenju predrakavih sprememb in raka materničnega vratu ter novosti v cepljenju proti HPV.

Kako ste konkretno prišli do tako močne zasedbe v okviru simpozija, ki je tradicionalno predvsem slovenski?

Kot sva uvodoma povedala, je bil Memorialni sestanek profesorja Janeza Plečnika leta slovenski simpozij. Poudariti je potrebno, da smo v zadnjih letih z vključevanjem vse večjega



Prof. dr. Nina Gale.



Prof. dr. Mario Poljak. Foto: Diana Anđelić.

številna vodilnih svetovnih znanstvenikov in s pomembno uveljavitvijo slovenskih strokovnjakov v mednarodnem prostoru dvignili strokovno raven vsakoletnih sestankov in tako lahko tudi letos govorimo o vrhunskem mednarodnem medicinskem simpoziju. Ne nazadnje se je tudi jezik sestanka postopoma spreminjal iz slovenščine v angleščino, in to ne samo zaradi predavateljev, ampak tudi zaradi udeležencev, ki prihajajo iz drugih držav. Nekaj vabljenih predavateljev je rednih udeležencev naših simpozijev in ti so naši dobri prijatelji, s katerimi uspešno znanstveno sodelujemo in skupaj objavljamo naše dosežke. Z ostalimi se pogosto srečujemo kot predavatelji na različnih kongresih po svetu.

Čestitke organizatorjem: The 7th International Congress on Autoimmunity

Intervju s prof. dr. Blažem Rozmanom in prof. dr. Borutom Božičem

Alojz Ihan

Lanski »The 7th International Congress on Autoimmunity« (Ljubljana, 5.–9. maj 2010) je bil za Slovenijo izjemno močan mednarodni kongres z zvezdniško imunološko udeležbo.

Kako sicer funkcionira »trg« velikih mednarodnih znanstvenih imen, je Slovenija zanje privlačna kot država (podobno kot Hrvaška, na primer Dubrovnik) ali gre izključno za druge dejavnike?

Čeprav je Slovenija nedvomno privlačna država, čas našega sestanka, ki je tradicionalno v začetku decembra v Ljubljani, ni najbolj ugoden. Vezani smo na Teden Univerze, ki poteka vedno prvi teden v decembru. Ocenjujemo, da je glavni magnet, ki bo v Slovenijo pripeljal »zvezdniško« zasedbo, prav kakovost slovenske znanosti na področju HPV, visoka strokovna raven sestanka in v primeru posameznih predavateljev, kot rečeno, dolgoletno znanstveno sodelovanje in prijateljstvo.

Koliko časa trajajo priprave, delo, kakšni so denarni vložki v primerjavi s povprečnim domačim kongresom?

Priprave na letošnji 42. Memorialni sestanek profesorja Janeza Plečnika z mednarodnim simpozijem trajajo več kot dve leti. Prof. Haralda zur Hausena smo povabili že na 41. Memorialni sestanek profesorja Janeza Plečnika. Na naše povabilo se je odzval s prijaznim pismom, da v letu 2010 zaradi številnih obveznosti ne more sodelovati na simpoziju, izrazil pa je pripravljenost, da bi prišel na Memorialni sestanek prihodnje leto. Tako imamo letos veliko čast, da bo odprl simpozij z uvodnim predavanjem. S pripravo mednarodnega simpozija je veliko dela, ki je seveda ljubiteljsko. Neposredno sodeluje več kot 30 naših kolegov. Rada bi poudarila, da je naš sestanek eden redkih v Sloveniji (in svetu) brez kotizacije in da vsak udeleženec prejme brezplačno Zbornik predavanj, ki je vrhunska tehnično urejena barvna publikacija. Zaradi vseh teh ugodnosti za udeležence in stroškov, povezanih z vabljenimi predavatelji in organizacijo tradicionalnega koncerta zdravnikov ob zaključku simpozija, je denarni vložek precej visok. Zato toliko težje razumeva, da je predavalnica večkrat polprazna. Upava, da letos ne bo tako.

Congress on Autoimmunity je bil 7. po vrsti in ves čas je v porastu po številu prispevkov in udeležencev. V Ljubljani je kongres trajal pet dni, predstavljeno je bilo več kot 160 tem v 12 sklopih ob prisotnosti 1.700 udeležencev. Kongres je postavil Ljubljano na svetovni zemljevid avtoimunosti, kar vpliva na strokovno in



Prof. dr. Borut Božič, prof. dr. Blaž Rozman in prof. Shoenfeld (z leve) na srečanju Evropskega foruma o antifosfolipidnih protitelesih leta 2007 v Ljubljani.



Prof. dr. Borut Božič.

siceršnja prepoznavnost Slovenije. Kongres je organizirala agencija Kenes International ob soorganizaciji Kliničnega oddelka za revmatologijo Bolnišnice dr. Petra Držaja, UKC Ljubljana.

Kako ste konkretno prišli do tako močne zasedbe?

Congress on Autoimmunity je že uveljavljen kongres, kateremu predseduje svetovno priznani prof. Yehuda Shoenfeld (Izrael) in že to do določene mere zagotavlja dobro zasedbo. Seveda pa je zato izjemno težko dobiti izvedbo. Izhodišče je zagotovo močna raziskovalna in strokovna baza soorganizatorja, z izredno in dolgoletno vpetostjo v mednarodne tokove preko publicistične dejavnosti in mednarodnih raziskav. Pomembno vlogo igrajo osebni stiki s svetovno znanimi strokovnjaki in raziskovalci ter velika zavzetost ožjega organizacijskega odbora za uskladitev in izbor pravih tem – po aktualnosti in po predavateljih. Dobra referenca je tudi predhodna organizacija manjših srečanj z močno udeležbo, kjer se lahko ključne osebe seznanijo z izvedbenimi in drugimi sposobnostmi oz. zmogljivostmi lokalne organizacije.

Kako sicer funkcionira »trg« velikih mednarodnih znanstvenih imen in prireditelj, je Slovenija zanje privlačna kot država (podobno kot Hrvaška, na primer Dubrovnik) ali gre izključno za druge dejavnike?

Pri izbiri kraja so najpomembnejši stiki s pomembnimi strokovnjaki in raziskovalci v svetu. K izbiri pripomore sicer turistična privlačnost mesta in širše okolice, večji pomen pa ima infrastruktura za izvedbo in zagotovitev ustreznega števila

udeležencev. Ljubljana je na meji prenočitvenih in prostorskih zmogljivosti za srednje velik kongres tega ranga (ko udeleženci ne iščejo prenočišča v hostlih). Gre za večdnevno dejavnost, ki se odvija na eni lokaciji, pri čemer se udeleženci sproti odločajo za obisk enega od več hkrati potekajočih srečanj. Torej mora biti na voljo zadosti velik kompleks dvoran z ustrezno infrastrukturo. Po drugi strani je pomembno zagotoviti številčno zadostno udeležbo in ustrezno finančno podporo sponzorjev. Oboje je bilo v objektivno majhni Sloveniji teže v primerjavi z večjimi kandidati, ki so se potegovali za organizacijo tega srečanja.

Koliko časa trajajo priprave, delo, kakšni so denarni vložki v primerjavi s povprečnim domačim kongresom?

Priprave so trajale več let. Ko je enkrat objavljen organizator, mora biti opravljenega že ogromno dela. Uspeh srečanja pa je odvisen še od številnih malih aktivnosti organizatorjev, ki segajo včasih v čisto banalne zadeve. Čeprav so kongresi pogosto organizirani tudi zaradi finančnega uspeha, pa za lokalnega organizatorja izvedba kongresa tega formata zagotovo ni finančno motivirana. Vložki so bistveno večji in drugačni kot za nacionalne kongrese.

Prvi profesor nevrologije na popolni Medicinski fakulteti v Ljubljani Ivan Marinčič (1892–1970)

Zvonka Zupanič Slavec

Nevrologija se je v Sloveniji začela razvijati z nastankom prvega oddelka za živčne in duševne bolezni v ljubljanski splošni bolnišnici. Ker so nevrološki bolniki veljali za neozdravljive, so jih nameščali v hiralnico. Sprva je oddelek sprejemal tudi duševne bolnike, po letu 1935 pa le še nevrološke. Navezanost obeh strok pa se je ohranjala in se je zanj uporabljaj skupen izraz nevropsihiatrija, kot je bil sprva poimenovan tudi fakultetni predmet. Temeljno nevrološko znanje sta na ljubljanski oddelku za živčne in duševne bolezni prinesla izredno razgledana in s številnimi talenti obdarovana zdravnika, dr. Ivan Robida (1871–1941) in prof. Alfred Šerko (1879–1938). Oba sta v skladu s takratnim znanjem menila, da je za uspešno delo z nevrološkimi bolniki potrebno temeljno medicinsko znanje, predvsem anatomije in fiziologije, ter v tej smeri tudi delovala. Leta 1930 se je imenovanim nevrologoma na oddelku pridružil mladi zdravnik dr. Ivan Marinčič, ki je bil prav tako presežnega duha in je že leta 1938 prevzel vodenje oddelka. Pot do prvega univerzitetnega učitelja nevrologije takoj po ustanovitvi popolne Medicinske fakultete je bila za dr. Marinčiča priznanje za njegovo uspešno delo. Velja posebej izpostaviti Marinčičevo izjemno pismenost, saj je bil dolgo (1953–1967) glavni in odgovorni urednik takratnega Zdravstvenega vestnika.

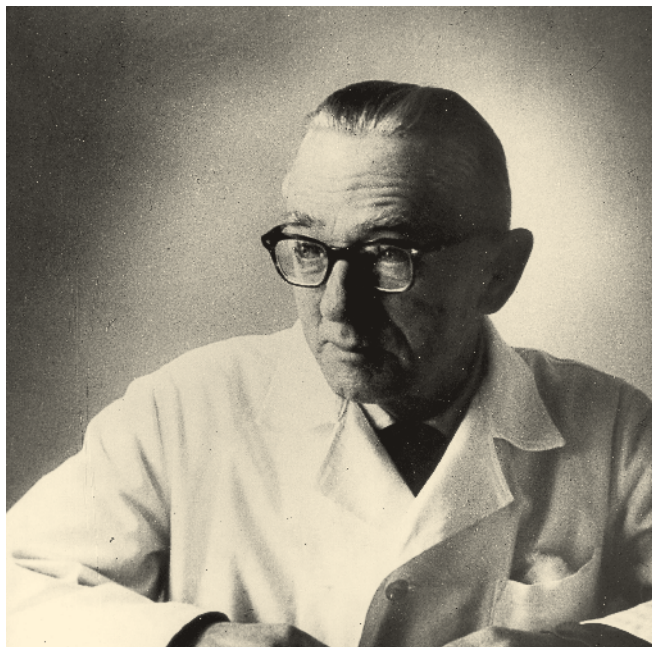
Ivan Marinčič se je rodil 23. januarja 1892 v Podlehniku pri Ptujju. Gimnazijo je obiskoval v Mariboru in v Ljubljani, kjer je maturiral leta 1913. Po dveh semestrih študija na češki medicinski fakulteti v Pragi je bil poklican v vojsko. Po vojni je nadaljeval študij medicine v Pragi in ga končal v Zagrebu, kjer je leta 1929 promoviral za doktorja medicine. Še istega leta je začel delati kot sekundarij v ljubljanski splošni bolnišnici, leta 1930 pa je začel s specializacijo iz nevrologije in psihiatrije pri doc. Ivanu Robidi (1871–1941). Po opravljenem državnem strokovnem izpitu leta 1932 v Zagrebu je odšel na strokovno izpopolnjevanje v Pariz na slavno Charcotovo kliniko Salpêtrière. Tu je pri prof. Georgu Guillainu (1876–1961) poglobljaj svoje klinično znanje nevrologije in psihiatrije, hkrati pa se je izobraževal pri prof. Ivanu Bertrandu na Inštitutu za raziskovanje živčevja v patološki anatomiji in histologiji živčevja. Bil je pri samem izviru novega nevrološkega znanja, zato se je nalezal ustvarjalne raziskovalnosti, ki jo je kasneje prenesel na ljubljansko nevrološko kliniko in njeno strokovno osebje. Specialistični izpit iz nevrologije je dr. Marinčič opravil leta 1934. Asistent je postal leta 1933, leta 1936 pa primarij. Po upokojitvi doc. Ivana Robide je leta 1938 prevzel vodstvo nevrološkega oddelka ljubljanske splošne bolnišnice.



Prvi slovenski učitelj nevrologije prof. dr. Ivan Marinčič (1892–1970), doma iz Podlehnika v Halozah.

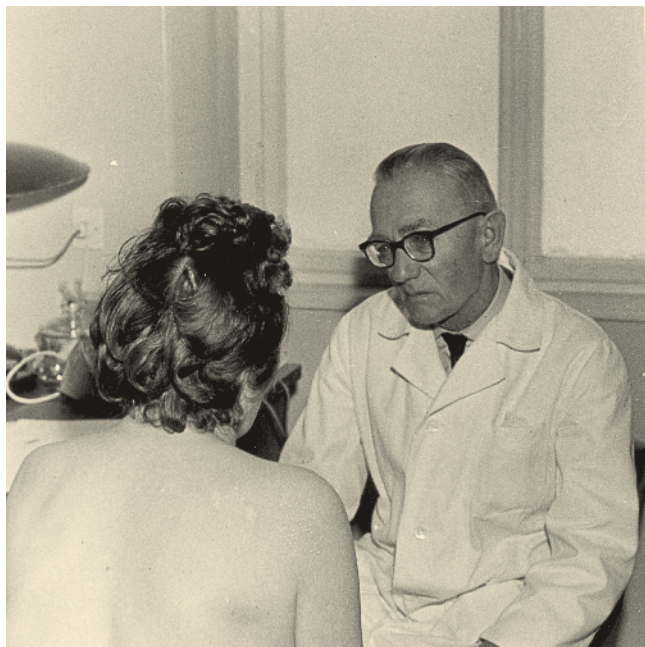


Ivan Marinčič kot študent.



Zdravnik Ivan Marinčič leta 1954.

Ivan Marinčič je takoj po okupaciji pristopil k osvobodilnemu gibanju. Sprva je na oddelku skupaj s sodelavci nudil pomoč pripadnikom Osvobodilne fronte, zaradi česar ga je okupator nadziral in preganjal, italijanski napadalci pa so ga leta 1942 za deset tednov celo zaprli. Leta 1944 je dr. Marinčič odšel v partizane, kjer je delal do konca druge svetovne vojne kot konziliarni zdravnik za nevropsihiatrijo. Med drugim je deloval pri Sanitetnem oddelku Glavnega štaba Slovenije, bil konzultant



Prof. Marinčič z bolnico pri nevrološkem pregledu.

v upravi Centralne bolnice, namestnik upravnika SHVPB in vodja nevrološkega oddelka v slovenski bolnišnici v Zadru.

Po vojni je dr. Marinčič kljub pomanjkanju osebja in prostorski stiski na oddelku poskrbel za razvoj laboratorijev in s tem izboljšal klinično in laboratorijsko diagnostiko. Spodbujal je razvoj tistih kliničnih in laboratorijskih strok, ki so bile za nevrologijo nujne, vendar pri nas še ne dovolj razvite. Nevrološka klinika je v njegovem času dobila lastno fizioterapijo,



Osebjje Nevrološke klinike s predstojnikom prof. Ivanom Marinčičem (četrti z leve) sredi petdesetih let. Z leve sedijo zdravniki: Peter Žiža, Peter Kartin, Danilo Tomažič, Ivan Marinčič, Bazilija Pregelj in Lev Milčinski.

nevroradiologijo, nevrohistologijo z nevrobiokemijo ter nevrofiziologijo. Najprodnornejši je postal laboratorij za klinično nevrofiziologijo, od koder so se sodelavci prof. Marinčiča povezovali sprva s skandinavskimi centri znanja, nato pa z raziskovalnim delom v Ljubljani prenašali znanje v svet.

Ob ustanovitvi popolne Medicinske fakultete v Ljubljani je Ivan Marinčič 4. avgusta 1945 postal prvi redni profesor za nevrologijo in predstojnik nevrološke klinike. Začrtal je študijski program t. i. *ljubljsanske nevrološke šole*, ki so ga nadaljevali še desetletja. Bil je velik podpornik razvojnih tokov v stroki, ki so tradicionalno in klasično nevrologijo nadgrajevali s sodobnimi znanstvenimi metodami. Kot organizator in učitelj je postavil temelje moderne nevrološke službe in jo nenehno razvijal. Bil je predan pedagog številnih generacij študentov splošne medicine in stomatologije ter mentor specializantom nevrologije. Bil je tudi mentor številnih raziskovalcev, med njimi je v svetu posebej uspel prof. Milan Dimitrijević (r. 1931), ki je v Houstonu (Teksas, ZDA) razvil razvojno nevrofiziologijo in jo razširil po svetu. Na Akademiji za gledališče, radio, film in televizijo v Ljubljani je prof. Marinčič predaval psihologijo. Leta 1968 je izdal prvo nevrološko klinično delo z naslovom *Bolezni živčevja*. Leta 1958 se je udeležil študijskega potovanja po Franciji in ob tej priložnosti predaval v Strasbourgu. Udeležil se je tudi I. kongresa nevropsihiatrov Jugoslavije leta 1960 v Sarajevu, kjer je tudi aktivno sodeloval.

V študijskem letu 1953/54 je bil dekan Medicinske fakultete, bil je tudi predsednik nevropsihiatrične sekcije Slovenskega zdravniškega društva ter dolgoletni glavni in odgovorni urednik Zdravstvenega vestnika. Za svoje zasluge je bil odlikovan z redom dela II. stopnje in redom dela z rdečo zastavo ter imenovan za častnega člana Slovenskega zdravniškega društva in Združenja nevropsihiatrov Jugoslavije. Leta 1965 je odšel v zasluženi pokoj.

Prof. Marinčič je bil izredno izobražen. Obvladal je številne tuje jezike, ljubil je kulturo in umetnost. V prvem zakonu se mu je rodila hči Ljudmila, poročena Vesel, ki je delala na fizikalnem inštitutu ljubljanske medicinske fakultete, vnuk Miloš Vesel pa se je prav tako navdušil za zdravniški poklic in ga še danes opravlja. Po večletnem boju s hudo boleznijo je prof. Marinčič umrl v Ljubljani 18. aprila 1970.

Za sodelovanje se zahvaljujem dr. Zdenki Skalicky, ki je prispevala večino fotografij.



Sestra Testina (klofutarica), duša nevrološke klinike, v času pred l. 1948, ko je bilo ukinjeno delo redovnic negovalk v bolnišnicah.



Prof. Marinčič leta 1958 na kongresu v Bordeauxu s prof. Avčinom.



Partizani v Kanižarici leta 1944/45. Med njimi stoji dr. Marinčič.

Prvi profesor rentgenologije na popolni Medicinski fakulteti v Ljubljani Josip Hebein (1891–1973)

Zvonka Zupanič Slavec

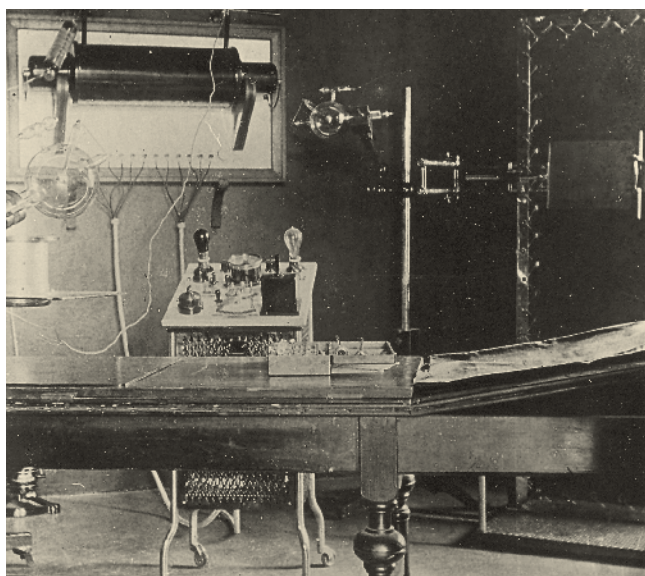
Rentgenske preiskave so se pri Slovencih začele posamično že v prvem desetletju 20. stoletja, v drugem desetletju pa so bolnišnice kupovale prve rentgenske aparate in začele izobraževati specialiste za rentgenologijo. V Ljubljani je prvi rentgenski oddelek nastal leta 1923 in njegovo vodenje je prevzel pionir slovenske rentgenologije prim. Alojzij Kunst (1890–1970). Organiziral je Rentgenski inštitut, ki se je leta 1945 preimenoval v Inštitut za rentgenologijo. Že leto dni po nastanku ljubljanskega rentgenskega oddelka (1924) se je dr. Kunstu pridružil zdravnik, praški diplomant Josip Hebein. Po specializaciji in mednarodnih izpopolnjevanjih na Dunaju, v Berlinu in Pragi je bil leta 1945 imenovan za prvega profesorja rentgenologije na Medicinski fakulteti, vodjo istoimenske katedre in inštituta pri Kliničnih bolnicah ter na teh mestih ostal do upokojitve leta 1961. Opravil je zelo pomembno strokovno in pedagoško poslanstvo.

Josip Hebein se je rodil 13. oktobra 1891 v Mišlčah (Mischelhofen), v okraju Beljak na Koroškem, kot otrok slovenske družine. Leta 1911 se je vpisal na Medicinsko fakulteto na Dunaju. Prva svetovna vojna je prekinila njegov študij, ki ga je leta 1919 nadaljeval v Pragi ter oktobra leta 1920 promoviral. V letih od 1920 do 1923 je delal v srbski Bajini Bašti in Prištini, nato se je leta 1923 vrnil v Slovenijo. V Ljubljani se je zaposlil v splošni bolnišnici kot sekundarij, leta 1924 pa je postal zdravnik na Rentgenskem inštitutu, ki ga je vodil primarij dr. Alojzij Kunst (1890–1970). Naslov specialista rentgenologije je dobil leta 1926 in postal drugi slovenski rentgenolog.

Tandem primarij Kunst in doktor Hebein je postavil temelje in smernice nadaljnjemu razvoju inštituta in celotni radiologiji pri Slovencih. Prim. Kunst je opravljal rentgensko terapijo, dr. Hebein pa rentgensko diagnostiko, s čimer se je nakazovala bodoča delitev stroke na diagnostično radiologijo in radioterapijo. Čez dve leti je postal asistent na istem inštitutu. V letih 1928 in 1929 je bil šest mesecev na strokovnem izpopolnjevanju na Dunaju, v Pragi in Berlinu. Leta 1929 je ustanovil rentgenski oddelek v Leonišču, leto zatem (1930) pa v vojni bolnišnici v Ljubljani. Leta 1931 je dobil naziv primarij. Tik pred začetkom druge svetovne vojne je postal honorarni predavatelj za rentgenologijo na Medicinski fakulteti v Ljubljani, takoj po osvoboditvi pa je bil imenovan za prvega profesorja rentgenologije. Od leta 1945 do leta 1961 je bil predstojnik rentgenološkega inštituta Kliničnih bolnic in Katedra za rentgenologijo in radioterapijo Medicinske fakultete. Hebeinova poglavitna naloga je bilo izobraževanje bodočih zdravnikov, ki jim je v 5. in 6. semestru predaval osnove rentgenologije in radioterapije. Skrbel je tudi za izobraževanje zdravnikov rentgenologov in radiologov ter pomožnega radiološkega kadra. Do leta 1948, ko se mu je pridružil specializant Stanko Hernja (1918–2002), je sam opravljal



Slovenec prof. Josip Hebein je s prim. Kunstom hodil pionirsko pot rentgenologije pri nas in jo pripeljal med fakultetne učne predmete.



Prvi rentgenski aparat v ljubljanski bolnišnici, ki ga je leta 1900 začel uporabljati kirurg dr. Edo Šlajmer.



Del profesorjev popolne Medicinske fakultete za mizo s slovenskimi politikmi kmalu po koncu druge svetovne vojne. Na fotografiji med prepoznanimi z leve sedijo: rentgenolog Josip Hebein, okulist Leopold Ješe, pediater Bogdan Derč, dermatovenerolog Jernej Demšar in mikrobiologinja Milica Valentinčič Petrovič. V sredini sedijo z leve biolog Hubert Pehani, ortoped Bogdan Brecelj ter ginekolog in porodničar Pavel Lunaček. Na desni sedijo v glavnem politiki: prvi z desne minister za zdravstvo Marjan Ahčin, sredi vrste je predsednik vlade Boris Kidrič.

pedagoško delo. Prof. Hebein je med leti 1950–1954 predaval tudi na takrat še samostojni Stomatološki fakulteti, kjer je bil honorarni predavatelj in je stomatologom predaval ob splošni vsebini še specialna poglavja iz rentgenske diagnostike v zobozdravstvu.

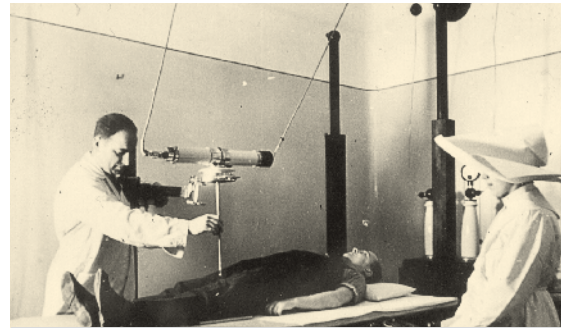
Po preimenovanju Splošne bolnice v Klinično bolnico leta 1945 je prišlo do administrativne združitve Rentgenskega inštituta in Zavoda za zdravljenje in raziskavo novotvorb v Rentgenski in radiološki zavod kliničnih bolnic. Za njegovega predstojnika je bil imenovan prof. Josip Hebein. Ker je dobro poznal svetovne trende svoje stroke, je na njegovo pobudo že leta 1946 prišlo do ponovne razdružitve obeh ustanov v dve samostojni enoti Rentgenološki zavod in Onkološki zavod. Onkologija z radioterapijo se je torej v celoti ločila iz sestave inštituta. Poleg tega je do leta 1950 prof. Hebein administrativno upravljal Onkološki zavod. Ko je dopolnil 70 let, je bil 1. avgusta 1961 na lastno željo upokojen. Z upokojitvijo prof. Hebeina se je končalo prvo obdobje rentgenološkega inštituta. Označujejo ga za obdobje dokončne ločitve diagnostike in radioterapije, postopne modernizacije opreme, uvajanja vrste novih preiskovalnih metod, obdobje zametkov subspecializacije in naraščanja števila radiologov.

Kot predstojnik Inštituta za rentgenologijo je prof. Hebein prevzel veliko skrb za razvoj rentgenologije ne le v Ljubljani, ampak v vsej Sloveniji. Zaradi pomanjkanja rentgenskih tehnikov je v prvih povojnih letih ustanovil in vodil več tečajev za rentgenske tehnike, leta 1950 pa ustanovil tudi šolo za višje rentgenske tehnike, današnje radiološke inženirje, ter bil njen ravnatelj do leta 1961. Sodeloval je v združenju za radiologijo in nuklearno medicino, ustanovil je sekcijo za radiologijo in nuklearno medicino SZD in bil večkrat njen predsednik. V letih od 1935 do 1960 se je udeležil vseh jugoslovanskih strokovnih srečanj in mnogih kongresov v tujini, večinoma z lastnim prispevkom. Napisal je preko dvajset strokovnih in znanstvenih prispevkov. Aktiven je ostal tudi po upokojitvi. Leta 1962 je napisal rokopis zgodovine inštituta za rentgenologijo v Ljubljani z naslovom Ustanovitev in razvoj rentgenološkega inštituta kliničnih bolnic v Ljubljani.

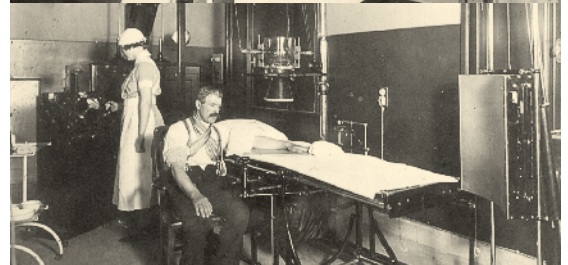
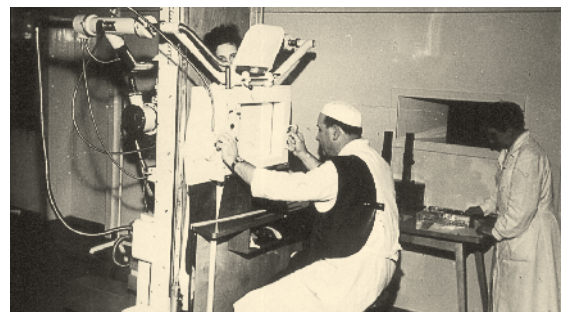
Umrli je 26. aprila 1973.

Fotografije so večinoma last Katedre za radiologijo Medicinske fakultete v Ljubljani.

Za pomoč se zahvaljujem prof. Vladimirju Jevtiću.



Motiv iz prvega ljubljanskega rentgenskega inštituta v tridesetih letih 20. stoletja.



Iz dejavnosti Inštituta za rentgenologijo po drugi svetovni vojni.

Miklavžev koncert

Andrea Užmah

Že deveto leto zapored skupina hospitaliziranih mladostnikov s pomočjo delovne terapevte Vere in muzikoterapevta Tomaža pripravi koncert, ki ga predvsem zaradi vnaprej dogovorjenega datuma (prvi ponedeljek v decembru) poimenujemo Miklavžev koncert. Koncert je bil zasnovan kot zahvala in darilo. Zahvala dobrotnikom oddelka, članom Rotary kluba Emona Ljubljana, ki velikodušno sodelujejo z oddelkom že 9 let. Velikodušno pomeni, da za podarjena sredstva za oddelek kupimo tiste stvari, ki dodajo vrednost zdravljenju in bivanju na oddelku. Darilo pa staršem in sopacientom Centra za mentalno zdravje.

Z leti spoznavamo, da koncert s svojim učinkom presega prvotni namen, kar je tudi povod za nastanek pričujočega prispevka, ki sem ga razdelila v dva sklopa. V prvem bom na kratko predstavila Enoto za adolescentno psihiatrijo, v drugem delu pa bom opisala ustvarjalno vzdušje pred Miklavževim koncertom.

Oddelek za mladostnike, kakor se je imenoval ob ustanovitvi leta 1975, je bil prvi psihiatrični oddelek za mladostnike v takratni Jugoslaviji. Oddelek je vizionarsko in pogumno ustanovila, začrtala program in opredelila strokovne smernice psihiatrinja prof. dr. Martina Tomori. Vse od tistih dni, kljub zrelem letom, še obstaja za oddelek značilen pridih edinstvenosti.

Enota za adolescentno psihiatrijo je namenjena mladim v starosti med 14. in 22. letom, ki trpijo zaradi različnih duševnih težav, ki so tako hude, da potrebujejo intenzivno diagnostično in/ali bolnišnično obravnavo. Na oddelek so sprejeti pod pogojem, da se strinjajo z zdravljenjem in so pripravljene sodelovati in upoštevati oddelečna pravila in dogovore. Pacientom, ki so odklonilni do zdravljenja, tudi v lastno škodo, ne moremo nuditi pomoči na našem oddelku. V Sloveniji žal še nimamo varovanega oddelka za mladostnike, ampak to pereče poglavje že sodi v svoj prispevek.

Sodobna psihiatrija poudarja, da je optimalna le tista celostna obravnava mladostnika, ki jo izvaja izkušeni in interdisciplinarni tim strokovnjakov z upoštevanjem tako vseh posebnosti bolezenskih simptomov v mladostniškem obdobju, kot tudi z dobrim poznavanjem sodobnih smernic za zdravljenje bolezni. Le tako lahko

zmanjšamo trpljenje, preprečimo razvoj sekundarnih duševnih motenj in dolgotrajne neugodne posledice, ki jih za bolnika in njegove bližnje predstavlja duševna bolezen. Zato so tekom zdravljenja pacienti vključeni v individualno in skupinsko obravnavo, psihoedukacijo, trening socialnih veščin, v likovno terapijo, gibalno-izrazno terapijo, psihodramo, kinezioterapijo, biblioterapijo, muzikoterapijo..., intenzivno pa tudi sodelujemo z našo socialno delavko, saj z njeno pomočjo in s pomočjo Bolnišnične šole tesno sodelujemo s šolami. Poleg zdravljenja bolezni skušamo upoštevati mladostnikove razvojne potrebe, kar pomeni, da mu pomagamo izpeljati razvojne naloge, s čimer skušamo doseči izboljšanje njegovega vsakodnevnega funkcioniranja v družini, med vrstniki, v šoli in na drugih pomembnih področjih. K zdravljenju pa skušamo pritegniti tudi starše, katerim nudimo skupino za starše ter psihoedukacijo ter individualne pogovore.

Intenzivne priprave za koncert se začnejo po prvem novembru. Vključeni so vsi pacienti, ki so trenutno hospitalizirani. Ker na oddelek mesečno povprečno sprejmemo in odpustimo od 12 do 15 pacientov, je za terapevte sestava programa velik izziv, saj se načrti spreminjajo iz dneva v dan. Poleg svojih težav, zdravljenja, programa, obveznosti in šole je pacient soočen še z nastopom. Burno mladostniško stisko dodatno zapletejo intenzivni odnosi s sopacienti, terapevti, njihova lastna pričakovanja in želje ter želje in realnost približajočega koncerta. Mesec dni intenzivnih priprav, upanja, odpovedi, sprememb, stisk, medosebnih težav v predprazničnem času zapolnijo in prevzamejo vsakega člana tima posebej. Skupaj, ob opori drug drugega iščemo in vzpodbujamo tisti zdrav, iskrič, povezujoč, kreativen del sebe in drugega. Z vsemi padci in vzponi, solzami in strahom se prebijamo iz dneva v dan, vse do velike premiere.

Premiera je trenutek resnice. Pacienti so napeti, saj vedo, da bodo (ali tudi ne) prišli starši, skrbniki, ti, ki so za njih zaskrbljeni, katere so razočarali, s katerimi so v mladostniškem sporu, ti, od katerih se želijo osamosvojiti, hkrati pa jih ob tem prežema strah pred samoto, zapustitvijo... Kljub bolezni, zaradi katere so v bolnišnici, skriti, nekateri osramočeni in stigmatizirani, nastopijo pred neznanci, pred množico oči, izpostavijo na ogled svojo ranljivo samozavest in samospoštovanje. Pred pobegom in porazom jih varuje skupina, skupina sopacientov, vrstnikov, prijateljev v stiski in delu, ki se počutijo enako kot sami. In ko se predstava začne, je trenutek soočenja samega s seboj, s svojim strahom, sposobnostmi. Med predstavo pa nastopi magični občutek čarovnije, kohezije, veselja, navdušenja in zmage. Za vsakega od nastopajočih, za vsakega od gledalcev, za vsakega izmed sodelujočih v timu. Predstava se zaključi v triumfalnem aplavzu, luči ugasnejo, vendar doživetje, spomin odmeva. Prihaja v valovanjih, se vriva v terapevtsko delo, ta enkratna izkušnja doživetega.

Razmišljam o koncertu. Razmišljam o življenju, o težavah, pa tudi izzivu, pogumu in moči mladostniškega obdobja, ki pravzaprav poteka podobno kot priprava in izpeljava tega koncerta. Lahko bogati naša življenja, odvisno od tega, kakšen pogled ji namenimo. In seveda hvala Rotary, hvala Vera, hvala Tomaž in pogumno mladostnik v vsakem od nas.



Kako je med drugim prišlo do mariborskega UKC

Refleksija na neka manj znana dogajanja

Eldar M. Gadžijev

Bil sem član komisije za napredovanje pri Ministrstvu za zdravje od leta 2002 do 2009. Vsi člani komisije smo bili višji svetniki in reševali smo prošnje za nazive svetnik, višji svetnik in tudi za nazive klinika, klinični inštitut in klinični oddelek. Poleg reševanja prošenj smo imeli med drugimi vrsto razprav o tem, kdaj in kje naj bi imeli klinične oddelke in kdaj klinike. Sam sem zagovarjal klinike v klinični ustanovi, klinične oddelke pa le v nekliničnih bolnišnicah. Poleg tega sem menil, da naj se natančneje opredeli, kaj naj po pridobitvi naziva svetniki in višji svetniki počno, koliko naj jih bo v Sloveniji in da naj bi pri dodeljevanju nazivov upoštevali posamezna področja medicine, da ne bi imeli na nekem področju veliko, drugod pa nobenega svetnika. Večina teh pobud je šla v zrak in vsaj v času mojega mandata se ni nič spremenilo. Značilno za nas!

V tistem času so potekali napor, da ne rečem borba za to, da bi mariborska bolnišnica dobila klinične oddelke in ob zadostnem številu teh tudi pogoje za nastanek kliničnega centra.

Po oddelkih bolnišnice so pridno sestavljali poročila o uspešnem delu na štirih predvidenih področjih, kot jih je zahteval še od prof. Kebra postavljen pravilnik za doseganje naziva klinični oddelek in klinika. Za doseganje kliničnega naziva naj bi oddelki kandidati za naziv dosegli določeno število točk (400) iz strokovnega dela, izobraževalnega dela in znanstvenoraziskovalnega dela. Poleg tega se je ocenjevalo in točkovno ovrednotilo še strokovno-organizacijsko delo. Skupaj pa naj bi oddelek, ki je kandidiral za naziv, pridobil določeno število točk, ki pa je bilo bistveno večje od seštevka zahtevanih točk za posamezno področje (2.400). Veljalo pa je, če doseže oddelek dovolj veliko število točk skupaj, se mu naziv odobri, tudi če na enem od štirih področij ne dosega zahtevanega števila točk.

Za mariborske oddelke je bilo značilno, da so bili relativno slabo točkovno uspešni na področju znanstvenoraziskovalnega dela, še manj uspešno pa so dosegali dovolj točk na izobraževalnem področju, kar je bilo razumljivo, saj ni bilo tradicije raziskovanja kot v Ljubljani in tudi ne »za njimi«¹ medicinske fakultete, ki bi dajala možnosti za pedagoške točke in tudi raziskovalno delo.

Pogoj za pridobitev naziva klinični center je bil, da na štirih glavnih oddelkih: internem, kirurškem, pediatriji in ginekologiji, izpolnjujejo pogoje za kliničnost z doseganjem predvidenega števila točk. Poleg teh oddelkov je kandidirala še okulistika, psihiatrija, nevrologija in fizioterapija.

Za interno in kirurgijo ni bilo težko nabrati dovolj točk za obdobje 5 let. (Sam sem za kirurgijo prispeval kar pomembno število točk.) Tudi pediatrija je dosegla zadostno število točk. Zataknilo pa se je pri ginekologiji, ki je sicer dosegala zadostno skupno število točk, premalo pa jih je dosegla na izobraževalnem področju.



Komisiji je bilo jasno, da če »pade«² ginekologija, pade mariborski klinični center. In vsi člani komisije razen enega – mene kot edinega zagovornika Maribora – so menili, da ustavimo reševanje prošenj za kliničnost, dokler Ministrstvo za zdravje ne bi spreminilo pravilnika. Ta naj bi izrecno zahteval doseganje zadostnega števila točk na vseh področjih. Na ta način mariborska ginekologija ne bi izpolnjevala pogojev in Maribor takrat še ne bi dobil pogojev za ustanovitev kliničnega centra. In temu ustrezen je bil potem sklep komisije in zapisnik poslan na ministrstvo: naj se spremeni pravilnik, ta čas pa mariborska prošnja miruje. Bil sem prizadet ob takšnem odporu vseh ostalih članov komisije do tega, da bi Maribor dobil klinični center. Nikakor se nisem strinjal z ostalimi člani komisije in sem zato napisal ministru ločeno mnenje. Toliko sem se le spoznal na pravo, da sem vedel, da je potrebno upoštevati veljavni pravilnik, če so bile vloge poslane pravilno in ob pravem času. V ločenem mnenju sem zahteval, da se v celoti upošteva veljavni pravilnik in mariborski ginekologiji prizna kliničnost. Minister se je strinjal z menoj in komisija je morala priznati kliničnost vsem štirim najpomembnejšim oddelkom mariborske bolnišnice. Mariborska bolnišnica je tako lahko dobila naziv univerzitetni klinični center. Sam sem se ob tem dobro počutil. Čeprav Ljubljčan na začasnem delu v Mariboru sem vedel, da delam prav! Pridobitev kliničnosti mariborske bolnišnice je bila tudi dobra podpora za razvoj Medicinske fakultete v Mariboru.

Je pač treba priznati, da je bilo v Ljubljani le malo podpornikov mariborskim težnjam po kliničnosti in po ustanovitvi medicinske fakultete. Nekateri redki posamezniki so Mariborčane podpirali, kot na primer ugleden in mednarodno uveljavljen ljubljanski profesor, štajerskega rodu, ki je s pismom podprl ustanavljanje fakultete

in po ustanovitvi mariborske MF kmalu postal tudi njen zaslužni član. Mnogi so negodovali ob mariborskih težnjah po kliničnosti in zato seveda ni čudno, da je komisija želela temu dodati svoj prispevek. Danes je to pozabljena zgodba in UKC Maribor je dejstvo, kakor tudi mariborska MF. Njena nova stavba raste ob Dravi na

vendarle nekoliko utesnjenem prostoru, ampak glavno je, da se končno gradi.

Letos bodo mariborske klinike in oddelki obnavljali svojo kliničnost in prepričan sem, da jim bo uspelo.

Primer organizacije oskrbe s pitno vodo v nuji - terenska mobilna naprava za pripravo vode

Aleš Petrovič

V prvi polovici leta je prišlo do pojava večjega števila črevesnih obolenj v Loškem Potoku. Izkušnje in drugi podatki so nakazovali hidrični izbruh. Ti se običajno začno eksplozivno, z velikim številom obolelih v kratkem času. Oboleli so vezani na skupni vir vode, kontrolna skupina so tisti, ki te vode niso uživali. Vzrok se hitro ugotovi in odpravi, zato se število zbolelih hitro prekine. Izbruh lahko zaključuje pojavljanje kontaktnih obolelih oseb, ki tvorijo rep epidemije. V danem primeru je bilo registriranih več kot 200 obolelih. Tudi laboratorijsko je bila potrjena fekalna onesnaženost vode oz. prisotnost *E. coli*, to je bakterij, ki so vedno prisotne v človeškem in živalskem blatu v velikem številu ter posledično v odplakah in vodah, ki so onesnažene s fekalijami (človeka, domačih in divjih živali, uporaba v poljedelstvu).

Prisotnost *E. coli* v pitni vodi zanesljivo dokazuje, da je bila voda fekalno onesnažena, in to zadostuje; specifičnih povzročiteljev bolezni rutinsko v pitni vodi ne iščemo. Kazalo je, da je vzrok v onesnaženem kraškem viru vode, zato je bilo kljub nekaterim pomislekom smiselno le-tega odklopiti, čeprav se je s tem zmanjšala količina vode. Predpis, ki v Sloveniji ureja problematiko pitne vode – Pravilnik o pitni vodi (usklašen s predpisom EU – Direktiva o pitni vodi), pravi, da je pri ukrepih omejitve uporabe pitne vode treba presoditi tudi tveganja za zdravje ljudi, ki jih tak ukrep lahko ima, torej posledice pomanjkanja vode v vseh ozirih. Ob upoštevanju prepletenosti dostopnosti – *security* (vsem ljudem, na vsakem mestu, ob vsakem času, zadostne količine) in varnosti vode – *safety*, je bilo treba poiskati rešitev za težavo.

Možne rešitve za problem kakovosti in količine bi bile: dovažanje vode z vozili, dodatna napeljava cevi ali druge prevezave, lokalna priprava – čistilna naprava, redukcije. Skratka, zavladale so tako rekoč izredne razmere. Na prošnjo župana Občine Loška dolina (za oskrbo je v Sloveniji odgovorna občina) in predlog Uprave RS za zaščito in reševanje je na pomoč pri čiščenju surove vode na območju Loške doline priskočila Slovenska vojska, natančneje 670. poveljniško-logistični bataljon 1. brigade Slovenske vojske z enoto za prečiščevanje vode.

Osnovni ukrep individualnega reševanja je v takem primeru prekuhavanje pitne vode (poleg morebitnega nadomeščanja z embalarano vodo). Vendar je nasvet orientiran predvsem na varnost vode in primeren le za kratek čas, prehodno (dan, dva...). V Sloveniji pa je prekuhavanje postopek, ki naj bi po podatkih IVZ veljal kot trajni ukrep za preko 30.000 ljudi; kot trajna rešitev gre bolj za izogibanje odgovornosti. Zato tudi predmetni hidrični izbruh ni bil izredno izjemen pojav; hidrični izbruhi so ob spletu vrste dejavnikov pri nas realnost. Ker gre v veliki meri za situacije, kjer je preventiva znana, izvedljiva, si želimo, da bi to breme naša družba v prihodnosti uspešneje zmanjševala; tako bi aktivacija, kot je bila v danem primeru, ali drugi podobni ukrepi res postala izredni dogodek. Ti ukrepi so pravzaprav predstavljali že terapijo.

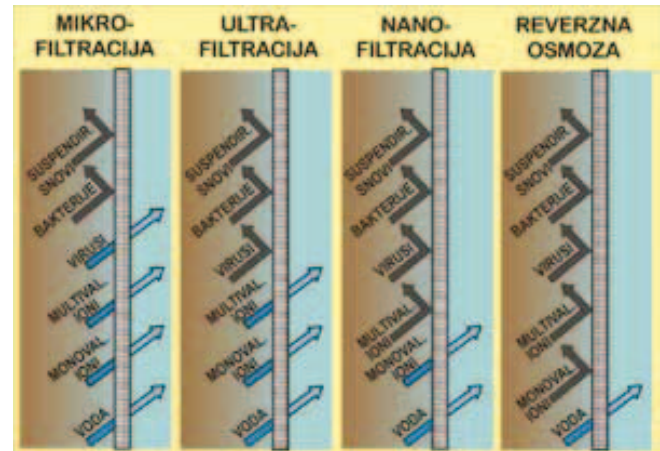
Če pustimo ob strani tehnološke potrebe območja in potrebe zaradi požarne varnosti, lahko o količinah za ljudi upoštevamo stališče, da je minimalna količina, potrebna za pitje, pripravo hrane in osnovno osebno higieno – umivanje rok, pranje živil, 20 l na osebo na dan; od tega naj bi bilo 7,5 l vode za pitje in pripravo hrane. Količina, večja od 50 l, zadošča poleg potreb za pitje, pripravo hrane in osnovno osebno higieno – umivanje rok, pranje živil, še za osnovno pranje perila in kopanje – umivanje, medtem ko več kot 100 l zadovolji dodatne potrebe udobja in dobrega počutja. Te in druge količine so objavljene na www.ivz.si

V praksi smo tako imeli priložnost, da se seznanimo z učinkovitim mehanizmom reševanja oskrbe s pitno vodo v t.i. izrednih razmerah. Ker je IVZ že v začetni fazi pojavljanja obolenj sodeloval z lokalno oblastjo, je tudi naša prošnja, da se natančneje seznanimo z organiziranostjo in delovanjem priprave pitne vode, naletela na prijazen odziv predstavnikov Slovenske vojske in drugih. Konec septembra smo si ogledali primer, ki ga je Slovenska vojska zagotovila v Loški dolini. Ogleda so se udeležili predstavniki IVZ RS in ZZV Ljubljana, Novo mesto in Kranj (drugi ZZV žal niso bili prisotni) ter predstavniki Zdravstvene-ga inšpektorata. Doživeli smo izredno prijazen sprejem.

Najprej smo se seznanili z nekaterimi organizacijskimi ureditvami zdravstvene dejavnosti v Slovenski vojski. Zanimivo je, da se z vprašanji higijene oz. epidemiologije ter laboratorijske diagnostike, kot jo poznamo v civilnih strukturah, predvsem ukvarja veterinarska stroka. To velja tudi za nadzor kakovosti vode.

Sledila je teoretična predstavitev organizacije namestitve opreme na terenu v konkretnem primeru in nato predstavitev tehnologije priprave vode. Pred namestitvijo opreme je bila potrebna predpriprava terena, vključno z zemeljskimi deli. Mobilni in kompaktni elementi opreme morajo z razporeditvijo tvoriti funkcionalno zaokroženo celoto, ki si sledi v zaporedju sklopov: zajem vode, predčiščenje (filtracija) in čiščenje vključno z UV-dezinfekcijo in doziranjem rezidualnega dezinfekcijskega sredstva (klorov preparat), hramba prečiščene vode (v danem primeru priklop na omrežje), odstranjevanje ostankov po čiščenju (čiščenje membran uravnavna avtomatika). Možna zmožljivost vseh naprav na terenu je 8.200 l prečiščene vode na uro, tako da je enota dnevno proizvedla cca 230.000 l pitne vode. Enota je energetsko neodvisna in je v času do ureditve novega vira z novo vrtino delovala 24 ur na dan. Sistem čiščenja temelji na reverzni osmozi. Učinkovitost delovanja sistema nadzirajo sprotno sami z meritvami elektroprevodnosti vode. Možno je tudi dodajanje aditivov prečiščeni vodi npr. mineralov, ki jih zagotavlja dobavitelj opreme. Tudi druga sredstva, npr. čistila, zagotavlja dobavitelj.

Reverzno osmozo uvrščamo med membranske filtracije. Pri pretakanju vode skozi porozne strukture, npr. peščene filtre, pride v porah do precejanja, usedanja, adhezije drobnih delcev, vključno mikroorganizmov; včasih potekajo tudi kemijski in biološki procesi. V glavnem ne gre za mehanično lovljenje, ker so dimenzije zadržanih delcev mnogo manjše od velikosti por. Pri membranski filtraciji je primaren mehanični mehanizem; sejalni princip se uporabi za odstranjevanje ali za koncentriranje snovi. Filtracijske membrane lahko razdelimo glede na velikost por. Ultrafiltracija zadrži viruse in bakterije ter največje molekule in je zato že zanesljiva dezinfekcijska metoda. Večje pore in



Nekaj načinov filtriranja vode, pri čemer dosežemo različne stopnje čistosti.

zato prepustnost imajo mikrofiltri, medtem ko so manjše pore pri nanofiltraciji in še manjše pri reverzni osmozi. Pri reverzni osmozi ločevanje poteka s pomočjo dodatnega pritiska že na nivoju ionov.

Sledil je ogled posameznih komponent sistema in pojasnjevanje detajlov. Pri tem smo se seznanili z namestitvijo enote na terenu in njihovim življenjem: ureditev sanitarij in kopalnic v ločeni prikolic, prehrana, družabni šotor, praktično utrjene komunikacije, žična izolacija, kamuflaža... Zagotovo so bile nekatere specifičnosti prilagojene domačemu okolju, kar pa v drugih razmerah, kjer je enota že delovala, terja drugačne prilagoditve.

Za marsikoga je bil to prvi stik bodisi s terenom, reverzno osmozo, tehničnimi rešitvami itd. Z malo domišljije si je moč po videnem primeru predstavljati načela oskrbe s pitno vodo tudi v našem vsakdanu. Poleg pomoči ljudem je bila ta akcija brez dvoma koristna tudi za sodelujoče zaradi nabiranja izkušenj enote ali drugih odkritih tehničnih pomanjkljivosti, kar so nam tudi potrdili.



Cisterne za hrambo pitne vode; viden je napis Samo za živila.

Vedeti moramo, da je v današnjem času voda v naravi večinoma taka, da je njena priprava v pitno vodo nujna (v Sloveniji ima teoretično sicer pri izbiri vode za oskrbo s pitno vodo prednost voda, za katero priprava ni potrebna). Zato bi bilo koristno, da bi se vsak zdravnik sem ter tja vprašal, kakšna je voda, ki jo svetujem pri žeji, se z njo tuširam, umijem roke pred posegom ali mi v njej operejo solato, naredijo led... Potem bi lahko tudi dopolnil svoje poslanstvo.

(Vir: Bauman M, Poberžnik M, Lobnik A. Čiščenje vode z membranami. Dosegljivo na: <http://varcevanje-energije.si/komunalna-energetika/ciscenje-vode-z-membranami.html>)

Raba antibiotikov v Sloveniji

Kaj spremeniti? ZBUDIMO SE

*Milan Čižman, Bojana Beovič, člani Nacionalne komisije za smiselno rabo protimikrobnih zdravil v Sloveniji**

Odpornost bakterij na antibiotike je svetovni zdravstveni problem, ki je v velikem delu posledica pretirane in nepravilne rabe antibiotikov. V humani medicini jih predpisujemo od 80 do 90 odstotkov ambulantno in od 10 do 20 odstotkov v bolnišnicah. Raziskave kažejo, da prejema antibiotike vsak dan 1 odstotek do več kot 3 odstotke prebivalcev in da jih dnevno prejema v bolnišnicah med 15 in 60 odstotkov, na nekaterih oddelkih celo več kot 90 odstotkov. Pretirano in neustrezno predpisovanje vodi do hitrejšega razvoja odpornih bakterij, poveča se možnost pojava stranskih učinkov in naraščanje stroškov.

Zadnji podatki o občutljivosti bakterij za antibiotike po svetu kažejo na širjenje po Gramu negativnih bakterij, ki so odporne proti vsem ali skoraj proti vsem znanim antibiotikom. Posamezne seve takih bakterij ugotavljamo tudi v Sloveniji. Okužbe z odpornimi bakterijami ogrožajo varnost bolnikov. Žavedati se moramo, da gre za iatrogeno povzročene varnostne zaplete, za katere smo odgovorni z vsakim pretiranim in napačnim predpisom antibiotika.

Ambulantna raba antibiotikov

Slovenija je znižala ambulantno rabo antibiotikov v obdobju od 1999 do 2010 za skoraj 29 odstotkov. Od 20,2 definiranih dnevni doz (DDD) na 1.000 prebivalcev na dan na 14,4 DDD na 1.000 prebivalcev na dan. Število receptov se je zmanjšalo od 791 na 552 receptov na 1.000 prebivalcev na leto. V letu 2009 je bila Slovenija po številu predpisanih antibiotikov na 27 mestu med 32 državami v Evropi (1). Nižjo porabo so imeli na Nizozemskem, Švedskem, v Latviji, Estoniji, Romuniji in Ruski federaciji (zadnji dve državi zanesljivo nimata tako nizke porabe). Nižjo porabo ima tudi Švica. Celotna poraba antibiotikov je pri nas še vedno previsoka, saj imata državi, kot sta na primer Nizozemska in Švica, nižjo porabo za 25 do 30 odstotkov. Švedska si je zadala za nalogo do leta 2015 znižati število receptov za antibiotike za 39 odstotkov, od 390 na 1.000 prebivalcev na leto na 250 receptov na 1.000 prebivalcev na leto. Ali lahko Slovenija to doseže? Zanesljivo lahko zmanjšamo ambulantno porabo v regijah v Sloveniji z visoko porabo, kot so Ravne, Murska Sobota, Celje, Maribor, kjer predpišejo za 20 odstotkov več receptov kot v gorenjski in novogoriški regiji. V Sloveniji lahko zmanjšamo porabo antibiotikov za zdravljenje okužb zgornjih dihal, akutnega bronhitisa in pri otrocih za zdravljenje akutnega vnetja srednjega ušesa. Bolnikov z akutnim rinitisom, akutnim laringitisom, traheitisom in akutno okužbo zgornjih dihal na več neopredeljenih mestih ne zdravimo z antibiotiki. Dosedanja raziskava v letu 2002 je pokazala,

da zdravimo pri nas v 40 odstotkih bolnike z okužbo zgornjih dihal, v 75 odstotkih z okužbo v žrelu, v 85 odstotkih z akutnim traheobronhitisom, visok je tudi odstotek bolnikov, zdravljenih z akutnim vnetjem srednjega ušesa (95 odstotkov) in akutnim vnetjem obnosnih votlin (94 odstotkov) (2) (tabela).

Nedavno predlagani indikatorji kakovosti predpisovanja kažejo, da naj bi okužbe zgornjih dihal in v žrelu nad letom dni starosti, z akutnim vnetjem srednjega ušesa nad dve leti in pri odraslih (nad 18 let) z akutnim/kroničnim sinuzitisom zdravili z antibiotikom v le do 20 odstotkih (0–20 odstotkov). Bolnike z bronhitisom/bronhilitisom nad 18 let bi zdravili z antibiotikom v 0 do 30 odstotkih. Ni indikacije za antibiotik za odrasle nad 18 let z akutnim bronhitisom, če so zdravi, brez drugih osnovnih bolezni, ni lokalnih znakov pljučnice in so vitalni znaki normalni. Indikacija za antibiotik je, če je sum na pljučnico, določena poslabšanja kronične obstruktivne pljučne bolezni in starejši bolniki nad 75 let s temperaturo, srčno odpovedjo, sladkorno boleznijo, če prejemajo inzulin in bolniki s hudimi nevrološkimi motnjami, na primer po kapi. Bolj kritično moramo postavljati diagnozo akutnega vnetja srednjega ušesa in akutnega bakterijskega sinuzitisa. Diagnoza akutnega vnetja srednjega ušesa temelji na otoskopskem pregledu bolnika za diagnozo bakterijskega vnetja obnosnih votlin. Pomembna je anamneza, s katero poskušamo ločiti, ali gre za virusno ali bakterijsko vnetje.

Struktura ambulantne rabe antibiotikov

Struktura porabe antibiotikov v Sloveniji ni optimalna. V primerjavi z drugimi državami, ki predpisujejo antibiotike bolj preudarno, predpisujemo preveč amoksicilina s klavulansko kislino, makrolidov in kinolonov. V Sloveniji je predpisovanje amoksicilina s klavulansko kislino bistveno previsoko. V letu 2009 je bila v Sloveniji poraba amoksicilina s klavulansko kislino 28,2 odstotka celotne ambulantne rabe antibiotikov, na Švedskem le 1,7 odstotka in v nekaterih drugih državah še manj. Amoksicilin s klavulansko kislino ni antibiotik izbire za zdravljenje okužb dihal. Predpisujemo ga šele, če ni uspeha po amoksicilinu ali penicilinu V ali če je bolnik jemal betalaktamski antibiotik zadnje tri mesece (zdravljenje akutnega bakterijskega rinosinuzitisa, akutno vnetje srednjega ušesa). Penicilin je zdravilo izbire za zdravljenje streptokoknih okužb v žrelu in za zdravljenje akutnih okužb zgornjih dihal pri otrocih nad letom dni, če sumimo, da gre za streptokokno okužbo. Amoksicilin in penicilin sta antibiotika izbire za zdravljenje akutnega bakterijskega sinuzitisa in akutnega vnetja srednjega ušesa. Zdravilo izbire za zdravljenje stafilokoknih okužb (vnetja kože

in podkožja, akutni limfadenitis) je protistafilokokni antibiotik in ne amoksicilin s klavulansko kislino.

Amoksicilin s klavulansko kislino je eden od glavnih povzročiteljev odpornosti na antibiotike pri ambulantnem predpisovanju.

V Sloveniji se je raba makrolidov zmanjšala od najvišjih 3,9 DDD na 1.000 prebivalcev na dan v letu 1999 na 2,3 DDD na 1.000 prebivalcev na dan v letu 2010. Močno se je zmanjšala raba midekamicina in eritromicina. Ostala pa je visoka poraba klaritromicina in še posebej azitromicina. Če želimo zmanjšati odpornost pnevmokokov in streptokokov na makrolide, moramo znižati predvsem porabo azitromicina in klaritromicina. Ker je ekološki vpliv makrolidov s srednje dolgo (klaritromicin) in dolgo (azitromicin) razpolovno dobo večji kot makrolidov s kratko razpolovno dobo (pri nas medikamicin), bi pri osebah z okužbami v žrelu in dihal, ki so preobčutljive na penicilin, morali predpisati midekamicin namesto azitromicina ali klaritromicina. Otrokom moramo predpisati bistveno manj makrolidov, če želimo znižati odpornost pnevmokokov na makrolide, ki je sedaj že preko 30-odstotna.

Kinolonov naj ne bi predpisovali v več kot 5 odstotkih za sedem najpogostejših okužb, ki jih zdravimo ambulantno (tabela). Trimetoprim/sulfametoksazol in

cefalosporini nimajo mesta v zdravljenju akutnega cistitisa žensk. Nadomestiti bi jih moral nitrofurantoin.

V Sloveniji je tudi prevelika razlika med porabo antibiotikov v zimskih proti poletnim mesecem. V zimskih mesecih predpišemo za 26 odstotkov več antibiotikov in za 9 odstotkov več kinolonov kot v poletnih mesecih. Razlika v predpisovanju vseh antibiotikov bi morala biti pod 20 odstotki in kinolonov do 5 odstotkov. Neugodno je tudi razmerje med predpisovanjem širokospektralnih antibiotikov (amoksicilin/klavulanska kislina, cefalosporini 3. generacije, makrolidi brez eritromicina proti penicilinu V, oralnim cefalosporinom 1. generacije in eritromicinu).

Predpisujemo tudi preveč oralnih cefalosporinov 3. generacije (0,55 odstotka vseh antibiotikov), na Švedskem 0,18 odstotka in na Nizozemskem 0,07 odstotka.

Predpisati bi morali več penicilina V in tetraciklinov namesto makrolidov, kinolonov in amoksicilina/klavulanske kisline. Pri odraslih nad 18 let sta amoksicilin in tetraciklin zdravili izbire za zdravljenje bakterijskega bronhitisa in nevirusne pljučnice. Številne države, kot so Švedska, Nizozemska, Anglija in Danska, imajo bistveno višjo porabo tetraciklinov in nižjo porabo makrolidov ter nižjo odpornost pnevmokokov na makrolide kot Slovenija.

Klinični sindrom	Ocenjeno število okužb v letu 2009 v Sloveniji, ZUBSTAT, IVZ	Predpisovanje antibiotikov (%) v ljubljanski regiji leta 2002	Predlagani % zdravljenih z antibiotiki	Antibiotik izbire za tisti % bolnikov, ki jih potrebujejo
Akutna okužba zgornjih dihal > 1 letom	~235.000	40	0–20	penicilin
Akutni tonzilitis > 1 letom	~190.000	75	0–20	penicilin
Sinuzitis akutni/kronični > 18 let	~25.000	94	0–20	amoksicilin, penicilin
Akutno vnetje srednjega ušesa/miringitis > 2 leti	~25.000	95	0–20	amoksicilin, penicilin
Bronhitis/bronhiolitis > 18–75 let	~30.000	85	0–30	amoksicilin, tetraciklin
Cistitis žensk > 18 let	~27.000	> 99*	80–100	nitrofurantoin, TMP/SMX fosfomicin
Pljučnica 18–65 let	~9.000	100	90–100	amoksicilin, tetraciklin

*ne glede na starost in spol

Ocenjeno število okužb v Sloveniji v letu 2009, odstotek predpisovanja antibiotikov v ljubljanski regiji v letu 2002 in predlagani kazalniki kakovosti predpisovanja za ambulantno predpisovanje antibiotikov za sedem najpogostejših kliničnih sindromov, ki se zdravijo ambulantno (2, 3, 4).

Bolnišnična raba antibiotikov

Čeprav je poraba antibiotikov v bolnišnicah le okrog 10 odstotkov celotne porabe antibiotikov, pa se poraba usmeri na majhno število oseb. Zaradi visoke rabe antibiotikov in povečane možnosti prenosa odpornih bakterij so bolnišnice epicenter nastajanja odpornih bakterij. Na pogostnost izolacije odpornih bakterij bistveno vplivajo celotna raba antibiotikov, struktura rabe in prenos odpornih bakterij. Celotna raba antibiotikov v Sloveniji je bila v letu 2009 1,78 DDD na 1.000 prebivalcev na dan, kar nas uvršča na deseto mesto med 22 državami (1). Najnižjo porabo je imela Madžarska (1,26), najvišjo Grčija (3,33).

Boljše je izražati porabo v DDD na 100 bolnišnično oskrbnih dni (BOD) oziroma DDD na 100 sprejemov. Primerjave z državami, kot sta Švedska oziroma Švica, kažejo, da imamo višjo porabo za cca 20 odstotkov. V Sloveniji opažamo velike razlike med istimi tipi bolnišnic in istimi tipi oddelkov. Poraba v splošnih bolnišnicah je bila v letu 2010 med 49 DDD na 100 BOD do 83 DDD na 100 BOD. Visoka je tudi v nekaterih specialnih in zasebnih bolnišnicah. Isto velja za intenzivne enote, kirurške, internistične, pediatrične in ginekološke oddelke. V Sloveniji v več kot 70 odstotkih traja kirurška profilaksa več kot en dan, čeprav naj bi bil v večini primerov dovolj le en odmerek (5). Tudi struktura rabe antibiotikov odstopa od držav z bolj racionalno rabo. Slovenija ima previsoko rabo cefalosporinov, predvsem 3. generacije, makrolidov z linkozamidi in kinolonov. Posledica omenjene rabe so visoke odpornosti, zlasti gramnegativnih bakterij na cefalosporine 3. generacije in kinolone. Zaradi naraščanja pogostnosti izolacij gramnegativnih bakterij, ki izločajo betalaktamaze razširjenega spektra (angl. extended spectrum beta-lactamase - ESBL), moramo omejiti rabo cefalosporinov 3. generacije (cefotaksim, ceftriakson, ceftazidim) in kinolonov ter izboljšati bolnišnično higieno. Cefalosporine 3. generacije (cefotaksim, ceftriakson) bi uporabljali še vedno za okužbe osrednjega živčevja, kot doma pridobljeni bakterijski meningitis, žariščne okužbe možganov in za zdravljenje lymške borelioze. V ostalih primerih pa bi za zdravljenje okužb v domačem okolju nadomestili cefalosporine 3. generacije, ki ne delujejo na *P. aeruginosa*, s parenteralno obliko amoksicilin/klavulanske kisline, za bolnišnične okužbe pa s piperacilin/tazobaktamom. Rabo ceftazidima bi omejili na dokazane okužbe z *P. aeruginosa* oziroma na izvid antibiograma.

Za zdravljenje okužb zgornjih sečil bi prav tako omejili rabo cefalosporinov 3. generacije in kinolonov in jih nadomestili z aminoglikozidi za 1 do 3 dni, v kolikor ni kontraindikacij, in nato nadaljevali terapijo po prejetem izvidu občutljivosti bakterij na antibiotik. V Sloveniji narašča poraba karbapenemov in posledično tudi odpornost gramnegativnih bakterij proti tej skupini antibiotikov, kar pomeni, da moramo tudi to skupino antibiotikov predpisovati skrajno skrbno. Vse pogosteje predpisujemo antibiotike zadnje izbire, kot so kolistin, tigeciklin, linezolid in daptomicin, kar je znak, da se vse pogosteje srečujemo z mnogotero odpornimi bakterijami, kjer ni možnosti zdravljenja z drugimi antibiotiki. Antibiotike naj prejmejo le bolniki, ki jih resnično potrebujejo. Izkušveno terapijo predpisujemo po slovenskih ali tujih z dokazi podkrepjenih priporočilih, paziti moramo na višino odmerka in število odmerkov ter posebno pozornost nameniti usmerjenemu zdravljenju po prejetju mikrobioloških izvidov (2 do 3 dni) in trajanju zdravljenja. Največ napak delajo bolnišnični zdravniki s predolгим zdravljenjem. Stanje in trendi odpornosti bakterij na antibiotike je v Sloveniji zaskrbljujoče in vse moramo narediti, da odpornost ne narašča oziroma da se začne zmanjševati.

*Silvestra Kobal, Manica Mueller Premru, Silva Pečar Čad, Milena Radoha Bergoč, Branko Šibanc, Jelka Reberšek Gorišek, Silva Jenko, Tonka Poplas Susič, Bernarda Kociper, Tom Bajec, Anton Svetlin.

Literatura:

1. ESAC Management Team. ESAC – European Surveillance of Antimicrobial Consumptions. ESAC Yearbook 2009. SBN number 9789057283307.
2. Lovšin B, Beović B. Predpisovanje antibiotikov v ambulantni splošnega zdravnika ljubljanske regije. Infektološki simpozij 2003. *Med Razgl* 2003; 42: S1: 43–51.
3. Čižman M, Beović B, Sočan M. Rezistenca in raba antibiotikov: možnosti izboljšav njihove rabe v družinski medicini. *Schrotovi dnevi* 2011.
4. Adriaenssens N, Coenen S, Tonkin-Crine S, Verheij TJ, Little P, Goossens H; on behalf of the ESAC Project Group. European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): disease-specific quality indicators for outpatient antibiotic prescribing. *BMJ Qual Saf*. 2011 Mar 21. (Epub ahead of print)
5. Rožič M, Čižman M. Točkovno prevalenčne raziskave predpisovanja protimikrobnega zdravljenja v UKC Ljubljana. Infektološki simpozij 2011. V: Beović B, Strle F, Tomažič J, eds. Sekcija za protimikrobno zdravljenje SZD. Ljubljana 2011: 73–86.

Hemovigilanca v Sloveniji v letu 2010

Marjeta Potočnik

Uvod

V primerjavi z drugimi načini zdravljenja velja transfuzija krvi za varno zdravljenje, vendar so še vedno možnosti zapletov in reakcij. Varnost transfuzije krvi lahko izboljšamo, če te zaplete in reakcije poznamo. Sistem hemovigilance nam omogoča identifikacijo kritičnih točk v transfuzijski verigi od krvodajalca do prejemnika krvi in s tem tudi iskanje in uvajanje ukrepov za večjo varnost. V Sloveniji od leta 2003 zbiramo podatke o vseh neželenih reakcijah (NR) in dogodkih ob transfuziji krvi v vseh bolnišnicah. Začeli smo z zbiranjem podatkov o neželenih reakcijah pri prejemnikih, postopoma pa smo nabor podatkov razširili na celotno transfuzijsko verigo, ki zajema tudi napake ob transfuziji, skorajšnje napake, senzibilizacije po transfuziji, neželene reakcije pri krvodajalcih in neželene dogodke ob pre-delavi, testiranju, shranjevanju in razdeljevanju krvi.

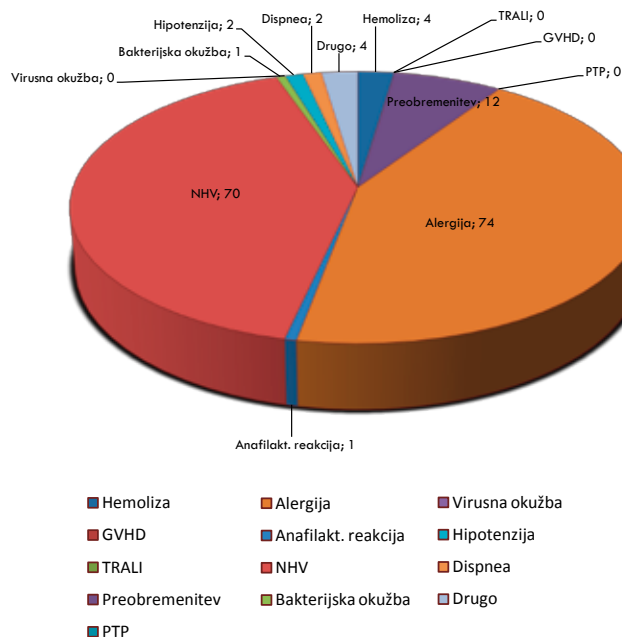
Število in vrsta NR v letu 2010

V letu 2010 je bilo prijavljenih 175 neželenih reakcij, vendar smo ugotovili, da v petih primerih dogajanje ni bilo povezano s transfuzijo, tako da je število neželenih reakcij 170. Največje je bilo število lažjih alergičnih (74) in vročinskih nehemolitičnih reakcij (70). Prejeli smo štiri prijave hemolitičnih reakcij, 12 preobremenitve srčno-žilnega sistema, eno prijavo anafilaktoidne reakcije, eno prijavo bakterijske okužbe ter po dva primera hipotenzije in dispnee. V štirih primerih reakcije ni bilo mogoče uvrstiti. V tabeli 1 in na sliki 1 prikazujemo število in vrste neželenih reakcij v letih od 2003 do 2010.

Ocena povezanosti med transfuzijo in neželjeno reakcijo

Stopnjo povezanosti med transfuzijo in neželjeno reakcijo ocenjuje lečeči zdravnik na podlagi določil Pravilnika o hemovigilanci (3), in sicer od 0 (ni povezave) do 4 (zanesljiva povezava).

V letu 2010 je bila povezanost med transfuzijo in reakcijo v 18 primerih ocenjena kot zanesljiva, v



Slika 1: Število in vrsta prijavljenih reakcij v letu 2010.

Vrsta NR	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Hemoliza	2	2	5	3	3	3	0	4
GVHD	0	0	0	0	0	0	0	0
TRALI	0	0	0	1	0	1	2	0
Preobremenitev	0	2	3	12	14	11	15	12
PTP	0	0	0	0	0	0	0	0
Alergija	41	54	55	67	68	82	70	74
Anafilakt. reakcija	1	6	4	2	3	5	3	1
NHV	53	68	66	92	89	91	75	70
Bakterijska okužba	0	0	1	1	0	0	1	1
Virusna okužba	0	0	3	1	3	0	1	0
Hipotenzija	0	0	0	0	0	1	3	2
Dispnea	0	0	0	0	0	2	1	2
Drugo	9	14	12	12	12	8	3	4
Skupaj	107	146	149	191	192	204	174	170

GVHD: graft versus host disease – reakcija presadka proti gostitelju
 TRALI: transfusion related acute lung injury – akutna okvara pljuč po transfuziji
 PTP: posttransfuzijska purpura
 Anafilakt. reakcija: anafilaktoidna/anafilaktična reakcija
 NHV: nehemolitična vročinska reakcija

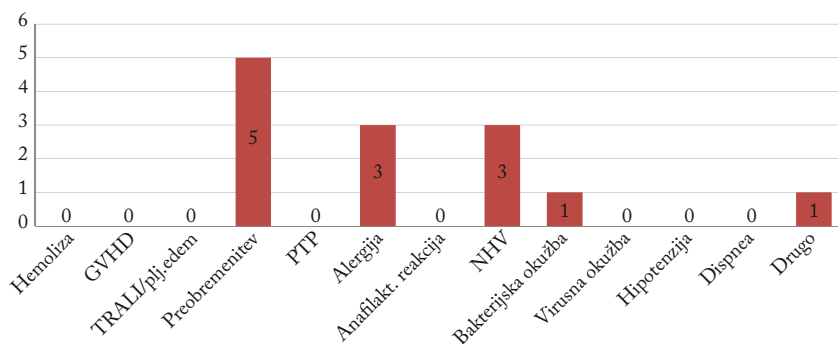
Tabela 1: Število in vrsta NR v letih 2003–2010.

Vrsta reakcije \ Povezanost	Zanesljiva (3)	Verjetna (2)	Možna (1)	Povezave ni (0)	Skupaj prijave
Hemoliza	0	0	4	1	5
GVHD	0	0	0	0	0
TRALI	0	0	0	0	0
Preobremenitev	1	6	5	1	13
PTP	0	0	0	0	0
Alergija	12	43	19	0	74
Anafilakt. reakcija	0	1	0	0	1
NHV	4	36	30	0	70
Bakterijska okužba	1	0	0	1	2
Virusna okužba	0	0	0	2	2
Hipotenzija	0	0	2	0	2
Dispnea	0	0	2	0	2
Drugo	0	0	4	0	4
Skupaj	18	86	66	5	175

Tabela 2. Prijavljene NR in ocena povezanosti s transfuzijo v letu 2010.

Vrsta NR \ Povezanost	(4) smrt	(3) dolgotrajna obolelost	(2) življenjska ogroženost	(1) brez življ. ogroženosti	(0) Ni znakov	Skupaj
Hemoliza			0	3	1	4
GVHD			0	0	0	
TRALI			0	0	0	
Preobremenitev			5	7	0	12
PTP			0	0	0	
Alergija			3	71	0	74
Anafilakt. reakcija			0	1	0	1
NHV			3	67	0	70
Bakterijska okužba			1	0	0	1
Virusna okužba			0	0	0	
Hipotenzija			0	2	0	2
Dispnea			0	2	0	2
Drugo			1	3	0	4
Skupaj	0	0	13	156	1	170

Tabela 3. Prijavljene NR in ocena stopnje reakcije v letu 2010.



Slika 2: Število in vrsta prijavljenih hudih neželenih reakcij v letu 2010.

86 kot verjetna in v 66 kot možna. Rezultati so prikazani v tabeli 2.

V petih prijavljenih primerih je bilo po natančnejši analizi ugotovljeno, da med transfuzijo in neželenim učinkom ni bilo povezave. V enem primeru je prišlo do hemolize po operaciji. Vsi testi na imunsko hemolizo so bili negativni, hemoliza je bila ocenjena kot mehanska, nastala zaradi umetne srčne zaklopke. Po prijavi sumov na okužbo s HBV, HCV in eno bakterijsko okužbo so bile narejene ustrezne preiskave vzorcev transfundirane krvi in so bili rezultati negativni, torej do okužbe ni prišlo zaradi transfuzije. Prijavi reakcije s pljučnim edemom in ponovljenim miokardnim infarktom je sledil zaključek, da je bila klinična slika najverjetneje posledica osnovne bolezni.

Ocena stopnje neželene reakcije

Stopnjo NR ocenjuje lečeči zdravnik na osnovi priporočil Sveta Evrope (1) oz. navedbe na obrazcih od 0 (ni znakov) do 4 (smrt pacienta).

V tabeli 3 prikazujemo ocenjene stopnje NR po posameznih vrstah reakcij. V nobenem primeru smrt ni bila povezana s transfuzijo, niti ni transfuzija povzročila dolgotrajne obolelosti (stopnja 3). V 13 primerih (7 %) je bila reakcija ocenjena s stopnjo 2, kot huda neželena reakcija.

V 156 primerih so bile reakcije ocenjene kot lažje (stopnja 1). V enem primeru ni bilo kliničnih znakov reakcije.

Slika 2 prikazuje hude neželene reakcije, to je tiste z življenjsko ogroženostjo bolnika. Med temi je bilo največ, to je pet primerov preobremenitve srčno-žilnega sistema, alergične in vročinske reakcije so bile po tri, ena bakterijska okužba in ena reakcija, ki je ni bilo mogoče uvrstiti.

Število poročil o neželenih reakcijah v primerjavi s številom izdanih komponent

Povratne informacije o tem, ali je bila izdana enota krvi zares transfundirana tistemu bolniku, katerega mu je bila ob izdaji namenjena, še ne dobimo za vse transfuzije, zato primerjamo število NR in število izdanih komponent krvi. Večje število poročil kot v letu 2009 smo prejeli iz bolnišnic št. 1, 2, 4, 7 in 9. Pregled v tabeli 4 nam pokaže, da so v bolnišnici št. 9 sporočili 3,1 primera NR na 1.000 izdanih komponent krvi, v bolnišnici št. 5 pa je ta številka 0,4 primera NR na 1.000 izdanih komponent.

Primerjava podatkov iz let 2004 do 2010 nam pokaže, da je poročanje v več bolnišnicah po izboljšanju v prejšnjih letih nazadovalo (slika 3), pozitiven pa je trend prijavljanja zlasti v bolnišnicah št. 7, 8, 9.

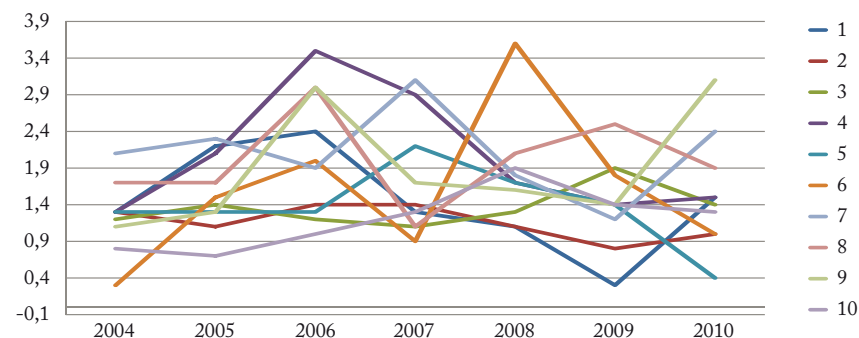
Neželene reakcije po transfuzijah komponent eritrocitov, trombocitov in plazme

V letu 2010 je bilo v Sloveniji izdanih 128.274 komponent krvi, od tega 87.451 enot eritrocitov, 10.944 terapevtskih enot trombocitov in 39.879 enot sveže zmrznjene plazme. 117-krat je bila zabeležena reakcija po transfuziji eritrocitov, kar pomeni 1,3 primera na 1.000 izdanih enot. 28 reakcij po transfuziji trombocitnih komponent pomeni 2,6 reakcij na 1.000 izdanih komponent, pri transfuziji sveže zmrznjene plazme pa je bilo sporočenih 25 primerov oz. 0,8 reakcij na 1.000 izdanih komponent, kot je prikazano v tabeli 5.

Bolnišnica št.	NR/1.000 IK							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
1	1,3	2,2	2,4	1,3	1,1	0,3	1,5	
2	1,3	1,1	1,4	1,4	1,1	0,8	1,0	
3	1,2	1,4	1,2	1,1	1,3	1,9	1,4	
4	1,3	2,1	3,5	2,9	1,7	1,4	1,5	
5	1,3	1,3	1,3	2,2	1,7	1,4	0,4	
6	0,3	1,5	2,0	0,9	3,6	1,8	1,0	
7	2,1	2,3	1,9	3,1	1,8	1,2	2,4	
8	1,7	1,7	3,0	1,1	2,1	2,5	1,9	
9	1,1	1,3	3,0	1,7	1,6	1,4	3,1	
10	0,8	0,7	1,0	1,3	1,9	1,4	1,3	
Povprečno	1,1	1,1	1,4	1,4	1,7	1,4	1,3	

IK: izdana komponenta krvi

Tabela 4. Število prijavljenih NR v slovenskih bolnišnicah v primerjavi s številom izdanih komponent krvi v letih 2004–2009.



Slika 3: Število prijavljenih NR/1.000 IK v posameznih bolnišnicah v letih 2004–2010.

Komponenta krvi	Koncentrirani eritrociti	Koncentrirani trombociti	Sveža zmrznjena plazma	Skupaj
Hemoliza	3	0	1	4
GVHD	0	0	0	0
TRALI	0	0	0	0
Preobremenitev	10	0	2	12
PTP	0	0	0	0
Alergija	31	24	19	74
Anafilakt. reakcija	0	0	1	1
NHV	64	4	2	70
Bakterijska okužba	1	0	0	1
Virusna okužba	2	0	0	0
Dispnea	2	0	0	2
Hipotenzija	2	0	0	2
Drugo	4	0	0	4
Skupaj	117	28	25	170
Št. IK	87.451	10.944	29.879	128.274
Št. NR/1.000 IK	1,3	2,6	0,8	1,4

IK: izdana komponenta

Tabela 5: NR po transfuziji eritrocitov, trombocitov in sveže zmrznjene plazme v letu 2010.

I. Senzibilizacije na eritrocitne antigene po transfuziji krvi

V letu 2010 smo pri prejemnikih transfuzije eritrocitov obravnavali 351 novih senzibilizacij na eritrocitne antigene (tabela 6).

Leto	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Število senzibilizacij	365	339	466	415	371	351

Tabela 6: Število senzibilizacij na eritrocitne antigene po transfuziji v letih 2005–2010.

2. Neželeni dogodki: napake pri naročanju, izdaji, ravnanju s krvjo in transfuziji

V letu 2010 je bilo sporočenih 144 neželenih dogodkov oz. napak, ki so prikazani v tabeli 7.

Pomanjkljivo izpolnjenih naročilnic ne beležijo v vseh transfuzijskih ustanovah, zato številka 117 primerov ne pove realnega stanja.

Za tri bolnike je bila naročena napačna komponenta.

Za napačnega bolnika smo zabeležili tri naročila.

Napačna komponenta je bila izdana za tri bolnike.

Nepravilno ravnanje s krvjo na oddelku, ki je imelo za posledico uničenje krvnih komponent, je bilo zabeleženo v 15 primerih.

Bolnik krvne skupine A je dobil transfuzijo sveže zmrznjene plazme krvne skupine O (4 enote). Do večje hemolize eritrocitov ni prišlo, direktni Coombsov test pa je bil pozitiven in je njegovo raziskovanje povzročilo zamudo pri izdaji krvi za nujno transfuzijo.

V drugem primeru je bolnik prejel le nekaj mililitrov sveže zmrznjene plazme napačne krvne skupine in ni bilo škodljivih posledic.

V enem primeru je bolnik pomotoma prejel 2 enoti koncentriranih eritrocitov iste krvne skupine ABO, RhD negativne, čeprav je bil RhD pozitiven.

	2010
Pomanjkljiva naročilnica	117
Naročilo napačne komponente	3
Naročilo za napačnega bolnika	3
Izdaja napačne komponente	3
Ravnanje s krvjo na oddelku	15
Napačna transfuzija – napačna komponenta	0
Napačna transfuzija – napačna krvna skupina	3

Tabela 7: Neželeni dogodki ob transfuziji v letu 2010.

3. Skorajšnje napake (near-miss events)

Poročila o skorajšnjih napakah (dogodek, pri katerem bi napaka, če je ne bi zaznali, vodila do določite napačne krvne skupine ali izdaje nepravilne ali neustrezne komponente krvi, vendar smo jo prepoznali pred samo transfuzijo) so poslali vsi udeleženci v sistemu hemovigilance. Vrsta in število skorajšnjih napak sta prikazana v tabeli 8.

V letu 2010 je bilo zabeleženih 253 skorajšnjih napak. V tabeli 8 prikazujemo vrsto in število skorajšnjih napak in mesto, kjer so se zgodile v obdobju od 2007 do 2010.

V 74 primerih je prišlo do napake pri podatkih za identifikacijo pacienta oz. neskladnosti podatkov na naročilnici in epruveti z vzorcem pacientove krvi za transfuzijsko testiranje.

Orientacijska določitev bolnikove krvne skupine ABO ob postelji je bila napačna 44-krat.

V 14 primerih je bil v epruveti za transfuzijske preiskave vzorec krvi drugega pacienta, kot je bilo označeno na epruveti.

V laboratoriju je bilo zabeleženih 66 napak: neskladnosti med starimi in novimi rezultati pri določanju Du antigena in pri določanju drugih eritrocitnih antigenov, zamenjava vzorcev pri sprejemu v testiranje in v laboratoriju, izdaja napačnega izvida, natiskan napačen izvid, pri nujnem telefonskem naročilu napačna črka v priimku, administrativna napaka pri vpisu naročnika in drugo.

V zvezi z uporabo reagentov je bilo zabeleženih šest skorajšnjih napak (pozitiven DCT testnih eritrocitov, zamenjava testnih eritrocitov v stojalu).

V enem primeru smo ugotovili, da je imel pacient zdravstveno kartico druge osebe.

Poleg naštetih vrst skorajšnjih napak in neskladnosti je bilo zabeleženih še 48 drugih (hemoliziran vzorec bolnika, napačen

Vrsta napake, dogodka	2007	2008	2009	2010	Mesto napake
Neskladnost osebnih podatkov bolnika	9	94	108	74	B
Napačna orientacijska določitev ABO	30	31	58	44	B
Napačna kri v epruveti	14	8	12	14	B
Napaka v laboratoriju	25	67	98	66	T
Napaka v zvezi z uporabljenimi reagenti	1	2	5	6	T
Zamenjava zdravstvene kartice	2	1	0	1	B
Drugo		13	6	48	B+T
Skupaj	96	218	289	253	

Tabela 8: Vrsta in število skorajšnjih napak v letih 2007–2010.

prepis krvne skupine iz izvoda na nariočnico, pozitiven DCT krvodajalca, šibka krvna skupina B določena kot O, napačno označena stopnja nujnosti, neskladnost med 1. in 2. listom nariočilnice, motnja in/oz. napaka v zvezi z IS, težave z računalnikom, na epruveti 2 različni nalepki in drugo).

Razprava

Prijavljanje neželenih reakcij iz vseh bolnišnic je sicer potekalo, vendar tudi pri hudih reakcijah včasih po daljšem času. Zaradi zapoznelih prijav je prišlo tudi do neskladnosti s predhodno predstavljenimi podatki za leto 2010. Ne glede na kadrovske spremembe osebja, ki je za to delo zadolženo, bo ažurnost poročanja potrebno izboljšati.

Pri končni odločitvi o vrsti in stopnji reakcije so bile v nekaj primerih potrebne spremembe. Definicije NR sicer obstajajo, vendar v posameznih primerih odločitev ni enostavna.

V letu 2010 nismo prejeli nobene prijave GVHD ne PTT, pač pa dve prijavi suma TRALI.

Pri nedonošenčku, ki je bil mehansko ventiliran s 40-odstotnim kisikom, je ob transfuziji koncentriranih eritrocitov prišlo do poslabšanja dihalne funkcije z zmanjšanjem saturacije in je potreboval mehansko ventilacijo s 85- do 100-odstotnim kisikom. Rentgensko ni bilo sprememb, značilnih za TRALI, in je bila reakcija opredeljena kot preobremenitev.

Pri 70-letnem bolniku je ob transfuziji koncentriranih eritrocitov in sveže zmrznjene plazme prišlo do akutne dihalne stiske. Glede na klinični potek, rtg pc in imunoematološke preiskave bolnika in vzorcev transfundirane krvi je bila diagnoza TRALI izključena, reakcija pa opredeljena kot dispnea.

Razen v dveh primerih je do preobremenitve obtočil prišlo po transfuziji eritrocitov. Za to reakcijo velja, da jo je v precejšnji meri mogoče preprečiti z upoštevanjem kliničnega stanja bolnika, primernim odmerjanjem in hitrostjo transfuzije.

Razmeroma majhno število odloženih hemolitičnih reakcij bi po eni strani lahko pripisali učinkovitemu transfuzijskemu testiranju z velikim številom odkritih eritrocitnih protiteles in posledično transfuzijo skladne krvi, deloma pa morda tudi manjši pozornosti in nezadostnemu prijavljanju in raziskovanju neustreznega učinka transfuzije eritrocitov.

Prijavljene hemolitične reakcije so bile odložene. Zaradi protiteles anti-Jka je bila reakcija ugotovljena po neustreznem porastu Hb po transfuziji, pri protitelesih anti-S zaradi slabega počutja in pozitivnega DCT po transfuziji, pri tretjem bolniku pa so bila ob raziskavi vročinske reakcije ugotovljena protitelesa anti-c, reaktivna le s papainom, in je bilo podano mnenje, da je bila tudi možnost odložene hemolitične reakcije.

V celoti manjše število prijav NR je lahko posledica izboljšane kakovosti krvnih pripravkov (filtriranje, virusna inaktivacija), pa tudi manjše pozornosti in sodelovanja v sistemu hemovigilance. Za prvo možnost govori podatek, da se je celotno število prijav v primerjavi z letom 2009 zmanjšalo za 17 odstotkov, število

alergičnih, to je drugih najpogostejših reakcij za 10 odstotkov, število vročinskih nehemolitičnih reakcij pa za 23 odstotkov.

V literaturi je podatek, da so najpogostejše reakcije po transfuziji pripravkov, ki vsebujejo plazmo. Naš podatek, 2,6 NR na 1.000 transfundiranih trombocitnih pripravkov, se nanaša na terapevtski odmerek trombocitov, to je zlitje trombocitov petih dajalcev ali pripravke, zbran z aferezo. Pri sveži zmrznjeni plazmi smo zabeležili 0,8 NR na 1.000 transfundiranih enot. V obeh primerih gre pretežno za alergične reakcije, ki jih je pri večkratnih transfuzijah v določeni meri mogoče vsaj omiliti s premedikacijo, če je poznan podatek o reakciji pri predhodni transfuziji.

Po transfuziji ugotovljena bakterijska okužba z Ehrlichio je bila potrjena z mikrobiološkim testiranjem.

Napake in skorajšnje napake ob naročanju krvi nas opozarjajo na skrbno delo ob administrativnih postopkih v zvezi s transfuzijo, kajti njihovo razjasnjevanje včasih zahteva precej časa in lahko ogrozi pravočasnost transfuzije. Ob teh in drugih zapletih ali vprašanjih v zvezi s transfuzijo je velikega pomena podatek, ki omogoča hitro dosegljivost naročnika: telefonska številka in identifikacija naročnika.

Zaskrbljujoč je podatek, da se v letih, ko spremljamo njihovo pojavljanje, ni še nič zmanjšalo število primerov napačne krvi v epruveti, ene največjih nevarnosti za varno transfuzijo.

Sicer pa skoraj ni napake ali skorajšnje napake, ki je ob transfuziji možna in do katere tudi v Sloveniji še ne bi prišlo. To nas opozarja na pomembnost dela po navodilih za postopke ob transfuziji.

Hemovigilanca na področju zbiranja in priprave krvi za transfuzijo

Neželene reakcije in dogodki ob dajanju krvi v letu 2010

Na vseh mestih v Sloveniji, kjer poteka zbiranje krvi, so bile pri 110.497 prijavljenih krvodajalcih računalniško zabeležene reakcije pri 0,5 odstotka krvodajalcev oz. pri 0,57 odstotka vseh odvzemov. Kolapsi (slabosti) krvodajalcev ob dajanju krvi so bili večinoma lažji (435), druge stopnje jih je bilo 44 in tretje stopnje 10. Poleg tega smo pri krvodajalcih zaznali 42 primerov hematoma (predvsem pri aferezi), nobene punkcije arterije in pri treh krvodajalcih bolečine v roki po odvzemu. Pri nobenem krvodajalcu nismo zabeležili hiperventilacije, pri enem poškodbo živca in pri treh poškodbe po padcu. Pri 69 krvodajalcih je pri aferezi prišlo do lažje reakcije na citrat. Rezultate prikazujemo v tabeli 9.

Presejalno testiranje na označevalce s krvjo prenosljivih okužb odvzetih enot krvi v Sloveniji v letu 2010

Pri testiranju 96.637 v letu 2010 zbranih enot krvi smo pri 28 enotah ugotovili prisotnost označevalcev s krvjo prenosljivih boleznih: v 11 primerih HBV s prevalenco pojavnosti

Vrsta	2010
Kolaps 1. stopnje	435
2. stopnje	44
3. stopnje	10
Hematom	42
Punkcija arterije	0
Bolečina v roki po odvzemu	3
Hiperventilacija	0
Poškodba živca	1
Poškodba po padcu	3
Drugo	69

Tabela 9: Neželene reakcije in dogodki ob zbiranju krvi v Sloveniji v letu 2010.

med odvzetimi enotami 1 : 8.785 (od tega v sedmih primerih samo HBV DNA), v enem primeru anti-HCV (prevalenca 1 : 96.637), v dveh primerih anti-HIV (prevalenca 1 : 48.329) in v 14 primerih protitelesa proti Treponemi pallidum (prevalenca 1 : 6.903). Podatki so prikazani v tabeli 10.

Imunohematološko testiranje enot zbrane krvi v letu 2010

Pri imunohematološkem testiranju zbranih enot krvi je bil ugotovljen pozitiven indirektni Coombsov test v 31 primerih in ugotovljena protitelesa proti eritrocitnim antigenom K, E, Le(a), M, D, Kp(a), Jk(a), DC, Lu(a), e,c,C. Direktni Coombsov test je bil pozitiven pri 42 enotah zbrane krvi (tabela 11).

	Št. testiranih enot	Št. pozitivnih enot	Prevalenca pojavnosti med odvzetimi enotami
HBsAg		11	1 : 8.785
Anti-HCV		1	1 : 96.637
Anti-HIV		2	1 : 48.319
Anti-TP		14	1 : 6.903
Skupaj	96.637	28	

Tabela 10: Prisotnost označevalcev s krvjo prenosljivih bolezni v zbrani krvi v letu 2010.

Vrsta preiskave	Število pozitivnih rezultatov
Indirektni Coombsov test	31
Direktni Coombsov test	42
Skupaj	73

Tabela 11: Imunohematološko testiranje zbrane krvi v letu 2010.

HND, ki je vplival na kakovost in varnost krvi zaradi nepravilnosti pri:	Skupno število	Napaka izdelka	Napaka v opremi	Človeška napaka	Drugo
zbiranju polne krvi	1				1
aferezi					
testiranju	1		1		
predelavi	1.701	375*	500*	172	654**
skladišče	1			1	
razdeljevanju materialih					
drugo	9			7***	2***

*počene vrečke **lipemična plazma ***transport

Tabela 12: HND pri zbiranju, testiranju, predelavi in shranjevanju krvi v Sloveniji v letu 2010.

Hudi neželeni dogodki pri zbiranju, testiranju, predelavi in shranjevanju krvi

V tabeli 12 prikazujemo hude neželene dogodke (HND), do katerih je prišlo pri zbiranju, testiranju, predelavi in shranjevanju zbrane krvi v letu 2010.

V enem primeru je prišlo do padca krvodajalca s poškodbo. Pri predelavi krvi je bilo zabeleženih 375 napak izdelka, 500 napak v opremi, 172 primerov človeške napake in 654 primerov lipemične plazme ali hemolize. Zabeležena je bila ena napaka pri skladiščenju in devet napak pod drugo (neskladnosti pri transportu).

Zaključek

V preteklih letih smo z uvedbo nekaterih novih postopkov (sistem zagotavljanja kakovosti, filtriranje komponent, NAT-testiranje virusnih označevalcev v zbrani krvi, transfuzija K skladne krvi, transfuzija plazme moških dajalcev, izobraževanje zdravstvenih delavcev) že veliko naredili za večjo varnost transfuzije krvi.

Precej izboljšav pa je še pred nami, zajetih v naslednjih priporočilih:

Pravočasno, to pomeni takoj, sporočiti predvsem hude reakcije, redno pa tudi ostale in neželene dogodke, napake, skorajšnje napake v celotni transfuzijski verigi.

Pri hudih reakcijah sporočiti tudi sum.

V obrazce vedno vnesti vse obvezne podatke, po potrebi jih čim prej pridobiti od lečečega zdravnika.

Hemovigilanco obravnavati na sestankih bolnišničnih transfuzijskih odborov, poročila predstaviti zdravstvenemu osebju v bolnišničnih in transfuzijskih ustanovah.

Skrbeti za stalno izobraževanje osebja, za seznanjanje s standardi in navodili za postopke ob transfuziji in ustrezno usposabljanje.

Spremljanje dogajanja pred, med in po transfuziji, v celotni transfuzijski verigi, dobro poznavanje možnih neželenih reakcij, dogodkov in napak in poročanje o njih bo pripomoglo k izboljšavam in k vedno bolj varni transfuziji krvi.

Delovna skupina za hemovigilanco:

Marjeta Potočnik¹, Bojana Bizjak², Vesna Hrašovec¹, Polona Mali¹, Slavica Maver³, Melisa Zukanović¹.

¹ Zavod RS za transfuzijsko medicino, Ljubljana

² Center za transfuzijsko medicino UKC Maribor

³ Center za transfuzijsko dejavnost Izola

Novosti v zdravljenju primarne nočne enureze pri otrocih: otrokom prijazna oblika dezmpresina tudi pri nas

Anamarija Meglič

Primarna nočna enureza (nočno močenje) je nehoteno uhajanje urina med spanjem pri otroku, starejšem od pet let, ki se dogaja kot enkratna ali večkratna epizoda med spanjem, občasno ali redno vsako noč, ki še nikdar ni bil vsako noč suh skupaj več kot šest mesecev (1).

Vsi vzroki nočnega močenja še vedno niso popolnoma poznani. Nedvomno je močenje posledica kombinacije različnih predispozicijskih faktorjev oz. fizioloških odklonov mehanizmov za zbujanje, polirije zaradi nezadostnega nočnega nivoja vazopresina in nočne prekomerne aktivnosti mehurja, vse to pa odraz nezrelosti možganskega debla (2). Kar pri 63 odstotkih otrok, ki močijo posteljo, gre za pozitivno družinsko anamnezo o nočnem močenju. Klinični fenotip enureze glede volumna nočnega urina, kapacitete mehurja in odgovora na dezmpresin je heterogen med člani istih družin kljub nedvomni dedni obliki enureze, kar odraža vpliv več etioloških dejavnikov (3). Gre za avtosomno dominantno dedovanje z visoko penetranco in kompleksno genetsko heterogenostjo (4).

Znano je, da v starosti štiri leta in pol moči še 21 odstotkov otrok, vendar manj kot dvakrat tedensko. V starosti devet let in pol moči še osem odstotkov otrok. Pogostejše močenje kot dvakrat tedensko je redkejše, v starosti štiri leta in pol pri osmih odstotkih otrok in v starosti devet let in pol le še dober odstotek otrok (5). V starosti sedem let moči še okrog 10 odstotkov otrok, v starosti 11 do 12 let še tri odstotke otrok in starih 16 do 17 let še en odstotek mladostnikov (6). Ugotovljena prevalenca enureze pri petletnikih v Sloveniji je v skladu z ugotovitvami drugih avtorjev (7). Tveganje za vztrajanje enureze v odrasli dobi je višje pri otrocih, ki močijo posteljo vsako noč (8). Otroci z enurezo imajo povečano tveganje za ostale motnje mikcije v odraslosti, kot je npr. urgentna inkontinenca (9).

Nočno močenje in druge motnje mikcije, kot je npr. dnevna urinska inkontinenca, so pogostejše pri otrocih s primanjkljajem

pozornosti in motnjo hiperaktivnosti (ADHD, angl.: attention deficit hyperactivity disorder). Med otroki z enurezo naj bi bilo približno 15 odstotkov tistih z ADHD in obratno (10–12). V študiji 90 otrok, starih od 6 do 12 let, so ugotovili statistično značilno večjo prevalenco debelosti pri tistih z nočno enurezo, sicer pa je nočno močenje pogostejše pri dečkih v družinah z več sorojenci (13), kar smo ugotovili tudi v slovenski študiji (7). Zdravljenje enureze pri otrocih z ADHD je enako kot pri otrocih brez ADHD, uspešnost pa je odvisna od otrokovega sodelovanja in razumevanja težave, v kolikor ga le-ta sploh moti (14), kar je v skladu z našimi ugotovitvami v praksi. Ugotovili so, da močenje pri otrocih z ADHD prej izzveni, v kolikor so ustrezno zdravljeni. Možno bi bilo, da tudi zdravljenje enureze izboljša simptome ADHD (15, 16).

Kljub temu, da nočno močenje s starostjo in dozorevanjem otroka izzveneva, še vedno velja, da ni prav, če se izbrani zdravnik z otrokom in starši po dopolnjenem petem letu starosti ne loti aktivno reševanja težave (17). V kolikor se otrok zaradi občutka polnega mehurja ponoči že zbudi, naj ga starši pospremiijo na stranišče. Po šestih mesecih osvojenega pravilnega vzorca praznjenja mehurja podnevi naj v dogovoru z otrokom za nekaj noči opustijo pleničke. Vzpodbujajo naj ga k zadostnemu vnosu tekočin že v dopoldanskem času in s tem preprečujejo velik vnos tekočine zvečer. Otroka naj vzpodbujajo k rednemu odvajanju blata (18).

Prav je, da nočnega močenja zdravniki ne podcenjujemo, ker pomembno vpliva na čustveni razvoj otroka, povzroča slabo samopodobo, žalost, čemernost, vznemirjenost, občutek osramočenosti, ponižanja in krivde. Otrok ima skrivnost, si ne upa zaspiti, počuti se drugačnega od vrstnikov, ne more prenočiti drugje kot doma in se udeležiti šole v naravi ali počitniškega tabora. Pri otrocih z enurezo opisujejo slabšo kakovost spanja in pogostejšo zaspanost podnevi (19). Nočno močenje pri otroku

oblikuje odnose v družini. Tolerantni starši so zaskrbljeni, sočustvujejo z otrokom in krivdo za močenje pripisujejo različnim dejavnikom. Netolerantnim staršem pogosto pranje posteljnega perila pomeni velik praktični in finančni problem, sami se počutijo nemočne, krivijo otroka in ga kaznujejo (20, 21).

Zdravljenje je po evropskih smernicah oblikovano enostavno, brez invazivnih preiskav. Zdravilo oz. ukrep prvega reda, ki ga uvedemo po izključitvi redkih bolezenskih vzrokov, kot je sladkorna in ledvična bolezen in prirojene napake sečil, sta dezmpresin in alarm proti nočnemu močenju. Alarm zahteva sodelovanje vse družine (2). Nujno je upoštevanje enostavnih sočasnih ukrepov, kot je redno praznjenje mehurja, vedno tudi pred spanjem, redno odvajanje blata, omejitev večernega vnosa tekočin z zadostnim vnosom v prvi polovici dneva in zavzetost otroka za zdravljenje. Ob nezadostnem uspehu vsakič znova obnavljamo splošna navodila, skupaj z otrokom poiščemo razlago za nezadosten uspeh in možnosti izboljšanja. V praksi vidimo, da sta najpogostejša razloga za neuspeh zdravljenja dva: neodkrita in neurejene sočasne dnevne motnje mikcije in nezadostno upoštevanje splošnih ukrepov, s katerimi otrok in njegovi starši s strani zdravnika niso ustrezno seznanjeni.

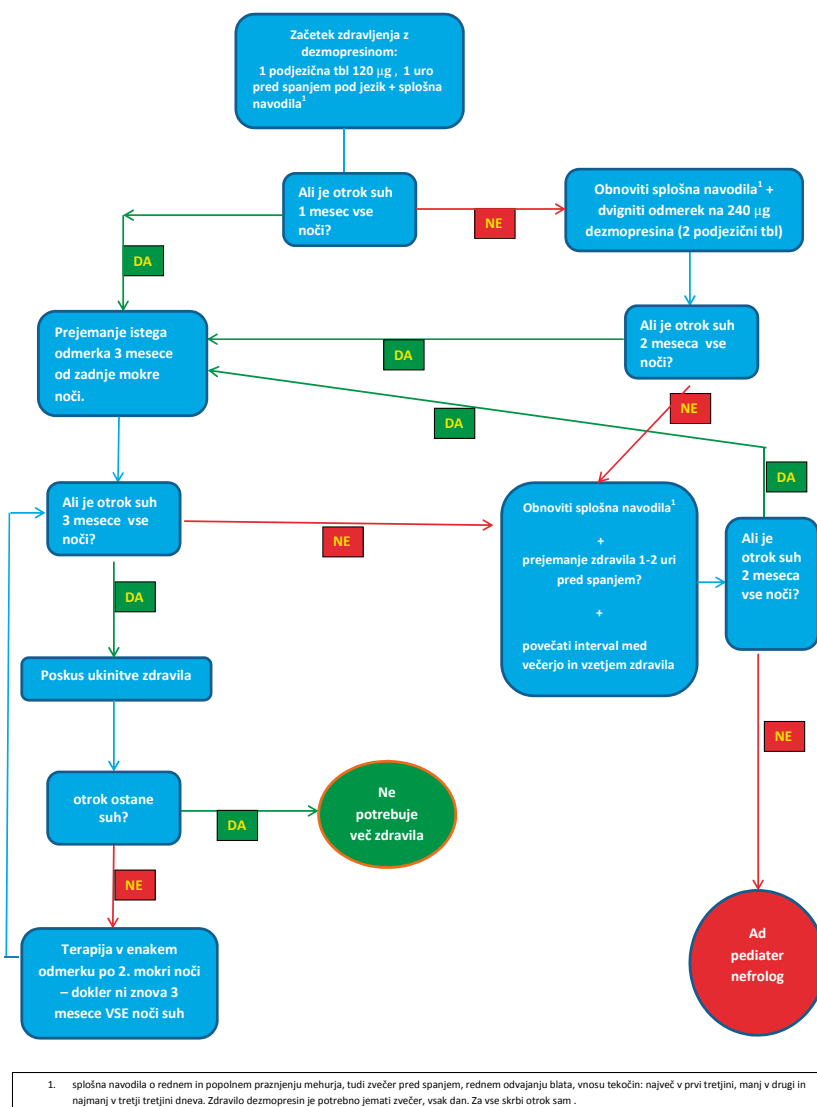
Zdravljenje primarne nočne enureze je že več let uveljavljeno tudi pri nas. Tako kot zgodnji pristop k reševanju težave je zelo pomembno odkrivanje same težave in osveščanje laične javnosti. Z dezmpresinom zmanjšamo volumen nočnega urina, z alarmom proti nočnemu močenju vzpostavljamo zbujevalne mehanizme, na prekomerno aktivnost sečnega mehurja pa vplivamo z antiholinergiki. Zdravljenje z imipraminom, amfetaminskimi in diazepamskimi preparati danes strokovno ni upravičeno (18). Alternativno zdravljenje z akupunkturo in hipnozo v študijah ni prikazalo zelenih uspehov v primerjavi s standardnim zdravljenjem (22, 23).

Zdravilo dezmpresin zmanjša nočno poliurijo s povečanjem reabsorpcije vode zaradi vezave na V2-receptorje v ledvičnih tubulih. Še vedno je edino zdravilo, s katerim dosežemo suhost ponoči in tako enostavno premostimo obdobje otrokovega dozorevanja (24). Nezadosten uspeh dezmpresina lahko pripišemo različnim dejavnikom, najpogosteje disfunkciji sečnega mehurja oz. spregledanim pridruženim motnjam mikcije oz. spregledanim pridruženim motnjam mikcije podnevi. Nedvomno je za uspeh ključno dobro sodelovanje otroka, za kar je potrebna redna vzpodbuda terapevta (25).

Navajajo, da je pojavnost vnovičnega močenja po zaključenem uspešnem zdravljenju večja v primeru uporabe alarma proti nočnemu močenju kot ob uporabi dezmpresina. Verjetno

otroci, ko se stanje izboljša, alarm hitreje prenehajo uporabljati, ker je zanje moteč. Pomembno je, da se pred pričetkom zdravljenja o obeh možnostih z otrokom in starši natančno pogovorimo in da vrsto zdravljenja izberemo skupaj (26).

V letošnjem letu je tudi na slovenskem tržišču na razpolago dezmpresin v obliki podjezičnih hitro topnih tabletk (peroralni liofilizat, oblika MELT). Običajno tableto (0,2 mg) je moral otrok pogoltniti celo. Podjezično tabletko (120 µg) otrok enostavno položi pod jezik, da se raztopi. Zaradi hitrega razpada zdravila ni potrebno zaužiti s tekočino. V tujini je sodobna in otrokom prijazna oblika na voljo že nekaj let. V študiji preko 200 preiskovancev iz več evropskih centrov, starih od pet do 15 let, ki so že prejeli dezmpresin, so ugotovili, da je oblika MELT otrokom bolj všečna, posebej mlajšim od 12 let. Učinkovitost obeh oblik je bila enaka (27, 28).



Slika 1: Shema zdravljenja nočnega močenja z dezmpresinom MELT.

Znano je, da na biorazpoložljivost dezmpresina v obliki običajnih tablet vpliva prisotnost vsebine v zgornjih prebavilih oz. čas zaužitja zdravila glede na večerjo. Pri običajnih tabletah smo svetovali, da zdravilo otrok zaužije vsaj eno do dve uri po večerji, kar so nekateri težko sprejeli. Zaradi hitre absorpcije zdravila v obliki podjezičnih tabletk že skozi ustno sluznico je čas zaužitja zdravila glede na prehrano manj pomemben. Dokazali so, da je farmakodinamski profil oblike MELT boljši kot pri običajnih tabletah. V prvih treh do petih urah po zaužitju oblike MELT se je diureza bolj znižala kot po zaužitju običajnih tablet, učinek je trajal dlje in variabilnost plazemske koncentracije zdravila je bila manjša (29). Na sliki 1 je prikazana shema zdravljenja z dezmpresin MELT obliko.

Zaključek

Otroke, ki ponoči še močijo posteljo in so starejši od pet let, je pomembno odkrivati in zdraviti. V letošnjem letu lahko predpišemo dezmpresin v obliki, prijaznejši otrokom, ob čemer lahko pričakujemo boljše sodelovanje in zato tudi boljši rezultat.

Literatura:

1. Nevés T, von Gontard A, Hoebeke P, Hjälms K, Bauer S, Bower W, Jørgensen TM, Rittig S, Walle JV, Yeung CK, Djurhuus JC. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society. *J Urol* 2006; 176(1): 314–24.
2. Nevés T. Nocturnal enuresis—theoretic background and practical guidelines. *Pediatr Nephrol* 2011; 26(8): 1207–14.
3. Schaumburg HL, Kapilin U, Bläsvaer C, Eiberg H, von Gontard A, Djurhuus JC, Rittig S. Hereditary phenotypes in nocturnal enuresis. *BJU Int* 2008; 102(7): 816–21.
4. Von Gontard A, Heron J, Joinson C. Family history of nocturnal enuresis and urinary incontinence: results from a large epidemiological study. *J Urol* 2011; 185(6): 2303–6.
5. Butler RJ, Heron J. The prevalence of infrequent bedwetting and nocturnal enuresis in childhood: A large British cohort. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology* 2008; 42: 257–64.
6. Buckley BS, Lapitan MC; Epidemiology Committee of the Fourth International Consultation on Incontinence, Paris, 2008. Prevalence of urinary incontinence in men, women, and children—current evidence: findings of the Fourth International Consultation on Incontinence. *Urology* 2010; 76(2): 265–70.
7. Semolic N, Ravnikar A, Meglic A, Japelj-Pavesić B, Kenda RB. The occurrence of primary nocturnal enuresis and associated factors in 5-year-old outpatients in Slovenia. *Acta Paediatr* 2009; 98(12): 1994–8.
8. Yeung CK, Sreedhar B, Sihoe JD, Sit FK, Lau J. Differences in characteristics of nocturnal enuresis between children and adolescents: a critical appraisal from a large epidemiological study. *BJU Int* 2006; 97: 1069–73.
9. Kuh D, Cardozo L, Hardy R. Urinary incontinence in middle aged women: childhood enuresis and other lifetime risk factors in a British prospective cohort. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 453–8.
10. Von Gontard A, Moritz AM, Thome-Granz S, Freitag C. Association of attention deficit and elimination disorders at school entry: a population based study. *J Urol* 2011; 186(5): 2027–32.
11. Baeyens D, Roeyers H, Hoebeke P, Verte S, Hoecke E, Vande Walle J. Attention deficit/hyperactivity disorder in children with nocturnal enuresis. *J Urol*. 2004; 171: 2576–9.
12. Elia J, Takeda T, Deberardinis R, Burke J, Accardo J, Ambrosini PJ, Blum NJ, Brown LW, Lantieri F, Berrettini W, Devoto M, Hakonarson H. Nocturnal enuresis: a suggestive endophenotype marker for a subgroup of inattentive attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Pediatr* 2009; 155: 239–44.
13. Chang JW, Yang LY, Chin TW, Tsai HL. Clinical characteristics, nocturnal antidiuretic hormone levels, and responsiveness to DDAVP of school children with primary nocturnal enuresis. *World J Urol*. 2011 Sep 7. [Epub ahead of print]
14. Crimmins CR, Rathbun SR, Husmann DA. Management of urinary incontinence and nocturnal enuresis in attention-deficit hyperactivity disorder. *J Urol* 2003; 170(4 Pt 1): 1347–50.
15. Shreeram S, He JP, Kalaydjian A, Brothers S, Merikangas KR. Prevalence of enuresis and its association with attention-deficit/hyperactivity disorder among U.S. children: results from a nationally representative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48(1): 35–41.
16. Williamson LB, Gower M, Ulzen T. Clinical case rounds in child and adolescent psychiatry: enuresis and ADHD in older children and an adolescent treated with stimulant medication: a case series. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 20(1): 53–5.
17. Neveus T, Eggert P, Evans J, Macedo A, Rittig S, Tekgül S, Vande Walle J, Yeung CK, Robson L; International Children's Continence Society. Evaluation of and treatment for monosymptomatic enuresis: a standardization document from the International Children's Continence Society. *J Urol* 2010; 183(2): 441–7.
18. O'Flynn N. Nocturnal enuresis in children and young people: NICE clinical guideline. *Br J Gen Pract* 2011; 61(586): 360–2.
19. Cohen-Zrubavel V, Kushnir B, Kushnir J, Sadeh A. Sleep and sleepiness in children with nocturnal enuresis. *Sleep* 2011; 34(2): 191–4.
20. Coppola G, Costantini A, Gaita M, Sarauilli D. Psychological correlates of enuresis: a case-control study on an Italian sample. *Pediatr Nephrol* 2011; 26(10): 1829–36.
21. Natale N, Kuhn S, Siemer S, Stöckle M, von Gontard A. Quality of life and self-esteem for children with urinary urge incontinence and voiding postponement. *J Urol* 2009; 182(2): 692–8.
22. Seabrook JA, Gorodzinsky F, Freedman S. Treatment of primary nocturnal enuresis: a randomized clinical trial comparing hypnotherapy and alarm therapy. *Paediatr Child Health*. 2005; 10: 609–610.
23. Glazener CM, Evans J, Cheuk DK. Complementary and miscellaneous interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; 18: CD005230.
24. Van de Walle J, Van Herzeele C, Raes A. Is There Still a Role for Desmopressin in Children with Primary Monosymptomatic Nocturnal Enuresis? *Drug Saf* 2010; 33 (4): 261–271.
25. Van Herzeele C, Alova I, Evans J, Eggert P, Lottmann H, Nørgaard JP, Vande Walle J. Poor compliance with primary nocturnal enuresis therapy may contribute to insufficient desmopressin response. *J Urol* 2009; 182(4 Suppl): 2045–9.
26. Evans J, Malmsten B, Maddocksc A, Poplid HS, Lottmanne H and on behalf of the UK study group. Randomized comparison of long-term desmopressin and alarm treatment for bedwetting. *J Ped Urol* 2011; 7 (1): 21–29.
27. Lottmann H, Froeling F, Alloussi S, El-Radhi AS, Rittig S, Riis A, Persson BE. A randomised comparison of oral desmopressin lyophilisate (MELT) and tablet formulations in children and adolescents with primary nocturnal enuresis. *Int J Clin Pract* 2007; 61: 1454–60.
28. Lottmann H. Comparison of two sublingual types of desmopressin in 6-year-old and more children with primary nocturnal enuresis. *About*

an international randomized cross-over study. *Prog Urol* 2009; 19: 132–8.

29. A. De Guchteneere, C. Van Herzele, A. Raes, J. Dehoorne, P. Hoebeke, E. Van Laecke and J. Vande Walle. Oral Lyophilized Formulation of Desmopressin: Superior Pharmacodynamics Compared to Tablet Due to Low Food Interaction. *J Urol* 2011; 185: 2308–13.

Izjava o konfliktu interesov

Podpisana doc. dr. Anamarija Meglič, dr. med., avtorica članka »Novosti v zdravljenju primarne nočne enureze pri otrocih: otrokom prijazna oblika dezmpresina tudi pri nas«, napisanega za objavo v reviji *Isis*, izjavljam, da članek ni naročen s strani farmacevtske industrije. Ne vsebuje reklamnih sporočil, ampak gre za pregled strokovne literature, priporočil in kliničnih raziskav.

EURO-QUAL in kakovost v slovenski ortodontiji

Franc Farčnik, Maja Ovsenik, Elizabeta Zatelet

Sistem kakovostnega ortodontskega varstva v Evropi – EURO-QUAL

Leta 1993 je skupina uglednih strokovnjakov ocenila, da bi bilo smiselno na evropski ravni povezati in usmerjati stremljenje po kakovosti v ortodontiji. Nastal je EURO-QUAL, projekt za razvoj sistema kakovostnega ortodontskega varstva v Evropi. Poslanstvo projekta je bila pomoč ortodontom v Evropi pri izboljševanju kakovosti ortodontskega varstva. EURO-QUAL je potekal v treh fazah. V prvi fazi je bila dogovorjena in izdelana strokovna politika kot osnova za nadaljnje delo. Obsega dvajset stališč v treh svežnjih (Prah-Andersen, 1993).

Osem stališč v prvem svežnju je izdelanih na spoznanju, da je ortodont odgovoren za zagotavljanje obravnave glede na potrebe in želje pacienta. Pacientu je dolžan dati dovolj razumljivih informacij, da bi le-ta nesporno lahko ocenil vrednost ortodontske obravnave. Ortodontova moralna obveza in dolžnost je, izboljšati zmožnost pacienta, da se odloča na osnovi večjega ortodontovega znanja in izkušenj.

V drugem svežnju je šest stališč, v katerih je poudarjeno, da je ortodont odgovoren zagotoviti obravnavo, kadar je potrebna, tako da lahko pričakujemo pomembno izboljšanje stanja obrazno-čeljustnega področja, ne da bi pri tem prišlo do neželenih učinkov.

Tretji sveženj stališč opredeljuje pogoje za uspešno izvedbo sistema kakovosti. Da bi ortodonti lahko uspešno uporabili smernice kakovosti, so le-te obvezne tudi za organizacije in institucije, odgovorne za ortodontsko varstvo.

Ob zaključku druge faze projekta smo dobili priročnik za ravnanje v poklicni dejavnosti (Njio in sod., 1997; 1999; 2002).

V tretji fazi pa naj bi navodila za izvajanje evropske kakovosti v ortodontiji uvajali v posameznih državah (Njio in sod., 2002).

Prizadevanja za kakovost ortodontije v Sloveniji

Vrsta srečnih okoliščin je omogočila, da se je slovenska ortodontija zgodaj vključila k stremljenju po večji kakovosti ortodontskega varstva v Evropi.

Prva in odločilna dobrodošla okoliščina je bila osamosvojitve Slovenije, ko je nastala možnost za okrepitev strokovnih stikov z institucijami v Evropi, še posebej z vključitvijo v projekt EURO-QUAL. Za drugo srečno okoliščino imamo lahko intenzivno uvajanje novih tehnologij v ortodontijo, kar je prav v zadnjih dveh desetletjih pripomoglo, da so postale metode zdravljenja učinkovitejše in dostopnejše (Farčnik, 1996). Eno od teh, tehniko ravnega loka, je v Slovenijo iz švicarskega Siona uvedel Miroslav Milačič, dr. dent. med., kar imamo za tretjo srečno okoliščino. Od njegovega prvega tečaja v Ljubljani leta 1992 so se taka srečanja vrstila leto za letom. Miroslav Milačič je s svojimi obširno in odlično prikazanimi primeri zdravljenj navdušil številne, predvsem mlajše ortodonte, tako da so hitro začeli uporabljati nesnemne ortodontske aparate v vsakodnevni praksi. Leta 2007 je postal klinični profesor na Katedri za čeljustno in zobno ortopedijo Medicinske fakultete v Ljubljani in se je intenzivno vključil v vzgojo novih specialistov ortodontije. Medtem smo nadaljevali s sodelovanjem v projektu EURO-QUAL (Farčnik, 1995; Farčnik, 1996; Farčnik, 1997; Farčnik, 1998; Farčnik in sod., 2003; Farčnik, 2004). Vseskozi smo strokovno javnost in zainteresirane institucije obveščali o projektu.

Značilnosti ortodontske problematike in posebnosti ortodontije

Čeprav je večina problemov, povezanih s kakovostjo, skupnih za vse veje zobozdravstva, ima ortodontija nekatere posebnosti, zaradi katerih je bilo potrebno zanjo oblikovati posebno politiko kakovosti (Farčnik, 1995; 1996).





Slika 1: Ortodontija in njene posebnosti (Zavod Orthos, Slovensko ortodontsko društvo, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2006).

Ortodontija se razlikuje od drugih stomatoloških specialnosti zaradi drugačnih bioloških, psiholoških in socialnih potreb pacientov. To izhaja predvsem iz dejstva, da se ortodontija ukvarja predvsem z odkloni rasti in razvoja orofacialnega področja in ne z boleznimi v klasičnem pomenu (Njio, 1997).

Zaradi tega nastane med pacientom in ortodontom poseben odnos, ki ima tri značilnosti:

1. Elektivnost – možnost izbire

Izberemo lahko najbolj primeren čas za začetek ortodontskega zdravljenja. To pomeni, da v večini primerov ni potrebno takojšnje ukrepanje, ampak lahko obravnavo načrtujemo v takem obdobju, da je najbolj prikladno za pacienta. To značilnost ortodontije bi vsekakor morali upoštevati pri interpretaciji čakalnih dob.

2. Avtonomnost – samostojnost, neodvisnost pacienta

Neodvisen je lahko le dobro informiran pacient. To pomeni, da mora dobiti najprej splošne informacije o ortodontiji in ortodontskem zdravljenju ter nato podrobnejšo razlago v zvezi z njegovo nepravilnostjo (slika 1). Po procesu neprisiljenega komuniciranja, ko je pacient dobil odgovore na vsa vprašanja, lahko z ortodontom sklene dogovor, vendar je končna odločitev glede zdravljenja vedno pacientova. Ko je pacient po dogovoru

zaupal sebe in svoje težave ortodontu, je le-ta dolžan izvajati zdravljenje tako, da bo pacienta varno pripeljal do optimalnega zaključka. Pacient mora imeti občutek varnosti ves čas ortodontske obravnave.

3. Sodelovanje pacienta

Ortodontsko zdravljenje je lahko uspešno le takrat, kadar pacient ravna v skladu z nasveti in navodili ortodonta. Pred pričetkom zdravljenja ga zato seznanimo z obveznostmi, ki so: vzdrževanje brezhibne ustne higijene, nošenje in vzdrževanje ortodontskega aparata ter redni obiski v ambulanti. Pacient mora dobro premisliti, ali bo dogovor lahko v celoti izpolnjeval: kadar se odloči za ortodontsko zdravljenje, ima to prednost pred drugimi obveznostmi in dejavnostmi. Jasno sklenjen dogovor preprečuje kasnejše izgovore in nesporazume ali celo prekinitve zdravljenja. Odnos mora biti zaupen in stabilen ves čas obravnave. Lahko rečemo, da poseben odnos med pacientom in ortodontom daje temeljne smernice, ki so pravzaprav tudi etična načela, po katerih naj bi ravnal ortodont, da bi zagotovil kakovostno in varno ortodontsko zdravljenje pacientu, ki se je za to odločil. Temeljna ugotovitev je, da pacientov moralni status izhaja iz njegove nepreklicne avtonomnosti. Ortodontova moralna obveza in naloga pa je, da izboljša zmožnost pacienta, da se odloča na osnovi ortodontove strokovne presoje. Uspešnost

POTREBA ZA ZDRAVLJENJE	TIP NEPRAVILNOSTI	SREDSTVA
I. absolutna potreba*	shize, težke prirojene ali pridobljene nepravilnosti	100 % javna sredstva
II. objektivno zaželena**	potreba definirana na podlagi indeksa	kombinacija javnih in zasebnih sredstev
III. subjektivno zaželena**	estetske nepravilnosti	100 % zasebna sredstva

* interdisciplinarna obravnava od rojstva dalje
 ** strokovno ugotovljena z objektivnimi kazalniki
 *** subjektivno izražena želja po oceni laika

Tabela 1: EURO-QUAL model financiranja glede na težo nepravilnosti in potrebo po ortodontskem zdravljenju.

Euro-Qual finančni model

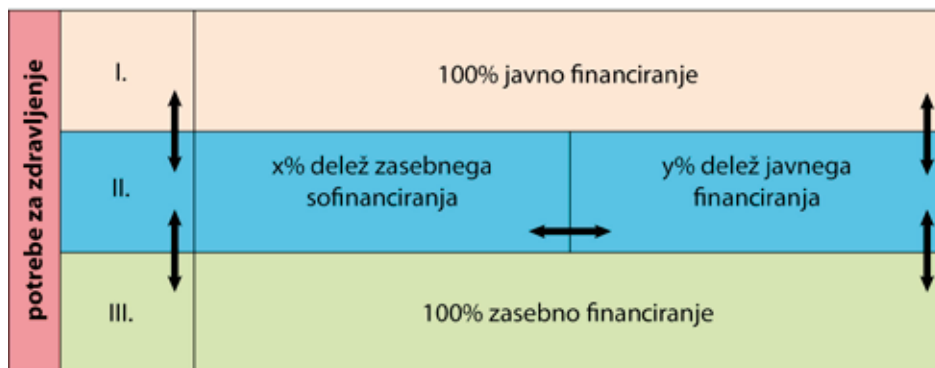


Tabela 2: EURO-QUAL finančni model financiranja ortodontskega zdravljenja.

Kot je razvidno iz tabele 2, so na drugem nivoju financiranja vključena tako zasebna kot javna sredstva, zato moramo za ugotavljanje potreb uporabiti objektivne kriterije, ki jih imenujemo indekse (Richmond in sod., 1995; Daniels in Richmond, 2000; Conns in sod., 1986; Ovsenik in sod., 2006, Ovsenik in Farčnik, 2007). EURO-QUAL-ov model omogoča na drugem nivoju uravnavanje financiranja glede na potrebe za ortodontsko zdravljenje in razpoložljiva sredstva (tabela 2). Pri tem modelu financiranja predstavljajo številke I, II in III tri ločene nivoje

in učinkovitost ortodontskega zdravljenja pa moramo preveriti z objektivnimi kazalci kakovosti.

Financiranje in kakovost ortodontskega zdravljenja

Vlade evropskih držav si prizadevajo zagotoviti enako dostopnost do zdravstvenega varstva za vse prebivalce. Da bi to dosegli, morajo pazljivo spremljati in nadzirati izdatke in uporabo sredstev za zdravstveno varstvo. Ortodontsko zdravljenje je praviloma dolgotrajno in razmeroma drago. Sredstva, ki so na razpolago, morajo biti razdeljena izvajalcem, hkrati mora biti zagotovljeno kakovostno ortodontsko varstvo.

EURO-QUAL-ov model financiranja ortodontskega zdravljenja

Projekttni tim EURO-QUAL-a, ki se ukvarja z viri financiranja, zastopa stališče, da bi moralo biti ortodontsko varstvo dostopno predvsem tistim, ki so potrebni ortodontske obravnave. Da bi to zagotovili, je obvezno treba uskladiti ugotovljene potrebe s sredstvi, ki so na voljo. Način, kako so razpoložljiva sredstva razdeljena, ne vpliva la na obseg zagotovljenega varstva, ampak tudi na kakovost. Posebno v državah, kjer je zdravstveno varstvo financirano pretežno iz javnih sredstev, morajo biti le-ta razumno razdeljena.

Posledica kontrole nad izdatki se skoraj vedo izraža kot omejevanje višine pokritja in tipa zagotovljene obravnave. Tako se je pri nas v preteklosti razmišljalo celo o tem, da bi bilo iz javnih sredstev financirano le zdravljenje s snemnimi ortodontskimi aparati. Na srečo se ta »ideja« ni uresničila.

Z vidika razpoložljivih sredstev je primarni cilj uravnoteženje potreb in dostopnosti do ortodontskega varstva. Stališče EURO-QUAL-a je, da je najbolj ustrezen način financiranja kombinacija sredstev iz državnega proračuna (obveznega zdravstvenega zavarovanja) in svobodnega trga (osebna sredstva ali zasebna zavarovalnica). Tabela 1 prikazuje tri nivoje potreb za ortodontsko zdravljenje v kombinaciji z možnimi viri financiranja.

določenih potreb za ortodontsko zdravljenje. Ker so meje med nivoji odvisne od obsega razpoložljivih sredstev, razdeljenih med nivoji, jih odreja država v skladu z zdravstveno politiko in finančnimi možnostmi družbe (Njio in sod., 2001). Pri ugotavljanju »realnih potreb« igrajo vlogo tudi socialni normativi in estetski standardi. Končno morajo biti realne potrebe uravnotežene z razpoložljivimi sredstvi in strokovnimi kadri.

S takim načinom financiranja ortodontskega zdravljenja bi: zagotovili brezplačno zdravljenje najtežjih nepravilnosti po načelu solidarnosti, povečali odgovornost in interes za lastno zdravje, racionalizirali porabo sredstev za ortodontsko zdravljenje in skrajšali ali celo odpravili čakalne dobe (Ovsenik in Farčnik, 2006).

Financiranje ortodontskega zdravljenja v Sloveniji

V Sloveniji je politika desetletja dolgo lagala in zavajala ljudi. Vedno večje neskladje med deklarirano »pravico«, da je ortodontsko zdravljenje brezplačno, in med možnostjo, da se želje in zahteve pacientov uresničijo, je privedlo do nerazumljivo dolgih čakalnih dob in upravičenega negodovanja prebivalstva. Politika je to ob pomoči nekaterih medijev spretno prevabila na pleča ortodontov. Stroka je zaman opozarjala, da bi bilo potrebno nameniti za zadovoljitev vseh želja znatno več finančnih sredstev in kadrovsko okrepiti ortodontsko službo. Vendarle je sprememba družbenega sistema po osamosvojitvi omogočila, da se je pričelo razmišljati o spremembi financiranja ortodontskega zdravljenja. Zdravstvena politika pri tem ni sledila predlogu EURO-QUAL-a, ampak je ubrala svojo pot. Slovenska ortodontija že dolgo razpolaga z metodologijo, ki je plod domačega znanja in omogoča razvrstitev čeljustnih in zobnih nepravilnosti glede na njihov obseg v štiri kategorije težavnosti: lahke, srednje težke, težke in zelo težke (Ovsenik in sod., 2007).

Zdravstvena politika (ZZZS) je uporabila to metodologijo tako, da je lahke nepravilnosti izločila iz sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja. Z drugimi besedami, če želi pacient z

Slika 2: Pacientka T. L., starost 13 let (Malingier, 2009). Intraoralne fotografije prikazujejo nepravilnosti zob, nepravilnosti v zobnem loku in med zobnima lokoma. Oceno morfoloških znakov nepravilnosti z meritvami na študijskem modelu prikazuje obrazec 1. Obseg morfoloških znakov je 48 točk, obseg funkcionalnih znakov 66 točk, vrednost indeksa EF je 103 točke, kar pomeni, da ima pacientka nepravilnost IV. stopnje oz. zelo težko nepravilnost (obrazec 1).



Slika 2a: Fotografije obraza.



Slika 2b: Intraoralne fotografije.

lahko nepravilnostjo le-to odpraviti, si mora zdravljenje plačati sam. V prihodnosti bomo videli, koliko ta ukrep zadošča, da bi čakalne vrste povsem odpravili. Opažamo pa, da se v medijih problem čakalnih vrst pojavlja vse redkeje. K temu je najbrž pripomoglo močno povečano število ortodontov v zadnjih letih.

Triaža ortodontskih pacientov glede na financiranje ortodontskega zdravljenja

Z uvedbo novega načina financiranja ortodontskega zdravljenja je postala zelo pomembna natančna presoja med lahкими in srednje težkimi nepravilnostmi, kar narekuje triažo ortodontskih pacientov (Primožič in Ovsenik, 2007).

Na splošno pomeni triaža razvrščanje bolnikov glede na vrsto ali težo bolezni (nepravilnosti) v skupine glede na nujnost obravnave (Primožič, 2006). V našem primeru pomeni triaža razvrstitev na tiste, ki imajo glede na pravila ZZZS pravico do ortodontskega zdravljenja, in one, ki te pravice nimajo. Za izvajanje te naloge potrebujemo objektivni in natančen instrument. Za razvrstitev nepravilnosti glede na njihov obseg oziroma težo poznamo vrsto bolj ali manj objektivnih indeksov, med katerimi so najbolj poznani: Indeks estetskega videza zob (Conns in sod., 1986; Dental Aesthetic Index, DAI), Indeks potrebe po ortodontskem zdravljenju (Richmond in sod., 1995; Index of Orthodontic Treatment Need, IOTN), Kompleksni indeks potreb za ortodontsko zdravljenje (Daniels in Richmond, 2000; Index of Complexity and Need, ICON) in Eismann-Farčnikov indeks (Ovsenik in sod., 2007; Ovsenik in Primožič, 2007).

V Sloveniji uporabljamo Eismann-Farčnikov (EF) indeks. Ne le da povsem ustreza zahtevam, kot so objektivnost, zanesljivost, ponovljivost, enostavnost in prijaznost za pacienta (Ovsenik, 2005; Ovsenik in sod., 2007; Primožič in Ovsenik, 2006; Ovsenik in Primožič, 2007), indeks je mogoče uporabiti tudi v epidemioloških študijah (Ovsenik in sod., 2007; Ovsenik in Primožič, 2007). Indeks ima pred drugimi pomembne prednosti:

1. primeren je za uporabo v vseh razvojnih obdobjih zobovja,
2. poleg morfoloških znakov nepravilnosti je mogoče z njim ugotavljati in ovrednotiti tudi funkcionalne odklone orofacialnega področja,
3. je zanesljiv in veljaven kazalnik kakovosti, ker je z njim mogoče objektivno ugotoviti uspešnost in učinkovitost ortodontskega zdravljenja, zato ima dva dela: morfološki in funkcionalni (slika 2).

DOGOVOR O ORTODONTSKEM ZDRAVLJENJU
Priloga II k obrazcu ZZS "ORTODONTSKO ZDRAVLJENJE" (ORT/01)

priimek in ime: **J. L.**

evid. ort. št.: **007**

Predlagani načrt ortodontskega zdravljenja je bil soglasno sprejet na osnovi splošne informacije o ortodontiji in njenih posebnostih ter razgovora o pozitivnih učinkih in tveganjih povezanih z ortodontskim zdravljenjem.

EF INDEKS

MORFOLOŠKI ZNAKI	število točk	FUNKCIONALNI ZNAKI	število točk
1. tesno stanje sekalcev	1	1. nepravilno dihanje	18
2. vrzeli sekalcev	1	2. nepravilno požiranje	12
3. tesno stanje podočnikov, ličnikov in kočnikov		3. nepravilno zvečenje	20
4. vrzeli podočnikov, ličnikov in kočnikov		4. razvade	5
5. distopija podočnikov		5. motena izreka	1
6. rotacija sekalcev in podočnika	6		
7. nagib vzdolžne osi zoba	4		
8. incizalni previs			
		VREDNOST OKLUZIJSKEGA INDEKSA EF:	103
9. globoki griz s travmatizacijo sluznice			
10. odprti griz sekalcev in podočnikov	21		
11. odprti griz ličnikov in kočnikov			
12. sagitalna stopnica		stopnje težavnosti	
13. križni griz sekalcev in podočnikov	13	točke	stopnja
14. sagitalna okluzija podočnikov, ličnikov in kočnikov		<15	lahka
15. neskladje središčnic	1	16-45	srednja
16. transverzalna okluzija ličnikov in kočnikov		46-65	težka
17. impaktirani zobje		>66	zelo težka
18. manjkajoči stalni zobje			
SKUPAJ	45		

CILJ ZDRAVLJENJA

metode zdravljenja: Pred pričetkom aktivnega ortodontskega zdravljenja: vzpostavitev brezhibne ustne higiene

Miofunkcijske vaje

Aktivno ortodontsko zdravljenje – ortodonska kamuflaža skeletne nepravilnosti:

Nesnemni ortodontski aparat, tehnika ravnega loka sistem Roth .022

Usklajevanje medčeljustničnih odnosov z medčeljustnimi elastičnimi tegi

Redukcija meziodistalnih širin zob spodnjega interkaninega sektorja

retencija:

Žična retencijska loka

Zgornja retencijska plošča

predviden čas zdravljenja: 36 mesecev

okvirni stroški: 1280 točk

zdravnik:

Ovsenik

pacient (starši):

[Signature]

datum, 27.10.2011

Obrazec 1: Dogovor o ortodontskem zdravljenju.

Vrednost morfološkega dela indeksa dobimo z merjenjem disgnatih znakov na študijskem modelu. Izmerjene vrednosti (v mm ali stopinjah) pretvorimo s pomočjo posebne ocenitvene tabele v ekvivalentne točke. Seštevek točk vseh disgnatih znakov pove številčno vrednost morfološkega dela indeksa. Funkcionalni del indeksa dobimo iz anamneze (podatki o razvadah) ter z opazovanjem in ugotavljanjem funkcionalnih

odklonov orofacialnega področja (dihanje, požiranje, grizenje), ki so prav tako ovrednoteni z določenimi ekvivalentnimi točkami. Vsota morfološkega in funkcionalnega dela indeksa predstavlja numerični obseg nepravilnosti. Glede na število doseženih točk razvrstimo nepravilnosti v štiri stopnje težavnosti: lahke, srednje, težke in zelo težke (obrazec 1). Uporabo EF-indeksa lahko najbolj enostavno razložimo z opisom primera pacienta (slika 2).

Po pravilih ZZS ima pravico do ortodontskega zdravljenja pacient, katerega obseg nepravilnosti znaša najmanj 16 točk po EF-indeksu (Pravice in obveznosti v okviru ortodontskega zdravljenja, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2006).

Z vidika ekonomičnosti bi bilo najbolj smiselno, da prvo triažo pacientov opravi napotni zobozdravnik, ki je praviloma specialist otroškega in preventivnega zobozdravstva ali šolski zobozdravnik. To lahko opravi s pomočjo EFO-indeksa (Eisman-Farčnik-Ovsenik indeks), za katerega študijski model ni potreben (Ovsenik in sod., 2005; Ovsenik in sod., 2005; Ovsenik in Farčnik, 2006). Z indeksom EFO ugotavljamo in izmerimo morfološke znake nepravilnosti v pacientovih ustih (slika 3), funkcionalne odklone pa ugotavljamo na isti način kot pri EF-indeksu (Ovsenik in Farčnik, 2005). V primerih, ko zobozdravnik omahuje, v katero kategorijo bi uvrstil pacienta, je najbolje, če odločitev prepusti ortodontu. Sploh bi morali okrepiti sodelovanje tudi z vidika izvajanja

interceptivnih posegov, le-te bi po posvetu z ortodontom lahko uspešno opravljal napotni zobozdravnik. S sodelovanjem med ortodontom in zobozdravnikom bi lahko izboljšali kakovost in racionalizirali stroške ortodontske obravnave (Farčnik, 2003; Farčnik in sod., 2003; Ovsenik in Farčnik, 2006).



Slika 3: Intraoralno merjenje morfoloških znakov malokluzije po EFO-indeksu.

Prednosti za ortodontsko obravnavo

S tem, da ima pacient zaradi obsega nepravilnosti, ki presega 15 točk po EF-indeksu, pravico do ortodontskega zdravljenja po pravilih ZZZS, še ne pomeni, da moramo z zdravljenjem tudi takoj pričeti. Po pravilih EURO-QUAL-a so shize, težke prirojene ali pridobljene nepravilnosti absolutno potrebne zdravljenja in jih moramo obravnavati prednostno. Slovenska ortodontska stroka je izdelala še nekoliko natančnejši seznam nepravilnosti, ki zahtevajo prednostno obravnavo (Farčnik in sod., 2001).

Nepravilnosti, ki jih obravnavamo prednostno:

- shize,
- težke prirojene nepravilnosti orofacialnega področja,
- dedno disponirana progenija v mlečnem zobovju,
- enostranski funkcionalni križni griz.

Zadnji dve nepravilnosti obravnavamo prednostno, kar se da zgodaj, zato da preprečimo nastanek zelo težke nepravilnosti, katere zdravljenje je v stalnem zobovju izredno zahtevno, drago, velikokrat je potrebna tudi pomoč čeljustnega kirurga.

Za vse druge nepravilnosti velja, da moramo za pričetek zdravljenja izbrati najbolj primeren čas. Pri tem sta nam osnovni vodili diagnoza in načrt zdravljenja (Farčnik in sod., 2006). Upoštevati moramo ne le razvojna obdobja zobovja, ampak tudi obdobje rasti in razvoja osebe, ki naj bi postala naš pacient (Farčnik in sod., 2001; Baccetti in sod., 2002; Primožič, 2010). Aktivno ortodontsko zdravljenje naj bi bilo uspešno zaključeno v najkrajšem možnem času in s primerno retencijo zagotovljen dolgoročno stabilen rezultat. Zdravljenje, pričeto v neprimerem času, velikokrat po nepotrebnem traja predolgo. Včasih je bolje načrtovati zdravljenje v dveh krajših fazah, kot pa v eni pretirano dolgi, s katero naredimo slabo uslugo pacientu,

plačniku in tudi sebi. Vsekakor je odločitev, kdaj bo v posameznem primeru začel z zdravljenjem, v pristojnosti ortodonta (Ovsenik in Farčnik, 2006).

Vloga organizacij in institucij pri zagotavljanju kakovostnega ortodontskega varstva

Ves čas našega sodelovanja v projektu EURO-QUAL smo obveščali stroko in politiko o stanju in napredovanju projekta z dopisi, poročili, na strokovnih sestankih in z osebnimi stiki.

Že leta 1994 je tedanji minister za zdravje Božidar Voljč sprejel voditeljico projekta EURO-QUAL, profesorico Birte Prah Andersen, kar je veljalo kot priznanje Sloveniji v projektu (Farčnik, 1995; 1996; 2003). Na konferenci projektnega tima »Financial resources« 1996 (Farčnik, 1996) je na Bledu z zanimivim prispevkom o ustroju in financiranju zdravstvenega sistema v Sloveniji sodeloval pomočnik direktorja ZZZS Martin Toth, ki je tudi v največji meri zaslužen, da se je leta 2007 zgodila revolucionarna sprememba v financiranju ortodontskega zdravljenja s tem, ko obravnave lahkih ortodontskih nepravilnosti ZZZS ne financira več. Kolegij za ortodontijo pri Zdravniški zbornici Slovenije, ki so ga iz nerazumljivih razlogov žal ukinili, je dal vrsto koristnih pripomb pri dokončnem oblikovanju EF- in EFO-indeksa. K uvajanju kakovosti v ortodontiji je pomembno prispevala Katedra za čeljustno in zobno ortopedijo Medicinske fakultete v Ljubljani, ki je v dodiplomski študij dentalne medicine uvedla teoretično in praktično objektivno ocenjevanje obsega čeljustnih in zobnih nepravilnosti (Farčnik in sod., 2006; Ovsenik in Primožič, 2011). Tako bodo prihodnje generacije zobozdravnikov lahko napotile paciente k ortodontu ne le z okvirno diagnozo, ampak tudi z objektivno ugotovljenim obsegom nepravilnosti.

Na prvi pogled bi lahko rekli, da imamo še kar prijetno okolje za razvijanje kakovostnega ortodontskega varstva. Kako kakovostno je v resnici, ne ve nihče. V načelu kakovost ortodontskega zdravljenja ne bi smela biti odvisna od načina financiranja. Kontrolo kakovosti opravlja za vsakega pacienta le njegov ortodont, medtem ko države (ZZZS) kakovost ortodontskega zdravljenja, vsaj zaenkrat, ne zanima. Zanj je pomembna le količina, to je izpolnjen delovni normativ. Koristno bi bilo, če bi imel zavod strokovnjaka, ki bi se ukvarjal s kakovostjo v ortodontiji na državnem nivoju. V naših prizadevanjih za objektivno merjenje obsega nepravilnosti nas je podpiral tudi minister za zdravje Dorjan Marušič, takrat še v vlogi državnega sekretarja. Pričakoval je seveda skrajšanje čakalnih dob, kar se je tudi zgodilo. Glede na povedano lahko zaključimo, da imamo v glavnem vse pogoje za izboljšanje kakovosti ortodontskega varstva. Imamo tudi stabilnega plačnika ortodontskega varstva (ZZZS), ki namenja sredstva za ortodontsko zdravljenje tistim, ki so tega potrebni. Predvsem pa imamo pretežno vrhunsko izobražen ortodontski kader. Poleg Norveške smo edina država

na svetu, kjer opravljajo ortodontsko dejavnost v okviru javnega zdravstva le specialisti ortodonti.

Literatura:

- Baccetti T, Franchi L, McNamara JA Jr. An improved version of the cervical vertebral maturation (CVM) method for the assessment of mandibular growth. *Angle Orthod*. 2002; 72: 316–23. Conns CN, Jenny J, Kohout FJ. The dental aesthetic index. College Dentistry, University of Iowa, Iowa City, USA 1986.
- Daniels C, Richmond S. The development of the index of complexity, outcome and need (ICON). *J Orthod* 2002; 27 (2): 149–62.
- Farčnik F. EURO-QUAL. *Isis, Zdravniška zbornica Slovenije, Ljubljana*, 1995; 2; 38–39.
- Farčnik F. Evropski specialistični izpit iz ortodontije *Isis, Zdravniška zbornica Slovenije, Ljubljana* 1995; 10: 65–66.
- Farčnik F. Euro-Qual and Slovenian orthodontics. V: Autumn meeting in Slovenia and Austria: Ljubljana, Bled, Klagenfurt, October, 1–4, 1996. Ljubljana.
- Farčnik F. Perspektive slovenske ortodontije in program kakovostnega ortodontskega varstva v Evropi – EURO-QUAL. V: Zbornik: Strokovna doktrina Stomatološke klinike. Ljubljana: Društvo zobozdravstvenih delavcev Slovenije, 1997.
- Farčnik F, Ovsenik M, Drevenšek M. Prednosti za ortodontsko zdravljenje glede na razvojna obdobja denticije: doktrinarna stališča. V: 3. Rantov dan: IV. predavalnica Kliničnega centra, Ljubljana, 17. marec 2001. Ljubljana: Katedra za čeljustno in zobno ortopedijo, Slovensko ortodontsko društvo, 2001.
- Farčnik F, Ovsenik M, Drevenšek M, Zupančič S. Čakalna doba v ortodontiji – problematika in možnosti razreševanja. V: Zbornik: Strokovna doktrina stomatološke klinike. Rogaška Slatina: Društvo zobozdravstvenih delavcev Slovenije, 2003.
- Farčnik F. Čakalne dobe v ortodontiji – vzroki in možnosti za odpravo. *Isis, Zdravniška zbornica Slovenije, Ljubljana*, 2003; 7: 36–37.
- Farčnik F. Slovenski ortodonti – smo na pravi poti? V: Farčnik F, Drevenšek M (ur.). Slovensko ortodontsko društvo – 10 let. Slovensko ortodontsko društvo: 10 let: zbornik prispevkov. Ljubljana: Slovensko ortodontsko društvo, 2004: 30–31.
- Farčnik F, Ovsenik M, Drevenšek M, Zupančič S, Volk J. Klinična diagnostika v čeljustni in zobni ortopediji. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za čeljustno in zobno ortopedijo, 2005.
- Farčnik F. Osnovna informacija o ortodontskem zdravljenju. *Zavod Orthos, Slovensko ortodontsko društvo, Zavod za zdravstveno zavarovanje, Ljubljana* 2006.
- Malinger M. Diagnostika in zdravljenje zobnih in čeljustnih nepravilnosti (Spec. delo). Ljubljana, 2010.
- Njio BJ, Stenvik A, Ireland RS, Pahl-Andersen B. V: Njio BJ, Stenvik A, Ireland RS, Pahl - Andersen B. (Eds.). *European Orthodontic Society Manual*. IOS Press, Amsterdam, Netherlands, 1999.
- Njio BJ, Stenvik A, Ireland RS, Pahl-Andersen B. V: Njio BJ, Stenvik A, Ireland RS, Pahl - Andersen B. (Eds.). *European Orthodontic Society Manual*. IOS Press, Amsterdam, Netherlands, 2001.
- Njio BJ, Stenvik A, Ireland RS, Pahl-Andersen B. V: Njio BJ, Stenvik A, Ireland RS, Pahl - Andersen B. (Eds.). *European Orthodontic Society Manual*. IOS Press, Amsterdam, Netherlands, 2002.
- Ovsenik M. Zanesljivost intraoralnega vrednotenja zobnih in čeljustnih nepravilnosti in določitev okluzijskega indeksa pri štirinajstletnikih = Intraoral assessment of malocclusion in fourteen-year-old children. *Zobozdrav. vestn.*, 2005; 3/5: 287–93.
- Ovsenik M, Farčnik F, Korpar M. EF-indeks za obdobje mlečne denticije. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za čeljustno in zobno ortopedijo, 2005.
- Ovsenik M, Farčnik F, Volk J, Krišelj A. Ugotavljanje obsega in stopnje težavnosti zobnih in čeljustnih nepravilnosti s pomočjo EFO-indeksa. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za čeljustno in zobno ortopedijo, 2005.
- Ovsenik M, Farčnik F. EFO-indeks. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za čeljustno in zobno ortopedijo, 2005.
- Ovsenik M, Farčnik F. Ugotavljanje obsega in stopnje težavnosti zobnih in čeljustnih nepravilnosti s pomočjo indeksa EFO pri otrocih, napoteni na ortodontsko. *Zobozdrav Vestn* 2006; 4–5: 159–163.
- Ovsenik M, Farčnik F, Korpar M, Verdenik I. Follow-up study of functional and morphological malocclusion trait changes from 3 to 12 years of age. *Europ J Orthod* 2007; 5: 523–9.
- Ovsenik M, Farčnik F, Korpar M. Priročnik za uporabo EF-indeksa. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za čeljustno in zobno ortopedijo, 2007.
- Ovsenik M, Farčnik F, Verdenik I. Intra- and inter-examiner reliability of intraoral malocclusion assessment. *Eur J Orthod* 2007; 1: 88–94.
- Ovsenik M, Primožič J. Evaluation of 3 occlusal indexes: Eismann index, Eismann-Farčnik index, and index of orthodontic treatment need. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 2007; 4: 496–503.
- Ovsenik M. Assessment of malocclusion in the permanent dentition : reliability of the intraoral measurements. *Eur J Orthod* 2007; 29; 654–9.
- Pahl - Andersen B. V: Heege G (ed.). *Towards a Quality System for European Orthodontic Professionals. The EURO-QUAL/PECO, BIOMED 1 Programme*, Amsterdam, 1993–1996.
- Primožič J. Primerjava Eismannovega indeksa, Eismann-Farčnikovega indeksa in indeksa potrebe po ortodontski obravnavi, (Prešernova naloga). Ljubljana: 2003.
- Primožič J, Ovsenik M. Veljavnost, zanesljivost in zamudnost vrednotenja malokluzije z Eismann-Farčnikovim (EF) indeksom. *Med Razgl* 2006; 357-62.
- Primožič J. Uporabnost okluzijskih indeksov pri triazi pacientov v zobozdravstveni ordinaciji. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, 2006.
- Primožič J, Ovsenik M. Primerjava učinkovitosti ugotavljanja težavnostne stopnje malokluzije z indeksom EFO in indeksom IOTN. *Zobozdrav Vestn* 2007; 4/5: 142-6.
- Primožič J. Triaža pacientov in načrtovanje čeljustnoortopedskih posegov glede na razvojno obdobje. V: Primožič J. (ur.): *Interceptivna obravnava ortodontskih pacientov*, Medicinska fakulteta, Ljubljana 2011.
- Richmond S, O' Brien KD, Buchanan I, Burden D. Uvod v okluzijske indekse. Ljubljana: Slovensko ortodontsko društvo, 1995. M. Ovsenik prevod in priredba.
- Uradni list RS Slovenije: Pravice in obveznosti v okviru ortodontskega zdravljenja, *Zavod za zdravstveno zavarovanje ZZS, UL št. 86/11. 8. 2006, str. 9309.*

Dodajalne tehnologije – tehnologije prihodnosti tudi v stomatologiji in medicini

Tjaša Zupančič Hartner, Gorazd Sajko, Zoran Vuličević, Ivan Anžel, Igor Drstvenšek

Hiter razvoj, novi materiali, nove tehnologije, nova spoznanja. In kam kažejo razvojne smernice na tehnološkem področju izdelave protetičnih konstrukcij?

Nove tehnologije, ki temeljijo na principu dodajanja materiala v proces, t.i. dodajalne tehnologije – Additive Manufacturing (AM), omogočajo izdelavo izdelka v eni stopnji, ob popolnem nadzoru kakovosti materiala/končnega izdelka. Trdimo lahko, da te tehnologije predstavljajo novo paradigmo v proizvodnih sistemih in odpirajo nove možnosti tudi na področju stomatologije in medicine.

Dodajalne tehnologije se danes na trgu manifestirajo v obliki tako imenovanih trirazsežnih tiskalnikov oz. 3D-printerjev. Z njimi je mogoče »natisniti« trirazsežen izdelek/3D-model (slika 1b), ki je predhodno zmodeliran v računalniškem okolju (CAD) (slika 1a), podobno kot uporabnik programa za oblikovanje besedil natisne svoj spis.

Bistvena razlika med novimi dodajalnimi tehnologijami in konvencionalnimi metodami (litje in rezkanje) je v tehnološkem postopku, ki se začne z idejo, izdelavo načrta, načrtovanjem izdelave in konča z izdelavo prototipa oz. končnega izdelka. Tehnološki postopki konvencionalnih metod temeljijo na odrezovanju in preoblikovanju materiala, pri čemer je čas od ideje do izdelka bistveno daljši, predvsem na račun pripravno-zaključnih časov, ki obsegajo načrtovanje tehnološkega postopka in poobdelavo izdelka. Poraba materiala je pri konvencionalnih postopkih bistveno večja zaradi tehnoloških ostankov (odpada), višji so stroški porabe energije, obdelovalnih sredstev in več je možnosti napak v procesu dela. Te so še posebej prisotne pri postopkih litja kovin, ki so že po naravi težko obvladljivi

in zahtevajo predvsem uporabniško spretnost, pridobljeno z izkušnjami, ki so odvisne tako od sprememb materiala kot opreme. Poleg tega je litje nekaterih, zelo reaktivnih materialov (Ti, Mg) in nekaterih visoko legiranih zlitin tako zahtevno, da zanje v zobotehnični praksi prevladuje mnenje, da niso ali pa so izredno slabo livne.

Edinstvena lastnost dodajalnih tehnologij je v njihovi *neodvisnosti od geometrijske oblike*, saj je z njimi mogoče izdelati kakršenkoli izdelek (celo sestavljen izdelek ali delujoč mehанизem), in to v enem samem postopku. To omogoča neomejene možnosti oblikovanja in vizualizacije novih idej, s tem pa hitrejši prodor individualiziranih, po meri narejenih izdelkov. Pri tem je popolnoma vseeno, za kakšen izdelek gre oz. kakšen je njegov namen, funkcija. Izdelamo lahko študijski model za načrtovanje operacije, sanjski prototip avtomobila, prstan, skodelico ali luč za domačo dnevno sobo.

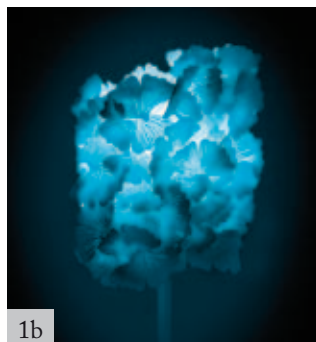
Pomembno pa je, da vemo, da to ni tehnologija, ki bi izdelovala le naše edinstvene prototipe za osebno, splošno rabo ali industrijske prototipe. Ta tehnologija zaradi svojega kontroliranega procesa omogoča mnogo več. Z njo lahko izdelamo individualni vsadek (implantat) oz. nadomestimo trdo človeško tkivo (kost), ki so ga odstranili ali manjka zaradi bolezni, poškodbe ali anomalije v fazi razvoja organizma. Z izdelavo individualnega človeškega vsadka lahko bistveno skrajšamo operativni in pooperativni čas ter tako omogočimo pacientom, da je njihovih pooperativnih težav čim manj in se lahko po operaciji čim hitreje vrnejo v način življenja pred težavami oz. operacijo. S to tehnologijo smo v preteklih letih opravili pionirsko pot v evropskem in tudi svetovnem merilu (slika 2). Poleg individualnih vsadkov smo izdelali tudi medicinske šablone za pomoč kirurgom pri operacijah in komunikacijske modele, s katerimi lahko kirurgi natančno načrtujejo potek operacije oz. med operacijo s pomočjo medicinskih šablon natančno določijo lego/položaj vsadka. Posledično je čas operacij krajši, možnost zapletov med operacijo in po operaciji pa bistveno manjša.

Od načrtovanja do izdelave zobno-protetične konstrukcije s tehnologijo SLM (Selective Laser Melting)

Poznavanje vseh prej naštetih posebnosti, predvsem pa tehnoloških prednosti dodajalnih tehnologij lahko v začetku zagotovi le interdisciplinarna skupina strokovnjakov. Zato je zelo pomembno dobro sodelovanje vseh timskih sodelavcev. Prehod

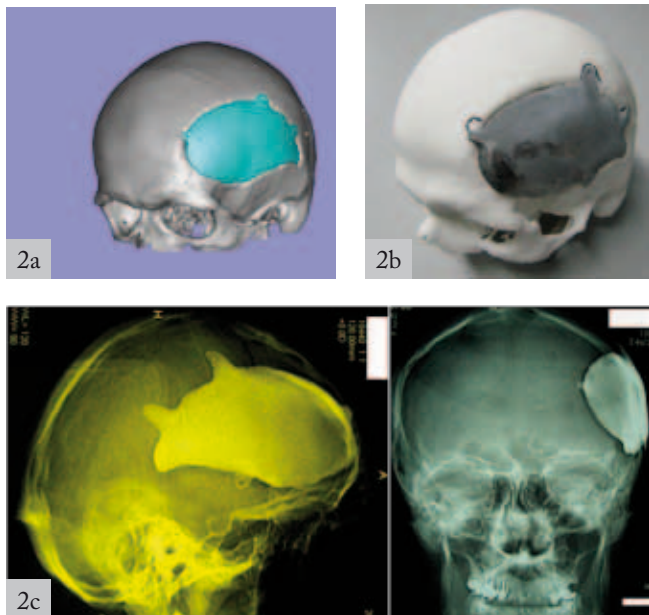


1a



1b

Slika 1: Razvoj izdelka od 3D-modela do končnega izdelka.
1a: 3D-model. 1b: Natisnjen 3D-izdelek.



Slika 2: Od načrtovanja vsadka do kontrole prileganja vsadka pri pacientu.

2a: CAD-model. 2b: Izdelava vsadka s SLM-tehnologijo. 2c: Kontrola prileganja vsadka.



Slika 3: CAD-model zobne konstrukcije (CAD-model so izdelali v Zobotehničnem laboratoriju Križnar).



Slika 4: Zobna konstrukcija, izdelana s tehnologijo SLM.



Slika 5: Prikaz klasične težave pri postopku litja protetičnih konstrukcij.

na SLM-tehnologijo zahteva od vseh sodelujočih v procesu načrtovanja in izdelave protetičnih konstrukcij spremembe v razmišljanju in načinu dela.

Nova tehnologija pomeni velik preskok iz tradicionalnega dela (klasično načrtovanje, modeliranje v vosku ter litje) v nov sodobni pristop, od načrtovanja do izdelave protetične konstrukcije. Na tej poti je nekaj ovir povezanih z učenjem in prilagajanjem novi tehnologiji, ki zahteva usvajanje skeniranja modelov ter trirazsežnega, računalniško podprtega modeliranja (CAD) (slika 3) na strani zobotehnikov ter intraoralnega skeniranja na strani stomatologov.

V sklopu raziskav in razvoja uporabe dodajalnih tehnologij v stomatološki praksi smo s tehnologijo selektivnega laserskega taljenja (SLM) izdelali nekaj statusno različnih fiksnih zobnih nadomestkov (slika 4), ki so po končni obdelavi (nanosu porcelana) izpolnjevali vse zahtevane lastnosti fiksnega protetičnega nadomestka (mehanske lastnosti, kemijske lastnosti, biokompatibilnost materiala, barva itd).

Kot kažejo naši rezultati in glede na svetovne smernice (1, 2) ter hiter razvoj intraoralnih skenerjev, lahko zagotovimo, da bo selektivno lasersko taljenje v naslednjih 5 do 10 letih postalo standardna tehnologija tudi v stomatološki praksi, za izdelavo fiksnih in snemnih zobnih nadomestkov.

Bistvene prednosti dodajalnih tehnologij pred klasičnimi pri izdelavi protetičnih konstrukcij:

- natančnost izdelka,
- hitra izdelava individualnih, pacientu prilagojenih konstrukcij,
- majhna poraba materiala,
- fiksni in snemni protetični nadomestki so lahko tudi iz titanove zlitine, kar pomeni odlično kompatibilnost med materiali,
- zagotovljena je 100-odstotna sledljivost materiala,
- biokompatibilnost materiala,
- hrapavost površine (določimo jo v tehnološki fazi načrtovanja),
- ni napak, do katerih pride v tehnološki fazi litja in so najpogostejši vzrok težav nekakovostno izdelanih zobnih nadomestkov in slabe volje zobnih tehnikov in stomatologov (slika 5).

Danes v proizvodnji protetičnih konstrukcij še vedno prevladujejo postopki litja kovin in rezkanja keramičnih konstrukcij. Se pa zaradi svojih prednosti komercialno vse bolj uveljavljajo dodatne tehnologije, predvsem selektivno lasersko taljenje SLM. Ta postopek ponuja že nekaj večjih laboratorijev v tujini, ki nudijo storitve tudi zunanjim naročnikom, preko svetovnega spleta. Žal so zaradi oddaljenosti njihove storitve relativno drage, tehnologija pa predraga, da bi si jo naši zobotehniki sami privoščili. Če k temu dodamo še relativno visoko stopnjo udobja in običajnega odpora do novotarij, dobimo zobotehnično storitev, ki še vedno temelji na tehnologijah, poznanih že pred 4500 leti (litje), ki zaradi enostavnosti temelji na zlitinah z visoko vsebnostjo elementov z dobro livnostjo, med katerimi prednjači nikelj, kljub svojim dobro znanim

alergenim lastnostim, zaradi katerih ga je svetovna trgovinska zbornica prepovedala v izdelkih za osebno rabo (nakit).

Literatura:

1. Averyanova, Maria (2011) Manufacture of Co-Cr dental crowns and bridges by selective laser Melting technology: *Virtual and Physical Prototyping* 6(3).

2. Azari, Abbas (2009) The evolution of rapid prototyping in dentistry: a review. *Rapid Prototyping Journal* 15(3).
 3. Internetna stran mreže za hitro izdelavo prototipov RAPIMAN [svetovni splet] dostopno na <http://www.rapiman.net/index.php>.
 4. Drstvenšek Igor (2004) Slojevite tehnologije/Layered Technologies. Slovenija, Maribor: Fakulteta za strojništvo, 2004.

Simpozij o estetiki v zobozdravstvu

Vito Vrbič

Dunaj ima ob Donavi sodoben kongresni center ameriškega tipa, obdan z mnogimi hoteli. V njem je 11. in 12. novembra 2011 potekal simpozij o estetiki v zobozdravstvu, ki ga je tretje leto zapored organiziral proizvajalec dentalnega materiala Ivoclar Vivadent iz Liechtensteina za zobozdravnike srednje in vzhodne Evrope.

Na odprtju so med drugim omenili tudi dve številki: da nas je zbranih 1.200 obiskovalcev in da je med njimi 10 odstotkov vseh slovenskih zobozdravnikov.

Med predavatelje so povabili univerzitetne profesorje iz Avstrije, Nemčije, Švice, Italije, Belgije, Brazilije in Španije. Predavanja so bila dobra in praktična, niso pa bila vrhunska. Pri predavanjih večinoma niso obravnavali osnovnih načel in tehnik, temveč so prikazali rešitve njihovih sprotnih primerov, torej po načelu »iz prakse za prakso«. Le redki so izhajali iz večletnega opazovanja, navadno brez statistične obdelave, večkrat pa so navajali ustrezno literaturo. Prvi dan smo sledili 30-minutnim predstavitev, drugi dan pa bolj kompleksnim 60-minutnim, kar me spominja na čim bolj pogoste primere na naših simpozijih, ko nekateri, predvsem tuji predavatelji izsiljujejo enourna ali pa še daljša predavanja.

Obravnavana tematika se je nanašala predvsem na:

- estetsko oblikovanje manjših defektov zob s kompoziti,
- rekonstrukcijo večjih defektov kron in zobnih anomalij s kompoziti ali s keramiko,
- obravnavo vsadkov.



Predavatelji so posvečali posebno pozornost estetiki interkari-nega sektorja:

- obliki, velikosti in prosojnosti sekalcev, njihovi kontaktni ploskvi oz. njeni vertikalni dimenziji (višini),
- videzu teh zob pri rahlo razprtih ustnicah ter pri manjšem ali večjem nasmehu,
- individualnosti, s tem da se zadrži pacientova prejšnja situacija (90 odstotkov naj bi jih zahtevalo, da se ne spremeni njihov prejšnji videz),
- načinu zmanjšanja (deloma ali v celoti) obstoječih diastem,
- barvni doslednosti in primerni uporabi dentinskega in skelinskega materiala,
- makro (grebeni, izbokline in vdolbine) in mikro (perikimacije) videzu oz. modeliranju labialnih površin.

Pri praktičnih navodilih restavracije celotnih kron s kompoziti so pokazali praktične prijeme pri namestitvi matric v horizontalni in vertikalni smeri ali pa kar uporabo terapevtskega prsta pri oblikovanju lingvalne stene bodoče zobne krone.

Nadalje so obravnavali CAD-CAM-tehnologijo pri restavraciji zob in nove estetske zmožnosti pri izdelavi restavracij iz polne keramike.

V predavanjih o vsadkih niso obravnavali osnovnih načel in tehnik, temveč so reševali sprotne primere in pri tem opozarjali na tanjšo kostno maso na labialni in bukalni strani alveole, pri načrtovanju so upoštevali, kje bo kasnejši gingivalni položaj vsadka oz. dokončna višina krone, omenjali so stimulacijo papile v medzobnem prostoru. Kazali (in priporočali) so takojšnjo vstavev vsadka po ekstrakciji zoba.

Na splošno je bil zaznan poudarek na takojšnji in čimprejšnji rešitvi prikazanih primerov.

Izjava o konfliktu interesov

Podpisani prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med., avtor članka »Simpozij o estetiki v zobozdravstvu«, napisanega za objavo v reviji Isis, izjavljam, da članek ni naročen s strani farmacevtske industrije.

Oba dneva so potekale tudi vzporedne delavnice.

Kongres evropskega združenja za ledvične bolezni in prestižna nagrada slovenskim nefrologom

Breda Pečovnik Balon

Junija lani je v Münchnu, Nemčija, potekal nefrološki kongres pod okriljem Evropskega združenja za ledvične bolezni, dializo in transplantacijo (ERA-EDTA). Vsakoletno srečanje nefrologov in specialistov drugih strok je bilo lani združeno z rednim kongresom nemškega nefrološkega društva. Na kongresu, katerega se je udeležilo več kot 8.400 zdravnikov z vsega sveta, so priznani strokovnjaki pripravili številna predavanja s področij bazične in klinične nefrologije, predstavljeni so bili rezultati nekaterih novejših raziskav, nekatera nova priporočila in smernice za vodenje in zdravljenje bolnikov z ledvičnimi boleznimi. Pomemben del kongresa so vsako leto predstavitve prispevkov udeležencev, ki jih le-ti predhodno pošljejo v oceno posebej za to izbrani kongresni skupini strokovnjakov. Lani je kongresna komisija pregledala več kot 2.300 prispevkov, izbrala primerne za predstavitev v obliki predavanja ali plakata in najboljše nagradila.

Na omenjenem kongresu so aktivno sodelovali tudi slovenski nefrologi, za svoj prispevek z naslovom *Simple cystatin C formula compared to sophisticated creatinine and cystatin C-based formulas (CKD-EPI) for estimation of glomerular filtration rate*, predstavljen v obliki predavanja, pa je doc. dr. Sebastjan Bevc, dr. med., specialist internist, zaposlen na Oddelku za nefrologijo Klinike za interno medicino UKC Maribor, prejel nagrado združenja ERA-EDTA. To je nagrada, ki jo združenje ERA-EDTA vsako leto podeljuje za znanstvene dosežke na področju nefrologije. Ima dve kategoriji: v prvi kongresna komisija nagrade podeli avtorjem prispevkov v konkurenci vseh izbranih prispevkov, v drugi kategoriji pa nagrade podeli v konkurenci mladih raziskovalcev, avtorjev, mlajših od 40 let.

Lanska nagrada je še posebej prestižna, saj je bil omenjeni prispevek izbran v skupino osmih najboljših prispevkov kongresa izmed vseh izbranih prispevkov, kakor tudi v kategoriji prispevkov mladih raziskovalcev.

Za dr. Bevca je bila to že četrta nagrada združenja v nizu zadnjih štirih let. Prvič je nagrado za mladega raziskovalca prejel na 44. kongresu ERA-EDTA v Barceloni, Španija, ko je s predavanjem predstavil raziskavo z naslovom *Serum cystatin C-based equations for prediction of glomerular filtration rate in patients with chronic kidney disease*. Meseca maja 2008 je v Stockholmu, Švedska, na 45. kongresu ERA-EDTA prejel nagrado mladega raziskovalca za prispevek z naslovom *Simple cystatin C formula compared to serum creatinine-based equations for estimation of glomerular filtration rate in patients with diabetes mellitus type 2 and chronic kidney disease*, predstavljen v obliki plakata. Tretjič je bil dr. Bevc nagrajen z nagrado za mladega raziskovalca lani v Milanu, Italija, kjer je potekal Svetovni nefrološki kongres, združen z rednim Evropskim nefrološkim kongresom pod okriljem ERA-EDTA in Mednarodne zveze nefrologov (ISN). Na omenjenem kongresu je bil

nagrajen za prispevek z naslovom *Simple cystatin C formula compared to serum creatinine-based equations for estimation of glomerular filtration rate in elderly patients with chronic kidney disease*, predstavljen v obliki plakata.

Prejeta priznanja predstavljajo rezultat večletnega dela na področju označevalcev ledvične funkcije. Skupni imenovalec nagradam predstavlja relativno nov označevalec ledvične funkcije, serumski cystatin C, in iz njega izhajajoče formule. Raziskovanja na tem področju so se na pobudo prof. dr. Radovana Hojsa, dr. med., koordinatorja nefroloških dejavnosti, v našem kliničnem centru začela že leta 2001, ko je k sodelovanju povabil predstojnika Oddelka za laboratorijsko diagnostiko mag. Maksimiljana Gorenjaka, dr. med., in predstojnika Oddelka za nuklearno medicino asist. Ludvika Puklavca, dr. med. Takrat je bila zastavljena metodologija raziskovalnega dela, ki je s timskim delom in sodelovanjem vseh mariborskih nefrologov v letih, ki so sledila, botrovala številnim predstavitvam na kongresih, vabljenim predavanjem, kakor tudi objavam v domačih in tujih revijah (do danes pet člankov objavljenih v literaturi, ki jo indeksira *Science Citation Index*). Raziskovanje serumskega cystatina C je bila tudi tema dvema doktorskima disertacijama, ki sta bili uspešno ubranjeni (leta 2007 dr. Tanja Hojs Fabjan »*Možganska kap – pomen kronične ledvične bolezni in serumskega cystatina C*«, leta 2008 dr. Sebastjan Bevc »*Pomen in vloga serumskega cystatina C in cistatinskih formul za oceno glomerulne filtracije pri bolnikih s kronično ledvično boleznijo*«).

Intenzivno raziskovanje na področju ocenjevanja ledvične funkcije teče in bo teklo tudi v bodoče, saj so mariborski nefrologi trenutno tudi nosilci republiškega raziskovalnega projekta *Ocena glomerulne filtracije – primerjava in pomen različnih označevalcev*.

P. S. V času priprave zgornjega prispevka nas je razveselila novica, da je doc. Bevc nagrado za mladega raziskovalca prejel tudi na letošnjem 48. kongresu ERA-EDTA v Pragi, Češka, ko je s predavanjem predstavil raziskavo z naslovom *Impact of gender on simple cystatin C eGFR in patients with chronic kidney disease* in tako štirim prestižnim nagradam dodal še peto.



Z leve proti desni sedijo prof. dr. Breda Pečovnik Balon, doc. dr. Robert Ekart, asist. mag. Benjamin Dvoršak, doc. dr. Sebastjan Bevc in prof. dr. Radovan Hojs.



NOTE – Evropska on-line šola neonatologije

Aneta Soltirovska Šalamon

V sklopu Evropskega združenja za neonatologijo, ki deluje v okviru Evropske akademije za pediatrijo, tečejo mednarodni projekti Leonardo da Vinci, ki spodbujajo vseživljenjsko učenje. Eden od projektov je *on-line* šola neonatologije »NOTE« (angl. Neonatal Online Training in Europe), ki je namenjena dodatnemu izobraževanju mladih specialistov pediatrije in specializantov, ki delajo na področju neonatologije. Izobraževanje, ki je bilo prvič izvedeno pred petimi leti, je tokrat potekalo drugič, in sicer od aprila 2010 do maja 2011. Šole neonatologije smo se tokrat udeležili mladi specialisti pediatrije iz Kliničnega oddelka za neonatologijo Pediatrične klinike UKC v Ljubljani in nekaj kolegov iz slovenskih porodnišnic.

Izvedba projekta je bila financirana s strani Evropske komisije z glavnim ciljem razviti evropski program podiplomskega izobraževanja zdravnikov, ki delajo na področju neonatologije. Program je odobril Evropski svet za pediatrijo, izdelali pa so ga priznani neonatologi pod vodstvom prof. Mike Halla iz univerze v Southamptonu v Veliki Britaniji. Vrhunsko strokovno znanje je bilo v programu podprto z zahtevno tehnološko infrastrukturo, s spletnimi viri in učinkovitimi računalniškimi vmesniki. Učni program je bil razdeljen na štiri tematske sklope – module (neonatalna nevrologija, epidemiologija, nutricionistika, respiracija), od katerih je vsak trajal približno deset tednov.

Študentje (na začetku nas je bilo sto petinšestdeset), smo bili večinoma iz Evrope in smo bili razdeljeni v dvanajst skupin. Vsaka skupina je imela dva mentorja (nekaj mentorjev je bilo tudi iz Slovenije), ki sta bila odgovorna za spodbujanje razprav, nadzor in sprotno ocenjevanje dela v skupinah. Najprej smo prejeli učno gradivo, uporaba spleta pa je omogočala interaktivno komunikacijo, sodelovanje v razpravah in izmenjavo mnenj v zvezi s kliničnimi primeri. Učni načrt, spremljajoče gradivo in razprava so bili v angleškem jeziku.

V prvem tematskem sklopu, ki sta ga sestavila Gorm Greisen, priznani danski neonatolog, profesor pediatrije na Univerzi v Københavnu, in Ludwig Scheckenbach, smo se osredotočili na neonatalno nevrologijo. Obravnavali smo patofiziološke mehanizme, klinično sliko, diagnostične in terapevtske ukrepe ter posledice pri hipoksično-ishemični poškodbi možganov in možganski okvari pri prezgodaj rojenih novorojenčkih. Posebej smo se posvetili tudi ustreznemu svetovanju staršem.

Drugi tematski sklop je razvila prof. Esther Rieger Fackeldey iz Univerzitetne klinike v Münstru in je bil razdeljen na tri dele: antenatalni ukrepi ob grozečem prezgodnjem porodu, obravnava nedonošenčka v porodni sobi, podporno zdravljenje ter napoved razvoja nedonošenčkov.

Tretji tematski sklop je bil posvečen prehrani novorojenčka. Razvili sta ga Chris Jarvis, neonatalna nutricionistka, in Helen Budge, profesorica neonatologije, obe iz Univerzitetne bolnišnice v Nottinghamu. Teme so zajemale področje parenteralne prehrane pri nedonošenčkih z ekstremno nizko porodno težo ter novosti v enteralni prehrani in vlogi materinega mleka v prehrani novorojenčka. Obravnavali smo tudi prehranski status otroka ob odpustu iz bolnišnice in načela uvajanja mešane prehrane pri nedonošenčkih.

Cilj obsežnega četrtega tematskega sklopa, ki je trajal 12 tednov, je bil poudariti pomen razumevanja razvojne pljučne fiziologije pri zdravljenju novorojenčkov z respiratorno odpovedjo. Sestavila sta ga Andreas Schulze in Andreas W. Flemmer iz Perinatalnega centra v Münchnu. Razdeljen je bil na pet delov. Najprej smo predelali anatomijo in fiziologijo dihal in temeljne patofiziološke mehanizme pri izmenjavi dihalnih plinov; sledilo je poglavje o centralnem živčnem nadzoru spontanega dihanja in razvoju ter zorenju dihalnih poti, pomožnih dihalnih mišic ter stene prsnega koša. Kasneje smo se osredotočili na neinvazivno dihalno podporo s stalnim pozitivnim tlakom CPAP (angl. Continuous positive airway pressure), razpravljali o različnih vrstah umetnega predihavanja novorojenčkov. Posvetili smo se pomenu segrevanja in vlaženja medicinskih plinov, kar je predpogoj za katero koli mehansko dihalno podporo. Na koncu smo se seznanili še z dodatnimi ukrepi ob mehanski ventilacijski podpori, kot sta farmakoterapija in fizioterapija. Spoznali smo, da je med množico različnih načinov dihalnih podpor in aparatov številnih blagovnih znamk v različnih kliničnih scenarijih pomembno izbrati pacientom ustrezne terapevtske pristope. Različnost kliničnih praks med neonatalnimi enotami pa je pokazala potrebo po nadaljnjih kontroliranih kliničnih raziskavah na tem področju.

Poleg sprotnega dela med vsakim tematskim sklopom smo udeleženci po skupinah izdelali skupne pisne projekte na vnaprej določene teme. Na koncu vsakega modula smo opravili tudi pisni preizkus pridobljenega znanja. Na koncu celotnega šolanja je udeleženec izobraževanja prejel skupno oceno, ki je temeljila

na oceni sodelovanja v razpravah, kakovosti izdelanih skupnih projektov in preizkusa znanja. Kandidati, ki smo opravili vse štiri sklope (75 odstotkov udeležencev), smo pridobili certifikat.

Sodelovanje v *on-line* šoli neonatologije je bilo vsem udeležencem z našega Kliničnega oddelka za neonatologijo izredno dragoceno in koristno, saj trenutno pri nas še nimamo usmerjene

specializacije iz neonatologije. Tudi sicer lahko takšen način dodatnega izobraževanja s pomočjo elektronskega medmrežja priporočimo vsem. Natančno strukturiran program zahteva sicer veliko energije in samodiscipline, je pa izjemno racionalen s stališča časa in sredstev ter je hkrati izjemna priložnost za izmenjavo mnenj in izkušenj s svetovnimi strokovnjaki in kolegi v drugih delih sveta.

Podiplomsko izobraževanje iz paliativne oskrbe na zgornjem Gorenjskem: šola *auda sapere*

Mateja Lopuh, Marjeta Zupančič

»Tisti, ki mislijo, da se nečesa ne da storiti, naj ne stojijo na poti tistim, ki mislijo, da se to da.«

(Wallace)

Na zgornjem Gorenjskem smo letos v pomladnih mesecih organizirali 40-urno temeljno podiplomsko izobraževanje iz paliativne oskrbe za zdravstveno osebje in pridružene sodelavce osnovnega paliativnega tima. Pobuda je prišla iz vrst izbranih osebnih zdravnikov in patronažnih medicinskih sester, ki se pri svojem delu srečujejo z bolniki z neozdravljivo kronično boleznijo in bi želeli imeti več znanja za vodenje teh bolnikov na domu. Koordinacijo izobraževanja smo prevzeli v okviru Centra za interdisciplinarno vodenje bolečine in paliativno oskrbo, ki deluje v Splošni bolnišnici Jesenice pod vodstvom asist. mag. Mateje Lopuh. Skupaj z izbranimi osebnimi zdravniki in patronažnimi medicinskimi sestrami smo si zadali za cilj, da bi kar največ pacientov, ki si tega želijo in ki imajo na domu zagotovljeno podporo, ostalo doma. Težišče obravnave se tako prenese na pacientov dom, kar je tudi cilj zagotavljanja paliativne oskrbe. Eden prvih korakov na tej poti je seveda prenos znanja na vse, ki sodelujejo v taki obravnavi pacienta.

Za organizacijsko podporo pri izobraževanju smo zaprosili Razvojno agencijo zgornje Gorenjske (RAGOR), ki je zagotovila obveščanje udeležencev, zbiranje prijav in izdajo potrdil. Z njihovim posredovanjem nam je prijazno priskočila na pomoč Občina Jesenice z brezplačno uporabo prelepo obnovljene dvorane Kolpern na Jesenicah.

Program izobraževanja smo povzeli po Evropskem združenju za paliativno oskrbo in ga delno prirredili za naše razmere (1). Program pokriva vse ključne vsebine temeljne paliativne oskrbe.

Po izkušnjah večine držav, ki so začele s sistematičnim izobraževanjem iz paliativne oskrbe, je smiselno, da so vsebine temeljnega izobraževanja enake za vse udeležence. Vsi, ki se aktivno vključujemo v oskrbo teh pacientov, moramo govoriti isti jezik.

Za aktivno sodelovanje v programu smo kot predavatelje naprosili vse vodilne strokovnjake v Sloveniji, ki se ukvarjajo s paliativno oskrbo. Čisto vsi so udeležbo potrdili ob prvi prošnji za sodelovanje. Vsi so predavali in pripravili gradiva za udeležence brez honorarja.

Izobraževanje je bilo za udeležence brezplačno. Odziv na razpisano izobraževanje nas je presenetil. Nameravali smo začeti v manjši skupini, ker je v programu predvideno veliko interaktivnega dela, dela v skupinah, nastopanja. Prijavilo pa se je preko 100 ljudi in s težkim srcem smo morali napraviti izbor. Kot prednost smo upoštevali pokritost vseh zdravstvenih ustanov na Gorenjskem, obeh domov starejših občanov, lekarne, patronažne medicinske službe in tako izbrali skupino 45 »študentov«.

Program izobraževanja sta ovrednotili obe zbornici, tako zdravniška kot zbornica – zveza medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Kljub vsem začetnim oviram, kljub dejstvu, da smo se organizacije izobraževanja lotili brez evra v žepu, smo po dobrih 14 dneh priprav v dvorani Kolpern pozdravili izbrano skupino udeležencev. Predavanja so potekala ob sredah od 16. do 20. ure, vsako sredo od aprila do sredine junija. Udeleženci so se razdelili v skupine in za vsako srečanje je posamezna skupina dobila domačo nalogo, v okviru katere so ostalim udeležencem predstavili obravnavo pacienta. Kompleksnost obravnave se je seveda stopnjevala glede na opravljeno izobraževanje. Veliko udeležencev je v programu tudi aktivno sodelovalo in ostalim predstavilo praktične vidike svojega dela.

O etičnih načelih nam je predaval prof. dr. Matjaž Zwitter. Večno zanimive teme o umetnem hranjenju bolnikov, o t. i. dvojnem

učinku opioidnih zdravil, o invazivnih postopkih ob koncu življenja, o hidraciji pacientov so nam bile iztočnica za kasnejša razmišljanja, ki jih je dopolnil prof. dr. Jože Balažič z razlago zakona o pacientovih pravicah, o možnostih vnaprejšnjega odločanja pacientov in o pravnih vidikih tega dokumenta. Pravno videnje pacienta, ki mu predpišemo opioidna zdravila, v smislu vožnje in upravljanja s stroji je predstavil prim. prof. dr. Marjan Bilban.

Uvajanje paliativne oskrbe se ne nanaša samo na drugačen način zdravljenja, ampak gre za spremembo načina razmišljanja vseh vpletenih.

O kriterijih za vstop v paliativno oskrbo je govorila asist. Urška Lunder. Obvladovanje motečih simptomov, ki so posledica napredovanja osnovne bolezni ali pa zdravljenja samega, se v domačem okolju zdi včasih nemogoče. Pacienti na prvem mestu izpostavljajo bolečino, o kateri je v poglobljenem predavanju s številnimi primeri iz lastne prakse govorila prim. mag. Lahajnarjeva. Mag. Maja Šeruga je predavala o slabosti, bruhanju, zaprtju in kaheksiji, asist. mag. Mateja Lopuh pa je predstavila nujna stanja v paliativni oskrbi, dihalno stisko bolnika, trdovraten kašelj in povzela zdravljenje vseh simptomov v praktičnem prikazu delovanja balonskih in baterijskih podkožnih črpalk. Pri praktični delavnici nastavljanja podkožne kanile, predstaviti standarda za uvajanje podkožne kanile in lastnih izkušenj so sodelovale tudi diplomirane medicinske sestre Metka Frelih, Irena Pergarec Žansky in Ana Bassanese. Predstavili smo vsa zdravila, ki so dostopna v Sloveniji in ki jih lahko uporabljamo v podkožnih mešanica, in njihove dnevne odmerke.

Druga praktična delavnica, ki sta jo vodili diplomirana medicinska sestra Oti Mertelj in asist. mag. Mateja Lopuh, je bila namenjena oskrbi maligne rane; ukrepom za zmanjševanje izločka, neprijetnega vonja, morebitni krvavitvi iz rane in lokalnemu zdravljenju bolečine. Predstavljene so bile sodobne obloge in preprosti ukrepi, ki jih lahko izvajamo na bolnikovem domu.

Veliko ljudi še vedno enači paliativno oskrbo z umiranjem in menijo, da je to nekaj, kar se dogaja v bolnikovih zadnjih dneh. Danes vemo, da zgodnja paliativna oskrba ne zagotavlja samo bolj kakovostnega življenja, ampak tudi dejansko vpliva na podaljšanje preživetja (2). Posebej pa govorimo o vodenju pacienta v zadnjih dneh življenja. O tej temi je občuteno spregovorila prim. Jožica Červek, ki je svoje bogato strokovno znanje podkrepila s številnimi izkušnjami.

Pacientovo psihično doživljanje, njegovi občutki, strah in stiska lahko bistveno vplivajo na doživljanje in potek bolezni. O tem so nam govorili dr. Anja Simonič, Tanja Žagar in mag. Andrej Debeljak. Predstavili so tudi različne pristope, ki jih lahko uporabimo ob različnih stiskah pacientov.

V paliativni oskrbi govorimo o celostnem pristopu k pacientu, ki vključuje tudi njegove svojce. Praktično smo izvedli vodenje družinskega sestanka pod vodstvom mag. Klelije Štrancar in Tanje Žagar. Vsi nastopajoči smo se tako vživeli v svoje vloge, da kar nismo mogli prenehati. Mag. Štrancar se je posebej dotaknila še teme o žalovanju.

Organizirali smo tudi dve okrogli mizi. Prvo smo namenili sodelovanju med primarnim in sekundarnim nivojem zdravstvene oskrbe. Povabili smo internistko Tejo Arnež, dr. med., kirurga prim. mag. Mirana Remsa, Majo Rozman, dr. med., iz urgentne službe, Marjeto Zupančič, dr. med., kot osebno zdravnico, diplomirani medicinski sestri Judito Slak in Mojco Mezeg in govorili o situacijah, ko oskrba na domu ni več možna in je potrebno pacienta napotiti v bolnišnico. Analizirali smo tudi ukrepe, ki jih lahko izvedemo samo v bolnišničnem nivoju. Vsi udeleženi smo menili, da pacienta res napotimo, ko so možnosti za nego doma izčrpane, ko so simptomi tako neobvladljivi, da zahtevajo invazivne ukrepe. Bivanje v bolnišnici naj bo v soglasju s pacientovo voljo in čim krajše.

Druga okrogla miza pa je bila namenjena vodenju dementnih pacientov. Sodelovale so Daša Troha Jurekovič, dr. med., prim. Mojca Golja, diplomirane medicinske sestre Nuša Bajda, Darja Noč in Barbara Metlikovič. Razprava je bila res dinamična, saj pri dementnih pacientih nimamo možnosti njihovega aktivnega vključevanja, ko je stopnja zavesti že tako skaljena. Četorej pravočasno ne izpeljemo pogovorov o njihovih željah ob napredovanju bolezni, smo odvisni od volje svojcev. Govorili smo o terapevtskih možnostih za zaustavljanje napredovanja bolezni, o urejanju skrbništva, ko je bolezen že napredovala, o razlogih za napotitev v bolnišnico in o možnostih vodenja v domačem okolju. S praktičnimi primeri so svoja razmišljanja predstavile tudi patronažne medicinske sestre Barbara Metlikovič, Katja Kobal, Zala Zupan, Saša Kežzar in Maja Dolhar.

Eden od razlogov za napotitev pacienta v bolnišnico je tudi izčrpanost svojcev. Kakšne možnosti pomoči na domu imamo, kako lahko razbremenimo svojce, je predstavila socialna delavka Maja Valjavec.

V Sloveniji se lahko pohvalimo, da že imamo zakonske podlage za izvajanje paliativne oskrbe v obliki Državnega programa in akcijskega načrta. Plačevanje teh storitev pa s strani ZZS še ni urejeno. Tako smo hvaležni mag. Oliveri Masten Cuznar, da je proučila trenutne možnosti umeščanja paliativne oskrbe v obstoječi zdravstveni sistem in za nekatere že skoraj pozabljene načine obračunavanja storitev.

Vloga farmacevta v paliativnem timu je nepogrešljiva. Na Gorenjskem se lahko pohvalimo z dobro razvito lekarniško mrežo, ki zagotavlja preskrbo z zdravili skoraj do kraja bivanja bolnika. Interes farmacevtov za izobraževanje je bil velik, o njihovi vlogi pa je spregovorila mag. Silva Smolej.

Nazadnje, ampak ne na koncu, pa naj omenimo še izjemno dobro delavnico o komunikaciji, ki jo je vodila mag. Suzana Štular. Predstavila je preprosta orodja, s katerimi lahko ocenimo pacienta in prepoznamo njegovo trenutno naravnost: kot jeznega, razboritega, mirnega, na videz nezainteresiranega, analitika, ki si zapomni popolnoma vse, kar mu povemo. V vsaki situaciji mora biti naše odzivanje temu primerno. Komunikacija z bolnikom je področje, ki je trenutno zelo »vroče« in o katerem se veliko govori, ravno tako pomembno pa se nam je zdelo področje komunikacije znotraj tima, vodenje timskih sestankov, način predaje pacientov, razporejanje nalog itd.

Kakor se nam je na začetku zdelo, da bo izobraževanje naporno, da je preveč strnjeno, se je na koncu izkazalo, da smo skoraj vedno ostali po osmi uri in da se pravzaprav nobenemu ni nikoli mudilo domov. Vsi udeleženci so delo vzeli zelo resno, kar so pokazali tudi v svojih predstavitvah in narejenih »domaćih nalogah«. Skupina se je dobro povezala, kar smo takoj dokazali že z organizacijo odmorov. S kavo nam je priskočila na pomoč restavracija Ejga, vso hrano pa smo zagotovili udeleženci sami. Ob tako dobri kulinarčni podpori potem tudi študij ni bil tako težak.

Na tečaj smo vsi udeleženci prišli s svojimi izkušnjami, različnim predznanjem, pričakovanji in ogromno željo po nečem novem. Timsko delo različnih poklicev, ki vsakodnevno sodelujemo med seboj, se je izkazalo kot odlična podlaga za naše nadaljnje skupno delo, saj smo s sodelovanjem v skupinah začutili drug drugega. Prav vsi menimo, da smo dobili veliko več, kot smo pričakovali, s seboj smo odnesli veliko novih medicinskih znanj, predvsem pa smo bogatejši po človeški plati.

Ko smo junija končali z delom, še nismo mogli vedeti, na kako plodna tla so padla vsa naša prizadevanja. Sedaj, ko je že

preteklo nekaj časa, lahko s ponosom ugotavljamo, da smo na Gorenjskem postavili temelje paliativni mreži, s katero bi se lahko postavili v razvitih državah. Zgodil se je korenit premik v načinu razmišljanja, ko prvi ukrep ni več napotitev pacienta v bolnišnico, ampak zagotavljanje oskrbe na domu. Imamo dobro organizirano lekarniško mrežo, ki nam to omogoča. Število napotitev v bolnišnico se je zmanjšalo. Kar se nam je na začetku zdelo nemogoče, je danes realnost.

Vendar je to šele začetek. »Znanje ni cilj. Potovanje je. Ko enkrat sprejmeš znanje, se še zdaleč ne konča. To je načrt za življenje.« (Maharaji)

In tega se veselimo. Hvala vsem, ki ste sodelovali.

Literatura:

1. Elsner F s sod. Recommendations for the development of postgraduate curricula leading to certification in palliative medicine. November 2009.
2. <http://www.eapcnet.eu/Themes/Education>. Pridobljeno 29.10.
3. Temel SJ, Greer JA, Muzikansky A. Early palliative care for patients with metastatic non small cell lung carcinoma. N Engl J Med, 2010; 363: 733–42.

5. goriški travmatološki dnevi

Franci Koglot

Travmatološki oddelek Splošne bolnišnice dr. F. Derganca v Šempetru pri Gorici je skupaj z Društvom travmatologov Slovenije 23. in 24. septembra 2011 organiziral tradicionalno srečanje travmatologov kirurgov, ortopedov in fiziatrov, ki je potekalo v kongresnem centru Perla v Novi Gorici. Tokrat z naslovom Meja med konzervativnim in operativnim zdravljenjem poškodb zgornjih okončin. Takšno temo so narekovali pritiski industrije in trgovcev, ki nas vsak dan bolj bombardirajo z novimi vsadki, ploščicami, vijaki in protezami, ter želja, da potrdimo, da je še vedno veliko poškodb, ki jih je moč zdraviti z mavcem ali drugimi konzervativnimi metodami.

Na forumu so vse slovenske bolnišnice prikazale svoja stališča in rezultate zdravljenja prelomov zgornjega dela nadlahtnice, nakar so bila sprejeta tudi splošna priporočila:

- standardna RTG-preiskava poškodovane rame naj bi bila travma serija: AP-posnetek, Y-posnetek in, če bolečine ne preprečujejo, še aksilarni posnetek;
- pri večfragmetnih dislociranih ali luksacijskih zlomih je potrebno zgodaj pomisliti tudi na možnosti vstavljanja ramenske proteze – ti posegi pa naj se opravljajo v ustanovah, kjer imajo možnosti vstavitve različnih protez;
- uporaba inverzne proteze pri poškodovancih, starejših od 75 let;
- imobilizacije v mavčevem Dessaultu uporabljamo le izjemoma;
- imobilizacij v »visečih« mavecih ne priporočamo;
- pri večini poškodovancev zadošča ortoza za ramo;
- imobilizacija naj ne traja več kot tri tedne.

Vroča razprava se je razvila pri indikacijah za operativno zdravljenje v področju zapestja, tako da je bil sprejet predlog, da bi tej temi posvetili enega



Delavnica mavčenja.



od prihodnjih srečanj. Med prostimi temami bi vsekakor izpostavil predavanje dr. Lehnerta iz Berlina, ki ima odlične rezultate pri zdravljenju nezaraščenih in zapoznelo zaraščenih zlomov z uporabo nizkofrekvenčnih pulzirajočih ultrazvočnih valov.

Na dvodnevni delavnici so specializanti preizkusili različne mavce in ortoze. Posebej zanimiva pa je bila delavnica

»funkcionalnega tapinga«, kjer s posebnimi trakovi izboljšamo ali olajšamo delovanje poškodovanih mišic. Sobota dopoldan je bila namenjena posvetovanju sodnih izvedencev medicinske stroke z delovnim naslovom Dolžnosti in pravice izvedencev s predavatelji z ministrstva za pravosodje.

O zaključku v Goriških brdih pa povprašajte kolege.

Onkološki forum v Izmirju

Tijana T. Šumer

V jutru, ko je Slovenijo prvič po podaljšanem poletju pobelil sneg, nas je nekaj udeležencev iz Slovenije odpotovalo v Turčijo. Tisti, ki nam je onkologija pri srcu in del našega vsakdana, smo se udeležili Onkološkega foruma v Izmirju. Prihod v obmorsko mesto s prijetno pomladno-poletno klimo je odtehtal nejevoljo zaradi zamud letala. In za vsaj en vikend smo spet lahko odložili bunde in uživali v kratkem, vendar kakovostnem in jedrnatem sklopu predavanj.

Forum je bil organiziran v hotelu, kjer smo bili nameščeni, kar zame vedno pomeni velik prihranek časa. Udeležilo se ga je 220 udeležencev iz osemnajstih, predvsem evropskih držav. Med glavnimi in najbolj zanimivimi moderatorji se je izkazal prof. dr. Eduard Vrdoljak iz Splita.

Prvi dan je bil posvečen raku ledvic. 33 odstotkov bolnikov ima ob odkritju bolezn že razsejano bolezen, zato je odkritje in rutinska uporaba tarčnih zdravil (predvsem sunitiniba) pomembno podaljšala čas do napredovanja bolezn kot tudi celokupno preživetje. Žal je zvečanje 5-letnega preživetja pri stadiju IV bolezn še vedno nedosežen cilj; delež teh bolnikov, ki preživijo 5 let, pa nekoliko manjši kot 5-letno celokupno preživetje pri raku pljuč. Kljub dejavnikom tveganja (kajenje, debelost) je zanimivo incidenca bolezn (med evropskimi in sosednjimi državami) najvišja na Češkem (Slovenija je po incidenci nekje na sredini). Seveda se tukaj odpira pomembno vprašanje natančnosti vodenja registrov raka. Rusija, ki je bila prav tako vključena med zajete države, ima neprimerno večje število kadilcev na 100.000 prebivalcev, pa vendarle relativno nizko število registriranih primerov.

Posebej so poudarili multidisciplinarni pristop k bolniku z rakom ledvic. V mnogih državah tak pristop še ni zaživel, tako da sem v tem pogledu lahko ponosna na tedensko multidisciplinarno obravnavo bolnikov z rakom pljuč v naši ustanovi. Program preventivnih ukrepov je seveda podoben kot pri pljučnem raku in ga bo zelo težko realizirati. Opravljenih je bilo več študij, katerih cilj je bil opredeliti dejavnike tveganja za napredovanje bolezn. Kot najbolj uporabni so se izkazali Motzerjevi kriteriji. Le-ti zajemajo naslednje kriterije:

1. ocena telesne zmogljivosti po Karnofskem (< 80 odstotkov),
2. zvečana vrednost LDH (1,5-krat nad normalno vrednostjo),
3. anemija,
4. hiperkalcemija,
5. bolniki, ki niso imeli opravljene nefrektomije.

Motzer je bolnike glede na te dejavnike razdelil v tri skupine: bolniki brez dejavnikov tveganja (katerih povprečno preživetje pri razsejani bolezn je 20 mesecev), bolniki s srednjim tveganjem in 1 do 2 rizičnima dejavnikoma (povprečno preživetje 10 mesecev) ter v prognostično slabo skupino s 3 ali več dejavniki (povprečno preživetje teh bolnikov je 4 mesece).

Prof. Lara iz Univerzitetnega centra v Sacramentu (Kalifornija) je lepo predstavil, kako se pri posameznem bolniku odločiti za individualen pristop k zdravljenju. Pri metastatski bolezn in dobri telesni zmogljivosti bolnika je zdravilo izbora sunitinib. Mnoge države udeleženke imajo še vedno težave pri dostopu do tega, tako potentnega zdravila. Kot možna alternativa v smernicah se pojavlja kombinacija bevacizumaba in interferona alfa. Novejše zdravilo (ki je v fazi III pri pljučnem raku) je pazopanib. Za bolnike v slabši kondiciji in s slabšo prognozo priporočajo uporabo temsirolimusa.

Prof. dr. Peter Mulders iz Univerzitetnega kliničnega centra v Njimegnu (Nizozemska) je predstavil pogled urologa na problematiko raka ledvic. Predstavil je njihove izkušnje z neoadjuvantno terapijo (uporabo vseh zgoraj naštetih zdravil ter sorafeniba). Kot najbolj potentno tarčno zdravilo za neoadjuvantno zdravljenje se je izkazal sunitinib v treh krogih za zmanjšanje tumorske mase, nato pa adjuvantno še dva kroga zdravljenja s sunitinibom. Predstavil je pomen citoreduktivne nefrektomije pri lokalno razširjeni oz. razsejani bolezn, tako v smislu zmanjšanja simptomov (bolečina, hematurija ...) kot pri podaljšanju preživetja in boljšem odgovoru na tarčno zdravljenje. Seveda je tudi prof. Mulders poudaril pomen individualne presoje o citoreduktivni nefrektomiji, kajti perioperativni zapleti niso zanemarljivi.

Prof. dr. Manuela Schmidinger z Dunaja je predstavila njihove rezultate pri uporabi sunitiniba ter poudarila pomen znižanja odmerka v primeru toksičnih sopojavov ali spremembo sheme aplikacije terapije na konkretnih primerih bolnikov (namesto štirih tednov zdravljenja in dveh tednov premora, pri bolnikih, ki zdravilo prenašajo slabše, na njihovi kliniki modificirajo shemo na dva tedna zdravljenja in teden dni premora). Poudarila je pomen spremljanja ščitnične funkcije, hipofosfatemije in anemije, kajti ti sopojavi vodijo v utrujenost, ki jo včasih predpišemo zgolj delovanju zdravila.

Začetek drugega dneva simpozija je bil posvečen neuroendokrinim tumorjem in gastrointestinalnim stromalnim tumorjem s predstavitevjo primerov.

Posebej zanimivo je bilo predavanje prof. dr. Schmidingerjeve drugi dan foruma, ko je predstavila svoje izkušnje pri komunikaciji z onkološkim bolnikom in (prvič odkar obiskujem takšna predavanja) jasno poudarila, da njene izkušnje kažejo, kako psihična stabilnost bolnika, zmanjšanje depresije, anksioznosti in stresa lahko podaljšajo bolnikovo preživetje. Predstavila je povprečno preživetje pri metastatski bolezni v njihovem centru, ki je nekoliko nad pričakovanim in dostopnimi podatki v literaturi. Kot prvo načelo »nemedikamentoznega« zdravljenja je poudarila, da je pomembno, da se bolnik, potem ko zapusti našo ordinacijo, počuti olajšano.

Zavedati se moramo, da bolnik ve, da je neozdravljivo bolan, vendar ne sme ostati brez načrtov za preostanek svojega življenja in mora biti aktiven tako v zdravljenju kot v svojem socialnem okolju. Odgovorov ne išče pri psihologu ali družinskih članih, odgovore želi od svojega onkologa, ki natančno pozna njegovo bolezen in načrt zdravljenja.

Najprej je predstavila primer svojega kolega, zdravnika, prej zelo aktivnega športnika in družabnega človeka. Ko je izvedel za diagnozo, je isti teden odpovedal vse nadaljnje aktivnosti, druženja in se izoliral od prijateljev. Umril je nepričakovano hitro. Prof. Schmidingerjeva je ob koncu prikaza primera postavila retorično vprašanje: ali je resnično umrl zaradi tako hitrega napredovanja raka ali zaradi strahu in stresa, ki ga je doživljal? Predstavila je aktivacijo nevroimunih mehanizmov pri bolniku v stresu. Ali torej vsak bolnik ob diagnozi potrebuje psihoterapevtsko obravnavo? Ne. Potrebuje pa prijatelje, redne načrtovane aktivnosti, od zdravil pa je predstavila smiselnost uporabe propranolola (Bernabe DG et al., Brain Behav Immun 2010).

Zelo nazorno je na primerih vprašanj bolnikov z rakom (ki so del naše vsakdanje prakse) prikazala, kako lahko na isto vprašanje vedno odgovorimo bolje. Ob tem bolniku ničesar ne prikrivamo, le skrbno izbiramo besede, tako da na pomembna vprašanja odgovarjamo ob primernem času s skrbno izbranimi besedami.

Dokler je bolnik v procesu zdravljenja, ne napovedujemo statistično njegovih izgledeov za preživetje. Morda ni prav, da najprej govorimo o vseh možnih stranskih učinkih zdravila. Dajmo bolniku možnost, da spozna najprej pozitivne učinke zdravila. Stranske učinke pa naj spozna in ve, da se lahko pojavijo, saj mu vendar ne dajemo placeba.

In na koncu simpozija je sledila resnična poslastica med predavanji: Individualno zdravljenje pri pljučnem raku. V tem sklopu je dobesedno blestel prof. dr. Kenneth O. Byrne iz Dublina. Predstavil je številne že odkrite mutacije pri pljučnem raku (EGFR, KRAS,

MET, EML4-ALK, BRAF itd.), ki jih je moč najti (gledano skupaj) pri velikem deležu bolnikov s pljučnim rakom. Osredotočil se je na ALK-translokacije, ki jih lahko najdemo pri 4 do 7 odstotkih bolnikov s pljučnim rakom. V tej skupini prevladujejo adenokarcinomi pljuč pri nekadilcih in mlajših bolnikih. Na tržišču je že novo tarčno zdravilo z generičnim imenom crizotinib, ki ga je letos avgusta že odobrila FDA. Sedaj nestrno pričakujemo še odobritev evropske komisije za zdravila. Verjetno pa zdravilo še ne bo odobreno za prvo linijo zdravljenja.

V fazi II raziskav sta še dve obetavni zdravili, in sicer axitinib (anti VEGFR 1,2,3 inhibitor, ki je že v fazi III pri zdravljenju raka ledvic) ter dacomitinib (pan HER inhibitor).

Naj sklenem ta zapis z izjavo enega izmed udeležencev simpozija, ki je na začetku svoje kariere dejal: »Le kaj mi je bilo treba tega, da se ukvarjam s prognostično tako neugodno obliko raka, kot je rak pljuč?«

S simpozija sem odšla optimistična; z mislijo, da postaja to področje vse bolj zanimivo tako za raziskovalce kot klinike in ne dvomim, da bo prihodnost prinesla marsikaj dobrega tudi za tega pastorka med raki. Morda na začetku vsaj za nekadilce. Glede na to, da prihajam s KOPA Golnik, sem bila presenečena, da pri metastatskem adenokarcinomu pljuč določajo EGFR-mutacije le v 27 odstotkih večjih centrov, kjer te bolnike zdravijo. Le 56 odstotkov teh ustanov ima redne multidisciplinarnе konzilije. V naši ustanovi vsem bolnikom z adenokarcinomom pljuč takoj določimo EGFR-mutacije, multidisciplinarni konziliji pa potekajo tedensko.

Področje v onkologiji, do katerega sem imela v preteklosti predsodke, me je popolnoma zasvojilo. Ne nazadnje tudi zato, ker glede na vse predstavljeno na forumu lahko zaključim, da delam v vrhunski terciarni ustanovi, kjer mi razvoj novih diagnostičnih in terapevtskih možnosti omogoča zares individualno in bolniku prilagojeno zdravljenje.

Izjava o konfliktu interesov

Avtorica poročila o strokovnem izobraževanju Tijana T. Šumer izjavljam, da sem prispevek napisala na lastno pobudo. V njem sem predstavila izključno stališča omenjenih predavateljev. S prispevkom ne želim reklamirati kakršnih koli zdravil. Moj namen je bil seznaniti kolege s predstavljenimi novostmi v onkologiji ter primerjati delo v naši ustanovi z delom v večjih onkoloških centrih po Evropi.

Sodobni pogledi na možgansko kap

Erih Tetičkovič

Oddelek za nevrološke bolezni UKC Maribor in Katedra za nevrologijo Medicinske fakultete Univerze v Mariboru sta 4. in 5. novembra 2011 organizirala v Kongresnem centru hotela Habakuk v Mariboru že tradicionalno mednarodno strokovno srečanje *Sodobni pogledi na možgansko-žilne bolezni, le da je bil naslov letošnjega nekoliko spremenjen – Sodobni pogledi na možgansko kap.*

Kljub vsem naporom na področju primarne in sekundarne preventive možganske kapi, kljub vse bolj izpopolnjenim diagnostičnim metodam in sodobnim metodam zdravljenja, kljub trudu na področju zdravstvenega prosvetljanja ostaja možganska kap še vedno velik medicinski in socialno-ekonomski problem, saj je eden najpogostejših vzrokov smrti in hude invalidnosti v svetu in pri nas. Pred štirimi leti smo si na zadnjem srečanju postavili vprašanje – ali nam resnično grozi epidemija možganske kapi leta 2020?

Kakšna nova znanstvena spoznanja je prinesel vmesni čas do danes, koliko več vemo o možgansko-žilnih boleznih, posebno o možganski kapi? Na to vprašanje smo poskušali najti vsaj nekaj odgovorov na letošnjem srečanju, za katerega smo izbrali tudi simbolični logotip – sliko iz kristalnega stekla narejenih možganov. Človek bi pričakoval, da takšni možgani izžarevajo kristalno čisto svetlobo. Ali so tudi naša znanja o možganski kapi resnično kristalno jasna? Zagotovo ne! Poleg kristalno čistih področij je videti na kristalnih možganih še vedno preveč sivine, pa tudi temačnosti. V predgovoru knjige *Sodobni pogledi na možgansko kap*, ki je izšla ob tej priložnosti, sem zapisal, da so kristalni možgani razdeljeni tudi v



več medsebojno povezanih izsekov. Nekateri med njimi izžarevajo jasen, kristalni sijaj, drugi so še vedno oviti v nejasno sivino. Vendar nova znanja vedno bolj umikajo tančico te sivine nejasnosti. Skoraj prepričan sem, da bodo takšna srečanja ob vztrajnem nadaljevanju poti, ki smo si jo začrtali, nekoč privedla do tega, da bomo lahko dejali, da možganska kap ni več nerešena uganika.

Dvodnevno srečanje pod pokroviteljstvom Leka – člana skupine Sandoz, na katerem so poleg uglednih domačih strokovnjakov sodelovali tudi ugledni gostje iz tujine, je bilo vsebinsko zelo bogato. Razdeljeno je bilo v sedem sklopov. V prvem sklopu – ateroskleroza, epidemija sodobnega časa, je prof. dr. Šabovič na zelo zanimiv način prikazal najnovejša spoznanja o glavnih mehanizmih in »potencialih«, vključenih v patogenezo ateroskleroze. Pri individualiziranem pristopu bo potrebno pri posamezniku izmeriti vse tri potenciale – »transportni potencial«, »oksidativni potencial« in »vnetni potencial«, ter ugotoviti, kateri je najpomembnejši, kako na njih vplivati, ali jih zmanjšati z različnimi vrstami farmakološkega in nefarmakološkega zdravljenja.

V ostalih sklopih, kot so preventiva možganske kapi, diagnostika, obravnava akutne možganske kapi, znotrajžilni posegi pri ishemični možganski kapi, nemotorične posledice možganske kapi in spontana možganska krvavitev, so sledile odlične predstavitve. Vendar pa je izstopalo vprašanje uvajanja nove peroralne antikoagulantne terapije pri atrijski fibrilaciji z neposrednimi zaviralci trombina in zaviralci faktorja Xa, ki je že v velikih randomiziranih raziskavah nakazovala dodatne in verjetno tudi učinkovite možnosti zdrav-

ljenja. Pri uvajanju nove antikoagulantne terapije atrijske fibrilacije v Sloveniji bo zagotovo potrebno doseči dogovor o vodenju protikoagulacijskega zdravljenja, kar je še posebej poudarila doc. dr. Bojana Žvan. Sicer pa bodo nove smernice za antikoagulantno zdravljenje oblikovane na evropski ravni in velja počakati nanje. To je bil tudi eden izmed zaključkov okrogle mize pri koncu srečanja. Vendar pa ne gre odlašati s pripravo smernic, saj so nekateri bolniki že pričeli jemati nove antikoagulate. Vsa diagnostika, povezana z jemanjem antikoagulantnih sredstev, mora biti vedno dostopna v vseh bolnišnicah. Koagulacijski testi za novo zdravilo dabigatren bodo verjetno na voljo marca prihodnje leto.

Srečanje je dalo tudi dokončen odgovor na zadnja leta aktualno vprašanje – kako obravnavati asimptomatsko karotidno stenozo. Odgovor je podal žilni kirurg doc. dr. Vojko Flis. »Pri asimptomatični karotidni stenozni, pri kateri je pričakovati zaplete ob vstavljanju žilne opornice (KAS), ali pri karotidni endarterektomiji (CEA) je bolje



Kljub pozni uri prvega dne še vedno zelo živahna in zanimiva razprava.

pospraviti skalpele in invazivne znotrajžilne posege ter se odločiti za konzervativno medikamentozno zdravljenje,« pravi ugledni strokovnjak. Danes je najpomembnejša presoja, koliko posledic lahko zapustita obe metodi in koliko le medikamentozno zdravljenje. Slednjemu se daje absolutna pednost, obe invazivni metodi pa prideta v poštev le v strogo indiciranih primerih, o katerih pa bosta morala odločati zaenkrat dva konzilija, in sicer v UKC Ljubljana ter UKC Maribor. V samem konziliju pa bodo delovali nevrolog, endovaskularni radiolog ter žilni kirurg.

Na področju diagnostike je pomembna novost uvajanje novih laboratorijskih označevalcev za možgansko kap v klinično prakso.

Čeprav ostaja zlati standard v ultrazvočni diagnostiki možgansko-žilnih bolezni še vedno dvodimenzionalna ultrasonografija (2D US), je treba stremeti k uvajanju sodobne 3D/4D-ultrasonografije, katere prednosti so jasne še zlasti ob uvajanju novih metod, kot sta TUI (Tomographic Ultrasound Imaging) in STIC (Spatio Temporal Imaging Correlation), v rutinsko prakso obeh slovenskih kliničnih centrov, kar poudarja začetnik te metode v Sloveniji prim. prof. dr. Erih Tetičkovič.

Prednosti enot za možgansko kap (EMK) so poznane že vrsto let, njihov pomen in koristnost je znova orisal prof. dr. Kurt Niederkorn. Žal je slovenska situacija povsem neprimerljiva s stanjem v Evropi, saj je kljub večletnim naporom pri nas dejansko zaživela le EMK v UKC Ljubljana, v UKC Maribor in SB Celje pa sta še na začetku poti.

Znova je bila predstavljena terapevtska vrednost trombolize pri akutni ishemični možganski kapi, zanimiva je bila primerjava mariborskih podatkov o trombolizi z evropskimi. Kako uspešna je lahko tromboliza, nam je na koncu prvega dne prikazal bolnik, ki smo ga po njegovem vzdevu poimenovali kar »Izi po trombolizi«. Kljub hudi motorični prizadetosti po kapi so njegove današnje motorične spretnosti neverjetne – predstavil se je namreč v vlogi odličnega čarovnika in navdušil.

Drugi dan srečanja je potekal v luči spoznavanja novih smernic v protiepileptičnem zdravljenju bolnikov z možgansko kapjo. Zelo

zanimiva je bila predstavitev nekaterih kortikalnih sindromov po možganski kapi, na katere vse premalo pomislimo ali jih sploh ne poznamo.

Zanimivi so bili diagnostični vidiki razmejitev nevrološko-psihotričnih podlog afazične motnje ter nova spoznanja o centralni bolečini po možganski kapi.

Zadnji sklop je bil namenjen obravnavi možganskih krvavitev in nerupturiranih možganskih anevrizem. Ali je možganska krvavitev res neozdravljiva bolezen? Negativen odgovor je utemeljeval na samo njemu specifičen, zelo privlačen način prim. dr. Viktor Švigelj. Precej razprave je bilo tudi o tem, ali in kdaj invazivno (endovaskularno ali nevrokirurško) zdraviti nerupturirano možgansko anevrizmo, ali pa jo prepustiti naravnemu poteku. Osnovno vodilo pri tem naj bo zavedanje, v kakšnem odstotku lahko pride do spontane rupture in kakšen je odstotek zapletov pri invazivnem posegu.

Ob odprtju srečanja je akademikinja prof. dr. Vida Demarin izročila prim. prof. dr. Erihu Tetičkoviču priznanje Referenčnega centra za nevrovaskularne bolezni Ministrstva za zdravje in socialo Republike Hrvaške ter Nevrološke klinike Kliničke bolnice »Sestre milosrdnice« v Zagrebu – Srebrni grb Zagreba za dolgoletno izjemno strokovno sodelovanje in razvoj tesnih kolegijskih in prijateljskih vezi tudi med mladimi kolegi obeh mest.

Da bi se spomnili tistih lepih časov, ko smo se znali poveseliti in nazdraviti kakšnemu uspehu, smo zvečer prvega dne pripravili svečano večerjo s plesom ob zvokih imenitnega ansambla Export – B. Pozno v noč so se na plesišču vrteli ne samo mladi, marveč tudi takšni z že sivimi glavami. Veselje je bilo pogledati, kako se družijo mladi iz Slovenije z vrstniki iz Evrope, ZDA in celo Indije!

In to vliva upanje, prepričanje, da bodo tovrstna srečanja vsaka štiri leta v Mariboru ohranila svojo tradicijo. Sicer pa, kot sem zapisal v predgovoru knjigi na pot: »Trebaja verjeti v ideje, le-te ne delujejo, če vanje ne verjameš. In tisto, česar ne moreš vrniti, je izgubljeni čas.«

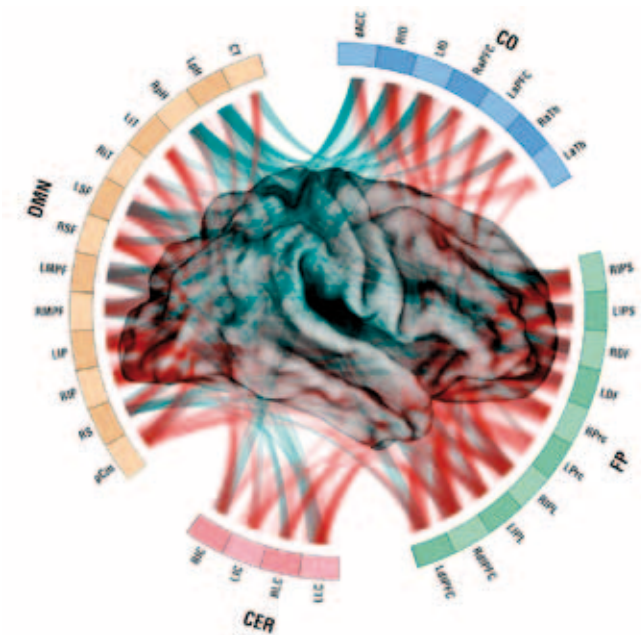
SiNAPSA, slovensko društvo za nevroznanost

Osebna izkaznica društva

Blaž Koritnik, Jure Bon, Maja Bresjanac

SiNAPSA, slovensko društvo za nevroznanost (www.sinapsa.org), je bila ustanovljena leta 2003 in je od istega leta članica mednarodne organizacije za raziskovanje možganov, IBRO (angl. *International Brain Research Organization*), in Zveze evropskih nevroznanstvenih društev, FENS (angl. *Federation of European Neuroscience Societies*). Društvo se je oblikovalo na podlagi interesa strokovnjakov različnih panog, ki se v svojem

raziskovalnem in strokovnem delu ukvarjajo z možgani in živčevjem. Poslanstvo društva vključuje spodbujanje razvoja nevroznanosti v Sloveniji skozi znanstveno-raziskovalna in strokovna srečanja, sodelovanja z mednarodnimi in nacionalnimi organizacijami s podobnimi cilji, zbiranje in posredovanje strokovnih informacij strokovni in širši zainteresirani javnosti, spodbujanje nevroznanstvenega izobraževanja, seznanjanje



Pomembne pozitivne (rdeča) in negativne (modro-zelena) povezave med ključnimi področji treh možganskih omrežij, vpletenih v kognitivni nadzor, in mirovnega omrežja (angl. default mode network) med izvajanjem naloge delovnega spomina (avtor: Grega Repovš).

javnosti in splošno izobraževanje o naravi raziskovalnega dela, o dosežkih in pomenu novih nevroznanstvenih odkritij in spoznanj, spodbujanje splošne zavesti o preventivi pred različnimi boleznimi in okvarami živčevja in seznanjanje upravne in zakonodajne oblasti z dosežki nevroznanosti in z njihovim pomenom za napredek znanosti in medicine ter za splošno družbeno dobrobit.



Na odprtju Sinapsine nevroznanstvene konference 2011 v Cankarjevem domu smo za nekaj minut vstopili v svet sanj in razmišljanj umetnice ter v živo slišali in videli, kakšna je električna aktivnost njenih možganov (na fotografiji Aphra Tesla in Rok Koritnik, foto: Blaž Konec).

SiNAPSA danes šteje malo več kot 100 članov. Med njimi so tako akademiki kot mladi, ki med študijem šele ubirajo prve raziskovalne korake na najrazličnejših področjih nevroznanosti. Skozi delo v posameznih projektnih skupinah organiziramo znanstvena, strokovna in poljudna srečanja ter izobraževalne dogodke po vsej Sloveniji. SiNAPSA je doslej organizirala tri mednarodne konference, odmevno mednarodno poletno šolo in vsakoletni Teden možganov. Od leta 2006 ima SiNAPSA status društva v javnem interesu na področju znanstvenoraziskovalnega dela. Pod okriljem SiNAPSE smo ustanovili Slovenski svet za možgane, koordinacijo društev strokovnjakov in društev bolnikov z motnjami v delovanju živčevja. SiNAPSA je vzpostavila štipendijski sklad za mlade nevroznanstvenike, izdaja spletno revijo eSinapsa (www.sinapsa.org/eSinapsa) in novičnik, ki ga prejema že več sto naročnikov. SiNAPSA svoje aktivnosti v celoti financira iz donacij in sredstev, pridobljenih na javnih razpisih.

Sinapsina nevroznanstvena konferenca 2011

Zveza evropskih nevroznanstvenih združenj (FENS) je leta 2009 pričela z organiziranjem regijskih nevroznanstvenih konferenc (FENS Featured Regional Meeting), ki se na dve leti izmenjujejo s FENS-forumom, največjo evropsko nevroznanstveno konferenco. Za leto 2011 je FENS izbral projekt, ki smo ga pri SiNAPSII pripravili skupaj s hrvaškimi in italijanskimi kolegi. Tako je od 22. do 25. septembra v Cankarjevem domu v Ljubljani potekala najpomembnejša evropska nevroznanstvena konferenca v letošnjem letu, SiNAPSINA nevroznanstvena konferenca '11 (SNC '11; www.sinapsa.org/SNC11).

Kot že pri prejšnjih dveh konferencah, smo tudi tokrat program zasnovali tako, da so bile uravnoteženo predstavljene različne bazične in klinične nevroznanstvene vsebine, raziskovalni prispevki pa so se dopolnjevali z izobraževalnimi vsebinami in s preglednimi predavanji vrhunskih nevroznanstvenikov. Poleg devetih plenarnih in posebnih predavanj so osrednji del programa sestavljali tematski simpoziji, izbrani na razpisu. Zelo pomemben del konference so bile tudi predstavitve plakatov, kjer je svoje delo prikazalo okoli 200 avtorjev iz Slovenije, Evrope in sveta.

Program konference se je začel s predavanjem v spomin prof. Andreja O. Župančiča. Prof. Palmer Taylor je predaval o beljakovinah v holinergični sinapsi, s poudarkom na acetilholinesterazi. Prof. Pasko Rakic je predstavil migracijo nevronov, ki poteka v razvoju možganov. Dogodek, poimenovan Nevroznanost in družba: etične dileme v nevroznanosti, je bil odprt za javnost in je med poslušalci vzpodbudil razmišljanja in debato o temah, kot so posegi v delovanje možganov, uporaba matičnih celic in poskusi na živalih. Prof. Colin Blakemore je predstavil mehanizme in pomen plastičnosti živčevja, prof. Luiz Pessoa pa odnos med emocijami in kognicijo. Dr. Lea Siksou je prejela nagrado za najboljši članek v reviji European Journal of

Neuroscience in ga predstavila v predavanju o presinaptičnem zorenju in pripravi sinaptičnih mešičkov. Prof. Richard Frackowiak je predaval o uporabi novih metod slikanja možganov pri diagnostiki bolezni možganov in predavanje končal z navdihujočim pogledom v prihodnost nevroznanosti. Prof. Maria Grazia Spillantini pa je govorila o vlogi agregacije beljakovin pri nevrodegenerativnih boleznih. Prof. Donald Sanders je v predavanju v spomin dr. Janeza Faganela predstavil biomarkerje za miastenijo gravis. Konferenca se je zaključila z zanimivim plenarnim predavanjem prof. Barryja Dicksona o nevrobioloških mehanizmih spolnega vedenja vinskih mušic.

V tematskih simpozijih so predstavili molekulske mehanizme epileptogeneze, strukturo, funkcijo in plastičnost kortikalnih omrežij, internevrone v neokorteksu, novejša načine uporabe elektroencefalografije (koregistracija z magnetno stimulacijo, vmesniki med možgani in računalnikom), molekulske mehanizme nekaterih motenj skeletnih mišic, podprocese v delovnem spominu in z zdravlili inducirano nevroplastičnost prefrontalnega korteksa. Govorili so tudi o nevroških omrežjih, o dopaminski disfunkciji, o vlogi nevro-endokrino-immunskega sistema pri Alzheimerjevi bolezni, o translacijskem pristopu k demencam, o amigdali in uravnavanju strahu, o vlogi endokannabinoidov v plastičnosti možganov ter o razlikah možganov in vedenja med spoloma.

Program konference so dopolnjevali tudi spremljevalni dogodki. Prvi dan je na Medicinski fakulteti v Ljubljani potekal forum mladih nevroznanstvenikov, Young Neuroscientists Forum Ljubljana 2011. Mednarodni tečaj o elektromiografiji, mikroelektromiografiji in ultrasonografiji živcev je organiziral Inštitut za klinično nevrofiziologijo Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana v sklopu letnih nevrofizioloških simpozijev. Na tečaju, ki je vseboval tudi veliko praktičnega dela, je sodelovalo okoli 50 nevrofiziologov in drugih klinikov. Izobraževalna delavnica o afektivni nevroznanosti je bila namenjena predvsem

specializantom nevrologije, psihiatrije in klinične psihologije ter podiplomskim in dodiplomskim študentom. Predavatelji so predstavili nevrobiološke osnove emocij ter psihopatologijo in klinične vidike afektivnih motenj. V satelitskih simpozijih pa so slovenskim klinikom spregovorili strokovnjaki o odkrivanju in zdravljenju demenc, o nevroplastičnosti pri duševnih motnjah in o rezistentnih epilepsijah.

Brez pretiravanja lahko rečemo, da je več kot 100 predavateljev, okoli 200 predstavjalcev plakatov in skupaj preko 500 udeležencev iz 44 držav v Ljubljani konec septembra 2011 ustvarilo največji nevroznanstveni dogodek v zgodovini slovenske nevroznanosti. To je gotovo lep uspeh osemletnega dela SiNAPSSE, predvsem pa spodbuda za spopadanje z novimi izzivi v prihodnjih letih.

Strategija razvoja: Raziskovanje, izobraževanje in preventiva bolezni živčevja

V začetku oktobra 2011 so v Evropskem parlamentu pod okriljem Evropskega sveta za možgane predstavili izsledke nove vseevropske raziskave o stroških bolezni možganov »Cost of disorders of the Brain in Europe 2010«. Skupni stroški več kot 19 največjih skupin nevroloških in psihiatričnih bolezni dosegajo neverjetnih 800 milijard evrov letno, izračunani pa so bili skupaj za 30 evropskih držav. Avtorji, med katerimi so nekateri najbolj ugledni evropski epidemiologi in zdravstveni ekonomisti, pri tem poudarjajo, da so upoštevali konzervativne, ožje kriterije za posamezne bolezni, zaradi česar so realni stroški verjetno še višji.

Stroške delijo v neposredne stroške medicinskega zdravljenja, neposredne stroške nemedicinske oskrbe in posredne stroške, ki jih povzročajo izguba produktivnosti in zgodnje invalidske upokojitve bolnikov. Ker je razmerje med neposrednimi in posrednimi stroški glede na druge telesne bolezni izrazito pomaknjeno

v smer posrednih stroškov (40 odstotkov), avtorji sklepajo, da bolezni možganov zdravimo prepozno in premalo intenzivno. Zaradi njih vsaj enkrat v življenju trpi tretjina evropske populacije 514 milijonov ljudi, kot bolniki ali njihovi svojci in skrbniki. Skupni stroški bolezni možganov daleč presegajo stroške kardiovaskularnih (192 milijard evrov) in onkoloških bolezni (150 do 250 milijard evrov). Ker se evropska populacija stara, predstavljajo bolezni možganov največji zdravstveni, ekonomski in socialni izziv za evropsko družbo, že danes in v prihodnje. Stroški posameznih bolezni lahko zelo variirajo, v povezavi z razširjenostjo posameznih



Prizor s Tedna možganov, vsakoletne prireditve v tretjem tednu marca, ki je namenjena najširši javnosti in na poljuden način predstavlja metode in izsledke raziskovanja živčevja (foto: SiNAPSSE).

bolezni pa dosegajo omenjene visoke številke. Najdražja je skupina motenj razpoloženja, ki vključuje depresivno in bipolarno motnjo in povzroča 113 milijard evrov stroškov letno. Sledijo jim demence s 105 milijardami in psihotične motnje s 93 milijardami evrov letno, za njimi pa se uvrščajo anksiozne motnje, odvisnosti in cerebrovaskularne bolezni, vsaka skupina s stroški nad 60 milijardami evrov letno. Ker uporabljeni statistični model v raziskavi omogoča tudi ocene stroškov za države z nepopolnimi podatki o razširjenosti in obravnavi bolezni možganov, lahko v kratkem pričakujemo natančnejši razrez ocen stroškov posameznih bolezni tudi za Slovenijo. Zaenkrat je znano, da v skupnem merilu povzročajo 1.200 evrov stroškov letno na posameznega prebivalca Slovenije, v primerjavi s 1.550 evri evropskega povprečja.

Avtorji raziskave opozarjajo, da so bolezni možganov velik problem za evropsko družbo, tempirana bomba, na katero se prepočasi in slabo odzivamo. Izzive vidijo v prizadevanjih za ustrežnejše financiranje raziskav bolezni možganov. Vlaganje v raziskave te vrste namreč glede na velikost letnih stroškov bolezni možganov predstavlja najboljši potencialni donos na vložena sredstva. Še posebej pomembno postaja tako vlaganje

v luči postopnega umikanja farmacevtske industrije iz raziskav bolezni možganov, ki se dogaja v zadnjih letih zaradi relativno visokih stroškov in predolgih in zapletenih birokratskih postopkov razvoja posameznega zdravila. Neustrezno je tudi izobraževanje v medicinskih in drugih zdravstvenih ustanovah, kjer študijski programi pogosto ne sledijo hitremu napredku nevroznanosti, obenem pa študenti v nevroloških in psihiatričnih klinikah preživijo le 8 odstotkov časa svojega izobraževanja. Tretje pomembno področje je razvoj preventivnega dela pri preprečevanju bolezni možganov v populaciji, kjer zaenkrat še manjkajo bolj usmerjena in ustrezna priporočila po vzoru preventivnih dejavnosti na področju drugih bolezni. Skupen vsem prizadevanjem pa je poziv, da je nujno združiti interese velikega števila različnih strokovnih in bolniških organizacij s tega področja. Organizacije bi morale poenotiti svoja stališča in sporočila, ki jih posredujejo širši javnosti, da bi lažje dosegli ustrežnejšo umestitev in razumevanje celotne razsežnosti problema bolezni možganov v družbi. V skladu s to dolgoročno strategijo si SiNAPSA in Slovenski svet za možgane tvorno prizadevata za oblikovanje nacionalnega akcijskega programa za zvečanje vlaganja v raziskovanje, izobraževanje in preventivo bolezni možganov v Sloveniji.

Mednarodno srečanje Shizofrenija VII

Sodelovanje pri zdravljenju

Pia Lapajne

Po štirih letih premora je bilo ponovno organizirano mednarodno srečanje o shizofreniji, že sedmo po vrsti. Tokratna tema je bila sodelovanje pri zdravljenju. Shizofrenija je kronična bolezen, s pogostimi poslabšanji in potrebnim dolgotrajnim, večkrat dosmrtnim zdravljenjem. Bolezen se pogosto pojavi pri mladih, jih ovira pri šolanju, zaposlitvi, zmanjšuje njihovo samostojnost. Pri bolnikih so pogostejše telesne bolezni, večja je umrljivost zaradi njih in samomorilnosti. Prav zato je sodelovanje bolnika, njegovih svojcev ter širše socialne skupnosti pri zdravljenju zelo pomembno. Strokovnjaki so prikazali dejavnike, ki vplivajo na sodelovanje pri zdravljenju.

Andrej Žmitek: Pred 37 leti je Van Putten prikazal neželene učinke antipsihotikov kot razlog za nesodelovanje pri zdravljenju bolnikov s shizofrenijo. Po uvedbi atipičnih antipsihotikov se sodelovanje bolnikov ni bistveno izboljšalo. Raziskave so prikazale, da je sodelovanje bolnika večvzročni pojav, ki zajema dejavnike, vezane na bolnika, režim zdravljenja, bolezen, odnos zdravnika in bolnika ter klinično okolje. Sodelovanje pri zdravljenju ima odnosno in vedenjsko komponento. Ukrepi za izboljšanje le-tega so odvisni od vrste in stopnje nesodelovanja.

Brigita Novak Šarotar: Prodromalni simptomi so nespecifični, ugotavljamo jih večinoma retrogradno pri bolnikih ob prvi psihotični epizodi. Zaradi etičnih dilem še ni soglasja, ali prodromalni sindrom opredeliti kot klinično entiteto in jo umestiti v klasifikacijo bolezni DSM-V. Sedaj ni jasnih priporočil, kdaj in kako zdraviti prodome. Uporabljajo se številna psihotropna zdravila (antidepresivi, anksiolitiki, stabilizatorji razpoloženja, antipsihotiki) in psihosocialne intervencije, psihoedukacija, učenje premagovanja stresa, različne oblike psihoterapij. Pri osebah z večjim tveganjem za nastanek psihoze se le pri tretjini oseb dejansko pojavi akutna psihoza. Zaenkrat sicer še ni dovolj dokazov, da zdravljenje z antidepresivi lahko prepreči prehod v psihozo, boljše pa je sodelovanje pri zdravljenju zaradi ugodnejšega profila stranskih učinkov antidepresivov v primerjavi z atipičnimi antipsihotiki.

Urban Groleger: Klinična slika akutne psihoze zajema različno stopnjo izraženosti pozitivnega, dezorganizacijskega, negativnega, razpoloženskega, vedenjskega in kognitivnega sindroma. Pestrost simptomatike vpliva tudi na spreminjanje bolnikovega sodelovanja. Ukrepi za izboljšanje sodelovanja so individualno prilagojeni, pri njih sodeluje celoten tim strokovnjakov, ki so

vključeni v obravnavo bolnika. Včasih je potrebno tudi zdravljenje mimo bolnikove volje ali proti njej zaradi bolnikovega ogrožanja sebe, drugih ali povzročanja pomembne škode.

Aleš Kogoj: S staranjem populacije se povečuje število starejših bolnikov s shizofrenijo. Njihova simptomatika je drugačna, v ospredju so rezidualni simptomi, motnje spoznavnih sposobnosti. Le-te se lahko stopnjujejo do demence. Starejši bolniki potrebujejo več podpore pri vsakodnevnih aktivnostih, jemanju zdravil. Pogostejše so telesne bolezni, ki potrebujejo zdravljenje. Zaradi spremenjene farmakokinetike in farmakodinamike je potrebno prilagoditi zdravljenje z zdravili, večkrat zmanjšati odmerke antipsihotika, ukiniti nekatera zdravila. Neželeni učinki zdravil lahko iatrogeno poslabšajo bolnikovo psihično in telesno stanje.

Anton Grad: Prikaz podobnosti med pomanjkljivim uvidom pri bolnikih s shizofrenijo in različnimi vrstami anozognozije, ki pomeni nezavedanje ali zanikanje lastne okvare, kar nastane večinoma kot posledica možganske kapi. Med anozognozijo in pomanjkljivim uvidom so tudi razlike. S funkcionalno MRI so prikazane nevroatomske spremembe, ki so vezane na pomanjkljiv uvid pri bolniku. Stopnjo uvida zmanjšujejo tudi kognitivne motnje, ki so pri bolnikih s shizofrenijo pogoste in to posledično slabša sodelovanje pri zdravljenju.

Janez Mlakar: Stopnjo okvare kognitivnih funkcij pri shizofreniji lahko z določenimi preiskavami natančno določimo. S sedanjimi raziskavami še niso dovolj zanesljivo prikazali, katere kognitivne funkcije so najpomembnejše pri sodelovanju in katere so napovedni dejavnik stopnje sodelovanja pri zdravljenju.

Zoran Vodopivec: Uvid v psihiatriji pojmuje kot zavedanje bolezni in je večdimenzionalna ter večstopnjska kategorija, ki ga lahko določimo z ocenjevalnimi lestvicami. Dober uvid izboljša sodelovanje pri zdravljenju ter splošno funkcioniranje. Višja stopnja uvida pa je povezana z višjo stopnjo depresivnosti. Zaupanje, ki nastane v terapevtskem odnosu med bolnikom in zdravnikom, izboljša sodelovanje pri zdravljenju psihične in telesne bolezni, kar je še posebej pomembno pri bolnikih s pomanjkljivim uvidom.

Matej Kravos: Na sodelovanje pri ambulantnem zdravljenju bolnika s shizofrenijo vplivajo bolnikove značilnosti (diagnoza, simptomi, kognitivna oslabeitev, funkcionalna oslabeitev), značilnosti zdravljenja (intenzivnost zdravljenja, uporaba zunanjih služb), zdravila (način jemanja, vrsta in oblika zdravila), model prepričanj o zdravju (uvid, sprejemanje, razumevanje koristi, ovire, motiv), značilnosti družine ali skrbnika



(podpora in pomoč pri zdravljenju), socialni dejavniki (družbenoekonomski status, družbeno okolje).

Marga Kocmur: V akutni fazi shizofrenije je v frontalnem možganskem režnju hipoperfuzija, ki se po zdravljenju z antipsihotiki izboljša. Pri bolnikih s kronificirano shizofrenijo je prisotna globalna hipoperfuzija. Podatki so bili pridobljeni v slovenski raziskavi s SPECT (single photon emission computed tomography).

Chris Bushe: Pri bolnikih s shizofrenijo je povečana umrljivost. Ni dokazov, da bi atipični antipsihotiki povečevali umrljivost. Nekatere raziskave so prikazale celo zmanjšanje umrljivosti ob zdravljenju z njimi.

Istvan Bitter: Neprijaznost, sovražno naravnost, nezaupljivost, napadalnost, cinizem združujemo v pojmu hostilnost, ki je bolj izražena pri bolnikih s shizofrenijo. Stopnja hostilnosti določa sodelovanje bolnika pri zdravljenju, a v manjši meri kot uvid.

Menim, da nam bodo nova spoznanja o sodelovanju bolnika s shizofrenijo pri zdravljenju omogočila izboljšanje našega kliničnega dela z bolniki. Veselimo se prihodnjega srečanja.



Udeleženci 40. sestanka Evropske delovne skupine za kakovost v družinski medicini v Zagrebu.

40. sestanek Evropske delovne skupine za kakovost v družinski medicini

Janja Ojsteršek

V odsevu toplih jesenskih barv smo se člani Evropske delovne skupine za kakovost v družinski medicini (EQuIP) sestali v prestolnici Hrvaške – Zagrebu, na Školi javnog zdravlja dr. Andrije Štamparja. V imenu Slovenije sem se srečanja udeležila prvič, skupaj z asist. dr. Zaliko Klemenc Ketiš. Kot nekdanji član skupine in aktualni predsednik EURACT-a se je sestanka udeležil tudi prof. dr. Janko Kersnik. Od 3. do 5. novembra 2011 smo bili osredotočeni na osrednjo temo tokratnega srečanja, tj. akreditacijo v družinski medicini. Ozračje je bilo nabito s pozitivno energijo, delovali smo konstruktivno. V dveh in pol res aktivnih dneh smo naredili kar nekaj dobrih zaključkov.

Tokratni sestanek je bil poseben, saj smo prvič v zgodovini sestankov določili tudi njegovo glavno temo, okoli katere se je sukalo tudi delo v skupinah. Prvič je bil del sestanka namenjen odprti konferenci, ki je prav tako potekala na temo akreditacije splošnih ambulant. Akreditacija v različnih državah poteka različno. Ponekod poznajo akreditacijo ambulant, ponekod pa akreditacijo zdravnikov. Prostovoljna ali obvezna akreditacija je prisotna v približno polovici evropskih držav. Večinoma (v 80 odstotkih držav) akreditacija ni obvezna, poteka pa v 3-letnih ciklikih. Ambulante v večini (80 odstotkov) za izvajanje akreditacije niso finančno stimulirane, kar v 30 odstotkih evropskih držav pa si morajo same financirati akreditacijski postopek.

Na sestanku smo člani delovne skupine sprejeli nekaj pomembnih odločitev, ki so povezane z nadaljnjo usodo te delovne

skupine. V ime delovne skupine bo dodana beseda »varnost« – delovna skupina za kakovost in varnost v družinski medicini. Soglasno smo potrdili odprtje delovne skupine navzven. Do sedaj je bila namreč skupina zaprta za individualne člane – član skupine je lahko postal le tisti, ki so ga določile nacionalne organizacije (v našem primeru Združenje zdravnikov družinske medicine). Sedaj pa bodo lahko člani postali tudi drugi zdravniki.

V četrtek popoldne smo po uvodnih besedah gostiteljic Zlate Ozvačić Adžić in Venije Cerovecki ter pozdravnem govoru aktivnih članov in predstavitvi novih članov začeli s programom. Andree Rochfort iz Irske nam je predstavila rezultate kratke ankete o prisotnosti akreditacije splošnih ambulant v evropskih državah, na katero smo nacionalni predstavniki odgovarjali pred srečanjem. Nato so predstavniki Belgije, Švice in Estonije predstavili akreditacijske sisteme, ki jih izvajajo v svojih državah. V ožjem pomenu besede smo bili osredotočeni predvsem na akreditacijo ambulant, ne posameznih zdravnikov.

Naslednji dan smo nekaj časa namenili poročilu o delu vseh podskupin EQuIP-a. Dogovorili smo se, da bodo skupine za kazalce kakovosti, za zdravje zdravnikov in za orodja ter metode zaključile svoje delo ter svoje dosežke predstavile na spletni strani EQuIP-a. Najdete jih na <http://www.equip.ch/flx/home/>.

Sledil je odprti del srečanja, ki je bil namenjen tudi gostom in je prav tako potekal na temo akreditacij splošnih ambulant. Glede na lokacijo so bili to seveda pretežno hrvaški kolegi. Kolegica

Helen Lester iz Anglije in kolega Rob Diekstra iz Nizozemske sta predstavila svoje uveljavljene akreditacijske sisteme in izkušnje z njimi. Sledila je predstavitev novih rezultatov v zvezi z metodo akreditacije EPA, ki jih je predstavila raziskovalka iz Aqua inštituta, Sara Willms iz Nemčije. Nato je hrvaški akreditacijski sistem predstavil kolega Hrvoje Tiljak. Na koncu je kolegica iz Estonije Katrin Martinson prikazala, kako poteka akreditacija pri njih. Sledila je odprta razprava s predavatelji, ki so analizirali in kritično ocenili akreditacijski sistem na Hrvaškem. S tem smo zaključili odprti del srečanja.

Po kosilu smo nadaljevali z delom. Od osrednje teme smo se nekoliko odmaknili k organizacijskim. Potrebno je bilo dodelati osnutek statuta združenja, načrtovati teme razprav na naslednjih sestankih. Določili smo termin našega naslednjega srečanja, ki bo potekalo od 12. do 14. aprila 2012 v Stockholmu.

Zadnji dan smo se sveži in polni idej razdelili v dve skupini, od katerih je imela vsaka svojo nalogo. V prvi, tematski, so naredili osnutek oz. ogrodje za pripravo članka o akreditaciji. Druga skupina pa je pripravila predloge študij primerov (*case*

studies) obstoječih akreditacijskih sistemov v različnih državah. Dogovorili smo se, da podrobnejšo analizo pripravijo kolega iz Portugalske in kolegici iz Estonije, kjer imajo dovršen sistem akreditacije, ki je v veljavi od leta 2009. Glede na raznolikost posameznih nacionalnih akreditacijskih programov smo se odločili, da na kratko opišemo program vsake sodelujoče države in tako očrtamo trenutno stanje akreditacije splošnih ambulant v Evropi.

EQuiP organizira tudi poletne šole, ki se jih lahko udeležijo mladi zdravniki družinske medicine. Do sedaj je bil poudarek na raziskovanju, vendar smo zaradi potreb po širjenju znanja o kakovostni obravnavi bolnika soglasno dosegli dogovor, da bodo odslej delavnice potekale na temo zagotavljanja kakovostne obravnave bolnikov.

S sestankom in zaključki glede osrednje teme ter splošnimi dogovori smo bili zadovoljni. Namenili smo si aplavz – za potrditev dobrega in za spodbudo našemu nadaljnjemu delu.

Naslednje srečanje bo potekalo od 12. do 14. aprila v Stockholmu na Švedskem.

Iz revije The Lancet

Je že čas, da postane cepljenje zdravstvenih delavcev proti gripi obvezno?

Zakaj so zdravstveni delavci po vsem svetu tako nenaklonjeni cepljenju proti gripi in drugim nalezljivim boleznim?

Delež zdravstvenih delavcev, cepljenih proti gripi, je v mnogih bolnišnicah in domovih za dolgotrajno oskrbo v ZDA in drugod v povprečju pod 50 odstotkov. Zdi se, da slabo sprejemanje cepljenja pri zdravstvenih delavcih ni posledica slabega dela zdravstvene administracije in drugih državnih organov. Prav tako ni posledica pomanjkanja cepiva ali denarja.

Vsako leto se pojavljajo pozivi, naj se tisti, ki skrbijo za druge, cepijo tako zaradi lastne zaščite kot tudi zaradi zaščite svojih bolnikov. Kljub velikemu trudu, da bi se zdravstvenim delavcem čim bolj približali s cepljenjem na delovnem mestu in številnimi promocijami, se precepljenost ni povečala.

Kljub dokazom, da cepljenje zdravnikov in medicinskih sester ščiti bolnika pred okužbo ter vpliva na obolenost in smrtnost, se zdravstveni delavci z neštetimi izgovori izogibajo cepljenju. Nekateri pravijo, da ne zbolijo za gripo, drugi trdijo, da se izogibajo stiku z bolniki, kadar so bolni, spet drugi, da ostanejo doma, ko zbolijo.

Zdravstveni delavci, tako kot vsi ostali, zbolijo za gripo. Tudi če ne zbolijo z značilnimi bolezenskimi znaki, so še vedno kužni.

Dejstvo je, da je človek z gripo kužen že 24 ur, preden se pojavijo simptomi.

Ali ni, glede na neuspeh prostovoljnega cepljenja in nizko precepljenost zdravstvenih delavcev, ki skrbijo za ranljive bolnike, napočil čas, da se, kot pogoj za zaposlitev in opravljanje dela zdravstvenih delavcev, zahteva cepljenje proti gripi in drugim nalezljivim boleznim? Dejstvo, da je cepljenje proti gripi varno in učinkovito, ni zadostna motivacija za doseganje visoke precepljenosti.

Čas je, da se končno pojasnijo etični razlogi za obvezno cepljenje zdravstvenih delavcev in da se jih promovira v vseh zdravstvenih ustanovah in klinikah.

Prvič, vsak etični kodeks, ki velja za zdravstvene delavce, zelo jasno opredeljuje, da so interesi bolnika pred vsemi drugimi. Jasno je, da imajo novorojenčki, starejši in imunsko oslabljeni močan interes/pravico, da jim tisti, ki za njih skrbijo, ne povzročajo škode. Osebna pravica do izbire je v hierarhiji profesionalnih vrednot za pravicami bolnika, razen v primeru, da obstaja zdravstvena kontraindikacija za cepljenje. Vsi etični kodeksi, ki dajejo prednost bolnikovemu interesu/pravicam, hkrati podpirajo obvezno cepljenje kot pogoj za zaposlitev.

Drugič, vsi zdravstveni delavci so dolžni spoštovati temeljno medicinsko načelo, ki pravi »najprej ne povzročaj škode«. Glede na to, da sta preprečevanje bolezni s cepljenjem in prenos na ranljive dokazana ter da cepljenje zdravstvene delavce ohranja zdrave, je to eden najbolj temeljnih moralnih argumentov v prid obveznemu cepljenju proti gripi.

Nazadnje, zdravstveni delavci imajo posebno dolžnost do ranljivih, ki se ne morejo sami zaščititi. To je dolžnost, ki je splošno priznana v etičnih kodeksih. Novorojenčki, dojenčki in osebe z močno oslabiljenim imunskim sistemom v bolnišnicah, domovih za ostarele in v domači oskrbi lahko le malo storijo za svojo zaščito.

Zelo malo bolnikov ve, ali so zdravstveni delavci, ki za njih skrbijo, cepljeni oz. si jih to upa vprašati.

Zdravstveni delavci imajo dolžnost, da storijo vse, kar je v njihovi moči, da ne prenašajo bolezni na tiste, ki se sami ne morejo zaščititi. To je moralna obveza, ki ima prednost pred osebno izbiro in je obveza tako kot druge delovne obveznosti.

Obstaja pa še en močan moralni razlog za uvedbo obveznega cepljenja za vse, ki delajo v zdravstvu. S tem, da zdravstveni delavci odklanjajo cepljenje, vzbujajo strah pred cepivi, krepijo odpor do cepljenja in dajejo slab zgled javnosti. Sklicevanje na pravico do osebne izbire proti bolnikovi pravici do zaščite in ignoriranje dejstva o varnosti cepljenja je samo podpora tistim, ki cepljenje odklanjajo.

Ali ni v času, ko se zaradi staršev, ki odklanjajo cepljenje svojih otrok, pojavljajo izbruhi ošpic, oslovskega kašlja, mumpsa, dolžnost vsakega zdravstvenega delavca, dajati dober zgled?

Na Univerzi v Pensilvaniji, v bolnišnicah in pridruženih otroških bolnišnicah je cepljenje proti gripi obvezno. Izjema so samo tisti z zdravstvenimi kontraindikacijami. Delež precepljenosti je zdaj več kot 98-odstoten. Tudi tisti, ki niso strokovni delavci, so že motivirani zaradi visoke precepljenosti zdravnikov in medicinskih sester, s katerimi sodelujejo, in se tudi sami želijo cepiti proti gripi. Le peščica delavcev se zaradi napačnih predstav o cepivu ni cepila proti gripi in tako so ostali brez zaposlitve. Podpora obveznemu cepljenju, kljub izgubi osebne izbire, je še vedno zelo močna.

Ključnega pomena za uspeh uvedbe obveznega cepljenja je, da zdravstveni delavci v celoti razumejo tako empirične kot tudi moralne razloge za takšno zahtevo. Brez etičnih temeljev uvedba obveznega cepljenja naleti na močan odpor. Uvedba obveznega cepljenja mora biti za vsako delovno mesto dobro premišljena, potreben je celovit izobraževalni program, v primeru dvomov in bojzani pa je potrebno zagotoviti svetovanje. Novi zaposleni morajo razumeti, da je cepljenje pogoj za zaposlitev in razloge za to.

Že v zdravstvenih izobraževalnih ustanovah mora biti jasno povedano, da so za poklice, kot so zdravniki, medicinske sestre, in za druge zdravstvene poklice cepljenje proti gripi in drugi varnostni in higienski ukrepi obvezni.

Cepljenje je dolžnost, ki jo človek prevzame, ko postane zdravstveni delavec. Obveznost cepljenja je v skladu s poklicno etiko, prinaša veliko koristi, vključno z nekaterimi, ki se nanašajo na zdravstvene delavce in njihovo zaščito, in ohranja delovno zmožnost zaposlenih. Je zgled, ki omogoča pošteno sodelovanje med tistimi, ki delajo v bolnišnicah, in širšo javnostjo in omogoča izobraževanje o koristnosti cepljenja. Čas je, da cepljenje proti gripi postane poklicna dolžnost in s tem obvezno za zdravstvene delavce.

Vir: The Lancet, Volume 378, Issue 9788, Pages 310–311, 23 July 2011

Prevod in priredba: Tatjana Frelj

Hierarhija pod drobnogledom

Izsledki novjših raziskav, ki so jih izvedli v ZDA in Kanadi, pričajo, da je odnos do hierarhije v zdravstvu zelo občutljiv in spremenljiv, nenehno na prepihu. Večina zdravnikov, ki so kot prostovoljci sodelovali v ameriški študiji na zvezni ravni, je ob vprašanju »Kakšen je vaš odnos do avtoritete in do hierarhije?«, porabilo kar precej časa za razmislek. Le redki so bili pripravljeni in sposobni takoj odgovoriti nanj brez premisleka in potem svoj odgovor tudi dovolj zavzeto, tehtno in določno argumentirati. Raziskovalci z nove celine v svojem poročilu navajajo zanimivo (in tudi pričakovano) ugotovitev, da je glavnina mlajših zdravnikov pristašev sodobne ploske, horizontalne hierarhične ureditve. Večina njihovih starejših kolegov v belem pa meni, da je tudi v času nenehnih sprememb, ki zahtevajo hitro prilagajanje nestabilnim pogojem, še vedno boljše tradicionalna, vertikalna hierarhija, ki utrjuje položaje na vrhu in tiste pod njim postavlja v (vsaj formalno) podrejen položaj. Na vprašanje, kakšen hierarhični sistem bi uvedli v svoji organizaciji oziroma ustanovi in kakšen je po njihovem prepričanju najbolj primeren za zdravstveni sektor, pa je glavnina postregla z ne povsem določnim odgovorom, ki dopušča možnost različne interpretacije in praktične izvedbe: »Odvisno od trenutnih zahtev in pogojev.«

Ob vprašanju, koliko avtoritete in vnaprej določene, »predpisane« hierarhije prenese demokratično vodenje, upravljanje in delovanje v zdravstvu, pa so se spet lomila kopja med pragmatičnimi tradicionalisti in »oportunističnimi neoliberalci«, saj prvi zagovarjajo trdno, vnaprej definirano in predpisano hierarhično strukturo, drugi pa prisegajo na svobodo, sprotne prilagajanje in potrebne oziroma ustrezne in smiselne spremembe ad hoc.

Viri: HealthToday, Health Management

Nina Mazi

Prvih sto let

Ob stoti obletnici ustanovitve internega oddelka slovenjgraške bolnišnice
Franc Verovnik



Bolnišnica v Slovenj Gradcu leta 1900.

V »mestecu med gorami«, kot je Slovenj Gradec slikovito imenoval pisatelj Ksaver Meško, ima skrb za obolele in siromašne že dolgo tradicijo. Leta 1419 je oficial slovenjgraške gosposke Janez iz Loke (Johann von Laak) ustanovil mestni špital, ki je bil bolj nekakšen azil za ubožne in ne prava bolnišnica. Stal je nedaleč stran od zdajšnje bolnišnice, ob cerkvi Svetega Duha, ki je znana tudi kot Špitalska cerkev in jo je prav tako zgradil Janez iz Loke. Ubožnica je svojemu namenu služila do končane druge svetovne vojne. Proti koncu 19. stoletja se je več krajev po slovenskem delu Štajerske potegovalo za ustanovitev javne bolnišnice v današnjem pomenu besede. V Slovenj Gradcu je bil pri teh prizadevanjih najbolj uspešen takratni okrajni zdravnik dr. Hans Harpf (1866–1938). Že leta 1896 je v poslopju, ki mu ga je podarila okrajna hranilnica (*Bezirksparkasse*), ustanovil začasno okrajno bolnišnico. Po prizadevanju dr. Harpfa, vplivnih meščanov in deželnih poslancev so 18. februarja 1898 na zasedanju deželnega zbora vojvodine Štajerske v Gradcu s posebnim zakonom povzdignili zasilno bolnišnico v javno, kar je še isto leto 14. junija potrdil cesar Franc Jožef I. z zakonom enake vsebine. Prav tako so tega leta začeli graditi poslopje nove bolnišnice v neposredni bližini že obstoječe zasilne ustanove. Dograjena je bila 23. decembra 1899, v njej je bilo 110 bolniških postelj. Hkrati z njo so postavili še posebno izolirno barako z 21 posteljami. Še isti dan so preselili bolnike v nova objekta. Tega dne je zapeljal mimo bolnišnice tudi prvi vlak na novi progi Dravograd–Velenje.

V prejšnji zasilni bolnišnici je negoval in hranil bolnike en sam strežnik, zdravnik je prihajal od zunaj. Novozgrajena javna bolnišnica pa je dobila stalnega zdravnika, ki je poleg tega imel še zasebno ordinacijo. To je bil že omenjeni prim. Harpf, kirurg in splošni zdravnik. Pri delu na kirurškem in na tako imenovanem splošnem oddelku so mu sprva pomagali razni sekundariji.

Opravljali so manjše kirurške posege, na večje pa so morali bolniki v Maribor ali Gradec. Bolnike so negovale usmiljene sestre iz reda sv. Vincencija iz Gradca.

Leto 1911 lahko štejemo za uradni začetek delovanja internega oddelka v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec. Ustanovili so ga namesto dotedanjega splošnega oddelka in za njegovega prvega predstojnika je bil s 1. januarjem 1911 imenovan prim. Ferdo Kunej (1877–1933), po rodu iz Oplotnice na Pohorju, ki se je leto dni prej zaposlil v bolnišnici. Že čez tri leta so z izbruhom prve svetovne vojne v bolnišnici prevladali kirurški bolniki, ker so v njej zdravili ranjence, obseg dela na internem oddelku pa se je zelo skrčil. Po koncu vojne so prim. Harpfa zaradi njegovega nemškega porekla in drugačnih nazorov precej neljubeznivo odslovili. Vodenje bolnišnice in kirurškega oddelka je leta 1919 prevzel prim. Vinko Železnikar (1877–1936), ki je takoj uvedel slovenščino kot uradni jezik. V bolnišnici je poskrbel za nadaljnji strokovni razvoj, dozidali so upravno poslopje in nabavili nekaj za tiste čase sodobne opreme, med drugim leta 1929 nov rentgenski aparat, ker je bil prejšnji iz leta 1905 že dotrajan. Na internem oddelku je prim. Kunej ostal predstojnik do 31. maja 1932, ko se je upokojil.

Leta 1933 je uprava bolnišnice povabila dr. Franja Radšla (1899–1987), rojaka iz bližnjih Pameč, da prevzame vodstvo internega oddelka. Tisto leto je namreč na Golniku opravil izpit iz interne medicine in ftiziologije. Težko je privolil, ker je imel na Golniku boljše možnosti za strokovni razvoj, opraviti pa je želel še dodatno strokovno izpopolnjevanje na internem oddelku v Mariboru in na interni kliniki na Dunaju. Prim. Franjo Radšel je vodil interni oddelek zelo uspešno od 12. julija 1934 do 5. julija 1937. Začeli so z rentgensko diagnostiko pljuč, srca in prebavil, leta 1936 so namesto prejšnje v zasilni baraki zgradili novo izolirnico za tuberkulozne bolnike. V Črni na Koroškem je leta 1936 ustanovil protituberkulozni dispanzer, kamor je hodil delat enkrat tedensko. Končno se mu je leta 1937 uresničila njegova velika želja, da bi postal ftiziolog v mariborski bolnišnici, kjer je bil to leto ustanovljen samostojni odsek za zdravljenje tuberkuloze. Postal je njegov predstojnik in hkrati eden od pomembnih organizatorjev boja proti tuberkulozi v severovzhodni Sloveniji.

Po njegovem odhodu je predstojništvo internega oddelka prevzel dr. Lojze Simoniti (1901–1957), obenem pa še vodnje bolnišnice, ker je prim. Vinko Železnikar nekaj mesecev pred tem nenadoma umrl. Na kirurškem oddelku pa je postal predstojnik prim. Stane Strnad (1902–1979), specialist kirurg. Tudi prim. Simoniti je do preemestitve delal na Golniku, kjer je leta 1935 opravil specialistični izpit iz pulmologije in leta 1937 iz interne medicine. Z družino se je preselil v Slovenj Gradec



Prim. dr. Ferdo Kunej.



Prim. dr. Franjo Radšel.



Prim. dr. Lojze Simoniti.



Dr. Otto Korschitz.

2. julija 1937 in nemudoma prevzel nove dolžnosti, ki jih je opravljal do 2. maja 1941, ko so Nemci odpustili oba predstojnika. Poleg njega je na oddelku delal še zdravnik sekundarij, npr. leta 1940 dr. Peter Lenče, kasnejši profesor farmakologije na ljubljanski medicinski fakulteti. V Slovenj Gradcu je prim. Simoniti že leta 1937 ustanovil protituberkulozni dispanzer. S svojo strokovnostjo in organizacijsko sposobnostjo je dosegel vidne uspehe pri zdravljenju in preprečevanju pljučne tuberkuloze, ki je bila tiste čase med najpogostejšimi vzroki smrti.

Med drugo svetovno vojno so okupatorji v bolnišnici zaposlili svoje ljudi na vsa vodilna mesta. Od maja 1941 do kapitulacije jo je vodil prim. Herbert Schwarz iz Brucka na Muri, predstojnik internega oddelka je postal dr. Otto Korschitz (1905–1944). Njegovo nagrobno ploščo je mogoče videti na zidu dvorišča nekdanje Wolfove rojstne hiše, kasnejše glasbene šole in zdajšnjega Muzeja Huga Wolfa. Bil je nečak slavnega glasbenika, njegova mati je bila Arienne Wolf, poročena Koršič (1867–1923), sestra Huga Wolfa. Marca 1944 je naletel na partizansko patroljo v bližnjem kraju Podgorje in v spopadu izgubil življenje. Nadomestil ga je dr. Karpf, o katerem razen priimka niso znani nobeni drugi podatki. Med vojno so Nemci modernizirali operacijske prostore in nabavili nov Siemensov rentgenski aparat, ki so ga uporabljali vse do leta 1964. Zaposleni so ga imenovali slamoreznica, zaradi ropota, ki ga je povzročal med delovanjem. Na njem so preiskave opravljali internisti in kirurgi.

Prim. Lojze Simoniti je moral septembra 1941 na prisilno delo v bolnišnico v mesto Breslau (danes Wrocław), od koder je uspel februarja 1945 pobegniti domov in se povezati s partizani. Ko je 9. maja 1945 Nemčija kapitulirala, je še istega dne prim. Schwarz poklical oba predvojnja predstojnika, prim. Simonitija in prim. Strnada, ter jima predal bolnišnico in bolnike. Prim. Strnad je ponovno prevzel vodenje kirurškega oddelka, prim. Simoniti pa vodenje bolnišnice in internega oddelka, čeprav je zaradi religioznosti veljal za »politično neprimernega«, saj je

bilo v njegovi karakteristiki zapisano, da je »ideološki nasprotnik, ki ga ni mogoče pridobiti«. Leta 1946 se je na oddelku zaposlil specializant interne medicine dr. Feliks Kosec, ki je po specialističnem izpitu leta 1951 postal predstojnik internega oddelka novomeške bolnišnice. Po letu 1950 pa so prišli prvi zdravniki s takrat že popolne ljubljanske medicinske fakultete in začeli s specializacijami, saj na oddelkih razen predstojnikov ni bilo nobenih specialistov. Hkrati se je postopoma večalo število medicinskih sester. Leta 1948 so namreč morale usmiljene sestre, ki so opravljale delo bolničark, nenadoma zapustiti bolnišnico, medicinskih sester pa sploh ni bilo. Ker je po vojni postala bolnišnica premajhna, so v letih od 1948 do 1952 zgradili zasilno stavbo, tako imenovani paviljon, v katerega so namestili pljučni oddelek in del kirurškega. Nabavili so tudi novo opremo, med drugim leta 1954 prvi aparat za snemanje EKG. Pred tem so morali bolniki na snemanje EKG v Celje ali Ljubljano, kar je pomenilo večurno vožnjo z vlakom tja in nazaj. V okviru internega oddelka so ustanovili lastno lekarno, laboratorij in transfuzijsko postajo. Slednjo je vodil dr. Stane Zupančič, specialist internist, kasnejši predstojnik internega oddelka novogoriške bolnišnice. Ker je v teh letih hitro padalo število nalezljivih bolezni, so leta 1955 ukiniti infekcijski oddelek.

Februarja 1957 je zaradi posledic prometne nezgode nenadoma umrl prim. Simoniti, zato je vodenje bolnišnice 16. februarja prevzel prim. Strnad. Predstojništvo internega oddelka je začasno, do 28. februarja 1958, opravljal specializant interne medicine dr. Bogdan Dolenc, ki je bil zaslužen za ustanovitev ambulante za diabetike na internem oddelku v letu 1956. Bila je med prvimi v Sloveniji in je delovala enkrat mesečno. Ob njihni ustanovitvi so obravnavali sedem diabetikov, štirje od njih so potrebovali stalno zdravljenje z inzulinom. Po opravljenem specialističnem izpitu iz interne medicine je dr. Dolenc postal predstojnik internega oddelka bolnišnice v Črni na Koroškem. Začasna predstojnica je postala specializantka interne medicine dr. Sonja Masle, dokler ni 19. maja 1958 predstojništva prevzel dr. Ivo Raišp (1926–2009), specialist interne medicine z

doktoratom znanosti, ki ga je obranil 6. junija 1957 na Medicinski fakulteti v Ljubljani.

V tem času so se v bolnišnici dogajale pomembne spremembe. S 1. januarjem 1958 sta bila ustanovljena otroški oddelek, ki ga je vodil prim. Miloš Lužnik, in ginekološko-porodniški oddelek, ki ga je začasno vodil prim. Strnad, od leta 1961 dalje pa prim. Dimitrij Mikuš. Zaradi povečanega števila bolnikov in obsega strokovnega dela je bilo potrebno zgraditi dodatne stavbe. V času od 1959 do 1964 je bilo zgrajeno novo poslopje za kirurgijo in ginekologijo s porodništvom. Interni oddelek je ostal v stari stavbi iz leta 1899 z dotrajanimi prostori. Zato so v letih od 1968 do 1972 zgradili prizidek k tej stavbi in vanj preselili del internega oddelka, v pritličje pa laboratorij. Sledila je prenova stare stavbe, ki je bila zahtevna, ker delo na internem oddelku ni smelo trpeti. Komaj so se v del prenovljene stavbe preselili bolniki, že so začeli rušiti drugi del in ga graditi na novo. Bolnike je bilo treba včasih oskrbovati kar čez zasilne hodnike in jih prenašati na nosilih po stopnicah, ker ni bilo dvigala. Obnova je bila končana leta 1979, povsem pa je bil oddelek obnovljen leta 1982.

S prihodom prim. dr. Raišpa se je na oddelku nadaljeval strokovni razvoj, ki je v 31 letih njegovega predstojništva dosegel velike razsežnosti. Uvedel je številne nove metode prepoznavanja in zdravljenja bolezni. Leta 1961 je opravil prve biopsije jeter. Za začetek so zdravniki na oddelku drug drugemu punktirali jetra. Pri tem je prof. Raišp nehoti napravil prvo biopsijo ledvic. Svojemu kolegu je sicer punktiral jetra, histološki izvid pa se je glasil »tkivo normalne ledvice«. Kasneje se je naučil pravilno punktirati ledvice pri prof. Radoniću v Zagrebu in nato prenesel to znanje na svoje sodelavce. Poskusili so tudi transplantirati kostni mozeg in opravili celo nekaj kateterizacij srca. Prav tako so opravljali bronhoskopije s togim bronhoskopom in gastrokopije s poltogim gastrokopom. Po opravljenem podiplomskem študiju iz nuklearne medicine leta 1961 je prof.

Raišp s tehnikom in kasnejšim zdravnikom Janezom Burnikom, dr. med. (r. 1937), ustanovil radioizotopni laboratorij, ki mu je bila od vsega začetka pridružena ambulanta za bolezni ščitnice. Leta 1971 so v njem začeli opravljati še renografije. Iz tega laboratorija se je leta 1974 razvila samostojna enota za nuklearno medicino, ki jo je do svojega odhoda v novogoriško bolnišnico leta 1979 vodil dr. Burnik, nato nekaj časa prof. Raišp, od leta 1981 dalje pa jo vodi Mitja Sterle, dr. med. (r. 1948).

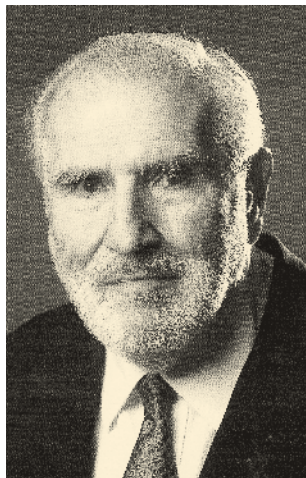
Leta 1962 se je od oddelka ločila transfuzijska postaja, dve leti kasneje še laboratorij in rentgen, nastale so samostojne enote. Na internem oddelku so že leta 1963 uredili poseben prostor za zdravljenje ogroženih bolnikov, tako imenovano šok sobo, zametek kasnejše enote za intenzivno nego in zdajšnje intenzivne terapije. Za njegov strokovni razvoj in za razvoj kardiologije na oddelku je vestno skrbela že omenjena specialistka interne medicine prim. Sonja Masle, dr. med. (1922–2007). Ko se je leta 1987 upokojila, je odšla kar za devet let na Madagaskar kot laična misijonarka zdravnica.

Med prvimi v Sloveniji so leta 1971 slovenjgraški internisti začeli z dializami. Največ zaslug pri tem je imel prim. Jurij Simoniti, dr. med. (r. 1931), specialist interne medicine, sin prim. Lojzeta Simonitija. Istega leta so nabavili fleksibilni gastrokop, ki je bil pogoj za nadaljnji razvoj endoskopije na internem oddelku, za kar se je najbolj zavzemal Tone Ravnikar, dr. med. (1934–2005). Pričele so se diagnostične in terapevtske gastrokopije, leta 1975 pa še koloskopije. Pomemben mejnik pomeni leto 1977, ko so začeli vstavljati začasne spodbujevalnike srca in leto dni kasneje tudi trajne, ki jih je s pomočjo internistov in anestezičistov vstavljal prim. Drago Plešivčnik, dr. med. (r. 1929), specialist kirurg in dolgoletni uspešni direktor slovenjgraške bolnišnice. Iz različnih razlogov so morali z vstavljanjem trajnih spodbujevalnikov žal kmalu prenehati.

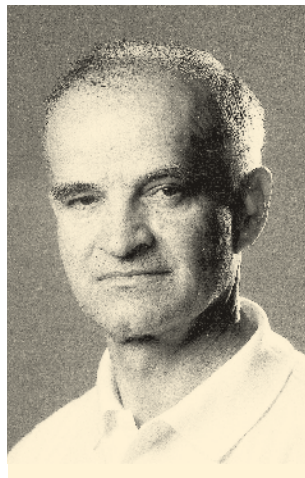
Zaradi velikega števila bolnikov z nevrološkimi težavami se je v letu 1984 na internem oddelku zaposlil specialist nevrolog



Prim. Sonja Masle, dr. med.



Prim. prof. dr. Ivo Raišp, dr. med.



Prim. mag. Franc Verovnik, dr. med.



Prim. Davorin Benko, dr. med.

Franc Kotnik, dr. med. (r. 1949), in njegova strokovna pomoč je bila internistom zelo dobrodošla. Uspešno se je vključil v delo na oddelku in v novoustanovljeni nevrološki ambulanti, tako da se je lahko večina nevroloških bolnikov iz regije zdravila v domači bolnišnici. Ker se je obseg znanja iz interne medicine skokovito povečal, se je začela deliti na razne specialnosti. Zato je bilo nujno potrebno uvesti posamezne subspecialistične ambulante namesto dotedanje ene same, tako imenovane *internistične* ambulante. Leta 1984 je bil ustanovljen tudi diabetični dispanzer, ki je bil z drugačnim načinom in večjim obsegom dela med bolniki dobro sprejet. Zaslužen za to je bil njegov vodja, prim. Leopold Budna, dr. med. (1921–2003), avtor številnih feljtonov z naslovom *Vrabički z naše strehe*, ki jih je več let objavljala v tedanjem Zdravstvenem vestniku. Gre za sestavke v rimani prozi, v katerih je prim. Budna pod psevdonimom Le-A-Bu na duhovit način kritiziral družbene razmere, zlasti v zdravstvu. Škoda, da sestavki niso bili nikoli zbrani in objavljeni v knjižni obliki.

Vzporedno z razvojem znanja so se pojavljale tudi nove preiskovalne metode in aparature. Med drugim je bilo potrebno posodobiti kardiološko dejavnost, kar se je zgodilo leta 1981 z nakupom cikloergometra in leta 1984 z uvedbo ehokardiografskih preiskav – sprva sicer na skupnem ultrazvočnem aparatu z rentgenologijo, od leta 1993 pa na lastnem ehokardiografu. V enoti za nuklearno medicino je bila leta 1989 nameščena sodobna gama kamera, podprta z računalniško obdelavo.

V času predstojništva prim. dr. Raišpa se je oddelek okreplil tudi kadrovske. V tem obdobju je opravilo specializacijo iz interne medicine enajst zdravnikov, ki so večinoma ostali na oddelku. Po ukinitvi poklica bolničarka v sedemdesetih letih se je povečalo število medicinskih sester, večine s končano srednjo zdravstveno šolo, ki je bila leta 1975 za te namene ustanovljena v Slovenj Gradcu. Interni oddelek je postal učna baza za specializante različnih smeri zlasti potem, ko je bil prim. dr. Raišp leta 1965 v Zagrebu habilitiran za docenta, leta 1976 na Medicinski fakulteti v Ljubljani za izrednega profesorja, leta 1986 pa za rednega profesorja interne medicine. Predaval je izbrana poglavja iz interne medicine, večinoma endokrinologijo in diabetes. Prof. dr. Raišp je na oddelku spodbujal tudi raziskovalno dejavnost, zdravniki so sodelovali na številnih strokovnih srečanjih, kongresih doma in v tujini, njihovi strokovni članki so bili objavljeni v raznih strokovnih publikacijah.

Prof. dr. Raišp se je upokojil 31. maja 1989. Predstojništvo je s 1. junijem prevzel prim. mag. Franc Verovnik, dr. med. (r. 1947), in ga opravljal štirinajst let do 15. junija 2003, ko ga je nasledil zdajšnji predstojnik prim. Davorin Benko, dr. med. (r. 1961). V tem obdobju se je oddelek uradno preimenoval v Oddelek za interno medicino. Zaposleni so uspešno sledili vsem trendom razvoja sodobne interne medicine doma in v svetu – tako glede strokovnega dela kot glede sodobne opreme. Razmah računalništva je omogočil povsem drugačne dimenzije pri obravnavanju bolnikov in njihovih bolezni. Obseg znanja se je močno povečal, strokovne informacije pa so postale dostopnejše. Oddelek

je zdaj izpopolnjen s strokovnimi kadri, z ustrežno opremo, s primernimi prostori, tudi bivalni pogoji za bolnike so bistveno boljši, kot so bili pred desetletji. Nadaljujejo se znanstvena, pedagoška in publicistična dejavnost, o čemer priča zajetna bibliografija, ki jo je mogoče videti na spletni strani www.sb-sg.si/UserFiles/File/bibliografijaInterneOdd.pdf.

Pomemben dosežek za oddelek predstavlja ustanovitev Centra za zdravljenje bolnikov s Fabryjevo boleznijo 22. oktobra 2004. Center uspešno vodi asist. prim. Bojan Vujkovic, dr. med. (r. 1962), in je edini te vrste v Sloveniji, po rezultatih pa eden vodilnih v Evropi. Fabryjeva bolezen je redka, na moški spolni kromosom X vezana dedna bolezen, pri kateri so zaradi pomanjkanja encima v presnovi lipidov prizadeti vsi organi. Prvi bolnik s to boleznijo je bil odkrit v slovenjgraški bolnišnici leta 1991 po naključju. Pregledan je bil pri internistu zaradi suma na petehije, ki so imele nevsakdanji videz. Zato je bil bolnik napoten še na konziliarni pregled k strokovno zelo dobro podkovani specialistki dermatologije v bolnišnici Jožici Kotnik, dr. med., ki je na podlagi kožnih sprememb postavila sum na Fabryjevo bolezen. S kasnejšimi preiskavami je bila diagnoza potrjena in v bolnikovi rodbini je bilo kasneje ugotovljenih kar 17 članov s to boleznijo. Do danes je bilo v Sloveniji odkritih 44 takih bolnikov, od teh jih živi še 38. Bolniki, zlasti moški, so umirali sorazmerno mladi, dokler ni bilo uvedeno nadomestno encimsko zdravljenje z umetnim encimom. V centru so s takim zdravljenjem začeli že leta 2003 in si s skrbnim sledenjem bolnikov nabrali veliko izkušenj. Poleg tega se trudijo ozaveščati javnost, predvsem strokovno, o pomembnosti zgodnjega odkrivanja bolezni – že v otroštvu, ko organi še niso usodno prizadeti.

Ne nazadnje je potrebno omeniti še vse tiste, ki so poleg zdravnikov na oddelku prispevali pomemben delež k uspešnemu zdravljenju bolnikov. Gre za številne vestne in marljive sodelavke – medicinske sestre, zadnje čase tudi medicinske tehnike, administratorke in strežnice. Gre za specialiste drugih vej medicine, predvsem kirurge, urologe, ginekologe, dermatologa in ostale specialiste iz drugih ustanov, ki so bili vedno na voljo za strokovne nasvete. Velik pomen za uspešno delo lahko pripišemo tudi zavestnemu ustvarjanju in vzdrževanju dobrih medčloveških odnosov med zaposlenimi in njihovemu spoštljivemu odnosu s pravo mero empatije do bolnikov. Le v takem sožitju jih je bilo mogoče v tem dolgem obdobju optimalno zdraviti.

In kakšen bo nadaljnji razvoj internistike v slovenjgraški bolnišnici v naslednjih stotih letih? Vsi si želimo, da bi uspešno prestala vse družbene in gospodarske pretrese – tako kot jih je v času od ustanovitve oddelka do danes – da se bo lahko še naprej nemoteno strokovno razvijala. S tem bo omogočeno osnovno poslanstvo zaposlenih na oddelku: čim hitreje prepoznati in uspešno pozdraviti boleznijo pri bolnikih, ki se prihajajo zdraviti z velikim zaupanjem in prepričanjem, da bodo deležni ustreznih zdravstvenih pomoči, kakor so je bili v preteklih stotih letih.

Hvalnice

Alojz Ihan: Hvalnica rešnjemu telesu
Cankarjeva založba, Ljubljana, 2011, 137 str.

Brina Svit: Hvalnica ločitvi
Cankarjeva založba, Ljubljana, 2011, 98 str.

Vinko Möderndorfer: Hvalnica koži
Cankarjeva založba, Ljubljana, 2011, 100 str.

Na hrbtni strani zadnje platnice urednik takole predstavi zbirko:

»*Hvalnice* so kratka besedila, ki jih znane osebnosti, predvsem iz sveta umetnosti in znanosti, pišejo na izbrane teme. Življenjske prelomnice, poklicne izkušnje, intimne zgodbe so izhodišča za iskrena, pogosto provokativna razkrivanja najbolj osebnih pogledov ...«

Ko sem šel kupovat Ihanovo knjigo, vsega tega seveda nisem vedel. A ko sem v knjigarni skoraj hkrati zagledal vse tri, mi je bilo samoumevno, da sem vse tri tudi takoj kupil. In skrbno sem pazil, da ne bi prebral kake ocene o zbirki, preden je ne bi prebral vse.

Ne vem, zakaj sem se za zapis o Ihanovi knjigi (ISIS 2011; 20 [11]: 62-63) odločil, še preden sem prebral ostali dve. Zamisel, vse tri predstaviti hkrati, pa se je pojavila med branjem druge in se utrdila med branjem tretje knjige.

Brina Svit meni, da je življenje pravzaprav sestavljeno iz ločitev. Kar je mogoče razumeti na dva nasprotujoča in izključujoča se načina. Kot: človek odide zato, da se vrne – ali nasprotno: človek se vrne zato, da odide. Se pravi: kaj pomeni *oditi* – in kaj pomeni *vrniti se*? In v tem kontekstu je zanimivo njeno stališče o prijateljstvu. Da so dobri (dobri!) prijatelji tisti bivši ljubimci, pri katerih ob razhodu, ob razpadu ljubimske zveze ni nastalo *preveč škode*. Zakaj torej ločitev (razhodu)? Zakaj ločitev kot pogoj za nastanek prijateljstva?

Vinko Möderndorfer pa meni, da se na tem svetu vse dogaja na koži, mejni površini med človekom (njegovu notranjostjo) in njegovim okoljem (zunanjim svetom). Se pravi, gre za dva dela, morda celo dve polovici, ki pa lahko delujeta (živita?) le kot celota.

Naj obračam tako ali drugače, vse tri knjige obravnava človeka in njegov(e) odnos(e). Da so z odnosom sami križi in težave, a brez odnosa ne gre.

V njihovem opisovanju se mi zdi Brina Svit najbolj eksplicitna tako, da morda najbolj poudari zelo konkreten žensko-moški odnos. Pravzaprav dva: svoj (ženski) odnos do moža (soproga, zakonca) in do

ljubimca (str. 84; ki ga je spoznala, ko – ker? – je ob njej na klopi v parku bral zgodbo z naslovom *Nova ljubezen*). Pravzaprav je vsa njena knjiga opis, kako sta se z ljubimcem spoznala, srečevala, se ljubila, si pošljala esemese in kako se je vse stopnjevalo, dokler on njej ni sporočil, da je konec, da izstopa iz njene zgodbe. Ki je pravzaprav ni bilo; če o zgodbi ni zapisa, je ni:

... Oddalji se za nekaj korakov, najde miren prostor, da lahko še enkrat zbrano prebere zadnji esemes. Nenadoma začuti, kako ji vsa kri izgine iz obraza. Preveč komplicirano? Umika se iz njenega življenja? ... Ji bo povedal jutri. Saj ne bosta prekinila kar tako, po telefonu (str. 18). ...

... Kaj pravzaprav ženske ljubijo na moških, se sprašuje in vročično išče zvezek, kamor je prepisala njegove esemese, kot da bi lahko v njem našla odgovor (str. 44).

... V postelji si bova povedala vse, kar je treba, pomisli, ko stopita v hotelsko poslopje in se vzpeta po stopnicah do drugega nadstropja. V postelji je vse lažje. V postelji mi bo razložil, kaj se je zgodilo. Saj bo še vse v redu, saj bo vse tako kot prej, saj ne more biti drugače, si ponavlja, ko se znajdetata v ceneni in žalostni hotelski sobi... (str. 60).

Ljubiti morda pomeni to: želiti si pripadati nekemu telesu, spolu, ustom, pomisli nenadoma, kot bi šlo za odkritje. Pripadati njegovemu telesu, njegovim ustom, njegovi koži, njegovemu vonju ... si ponovi in začuti, kako ji zadrgeta, zaihti v grlu. Kaj se dogaja? Pa menda ne misli jokati zdaj, ko je končno v njegovem objemu? ... (str. 66).

Möderndorfer pa je bolj zakrit. Seveda opisuje tudi sebe – kot otroka, mladostnika in odraslega – v ospredju pa je ženska. Vendar ne kot neka konkretna oseba, temveč kot *pojem o ženskosti*, o večni privlačnosti za moškega. Ki pa se ob vsaki konkretni ženski razblini in moški začne svoje iskanje vedno znova; moška predstava o ženski je tako osebna, tako *individualno moška*, da je nezdružljiva z vsako zemeljsko žensko. Ta zgodba se *prizemlji* le enkrat, v opisu srečanja in spoznavanja ženske z imenom *Sidra* v London, ki pa se je štela za Sikhinjo (str. 75–78):

... Rekla je: *Tudi z drugimi spim. Ljubim pa lahko le svoje ljudi*. Nekaj časa sva gledala skozi okno. Prižgale so se ulične svetilke. ... *V kopalnico grem*, je rekla in odšla preko sobe. Sedel sem na posteljo. Nisem vedel, kaj naj si mislim. *V kopalnico grem*. Je to to? ... Prišla je. Stala je pred mano in si slekla

bluzo. V žarenju televizijskega ekrana se je zasvetila njena modra koža. Črni bradavici in vsa golota do mladega popka. ... Vstala je in se slekla do konca. V hipu sem stal nag pred njo. *Imaš?* me je vprašala. *Kaj?* sem jo vprašal. *Saj veš, kondom? Nočem, da se me tvoja koža dotakne od znotraj ...* To je rekla na poseben način ... Z gnusom? Mogoče. Ne vem. Takrat, s stoječim kurcem v roki, sem ji oprostil njen gnus. ... Spomnil sem se, da sem videl v pubu na koncu ulice kondomat. ... Ona, da me bo počakala, pravi. ... Kondomi so v vseh barvah kože in tudi v barvah, v katerih ni nobena človeška koža. Zlata, zelena, roza. ... Tečem k njej. K sikhovski lepoticici. Potiho se priplazim v stanovanje. Tema je. Samo televizor je prižgan. Ona, Sidra, leži na kanapeju, s kockasto odejo je pokrita do vratu, in spi. Obraz spokojen in miren. Blag. Sedem poleg nje. ...

Tako se mi zdi, da tu Möderndorfer ponovi zgodbo, ki jo je zapisal že nekoč prej, v *Nekaterih ljubeznih*. Ki pa tudi tokrat ne dosega njegove najboljše, *Nespečnost*. Tako kot tudi Brina Svit v nekem smislu obnovi *Odveč srce*, in ki tudi ne dosega njene najboljše zgodbe, *Con brio*, izvrstnega parafraziranja znamenite *Ženska in pajac* (oz. *Ženska in možicelj*) Pierra Louÿsa.

Vse tri knjige torej obravnavajo heteroseksualni odnos. Ihan bolj načelno, ostali dve knjigi pa kar konkretno: z več partnerji, zapored ali hkrati. Četudi precej in žensko zadržana, je najbolj eksplicitna Brina Svit tako, da je nekako v ozadju zakon, zakonski soprog in družina (klasična žensko-moška zveza »za vse življenje«), tej zgodbi vzporedno pa ljubimec (ljubimci). Se pravi, vsak vsakokratni par po svoje opredeli etiko za svoj čas. In če zadeva deluje »s kar najmanj škode«, tj. da nihče od udeležencev ne pozna *vse in cele* zgodbe, je vse lepo in prav. A le Ihan pove, kaj je »tisto«, zaradi česar zveza razpade in se nato nastajanje in razpadanje zvez ponavlja vse življenje.

Do pojma *svoboda* se implicitno opredeli le Brina Svit, češ da je le bivši ljubimec lahko dober prijatelj. Kar seveda pomeni moškega, ki ji je čustveno in izkustveno

dovolj blizu – a hkrati ne preveč blizu – da se z njim ona, ženska, lahko pogovarja svobodno, brez omejitve.

To implicitno pomeni, da sta moški in ženska kot prijatelja (kot to opredeli Brina Svit) svobodna, kot ljubimca pa ne. Mar ni to svojevrsten paradoks?

Po moji presoji vse tri knjige opisujejo ne kaj *ljubezen je*, temveč kaj *ljubezen ni*.

Kaj je torej maksima Möderndorferjeve teze, da gre pri človeku za dva dela, morda celo dve polovici, ki pa lahko delujeta (živita?) le kot celota. Kaj išče človek, ki deluje v (heteroseksualnem) paru? Manjkajočo polovico zunaj sebe? Drugega človeka? Ki pa je prav zato obsojen na neuspeh – kot meni Vladimir Bartol v svoji noveli *Samo kratek račun?*

Menim, da je odgovor preprost: v odnosih, še najbolj pa v odnosu ženska - moški človek išče *sebe*. Išče tisti del *svoje* identitete, ki zajema sočloveka. Se pravi, išče svojo socialno identiteto in znotraj slednje svojo spolno identiteto. Zato, ker

- moški lahko svojo moško identiteto izgradi (izpolni) samo z žensko;
- ženska lahko svojo žensko identiteto izgradi (izpolni) samo z moškim.

Celoto svoje spolne identitete človek ne more graditi z odlomki, ki jih dobi pri različnih partnerjih v različnih časih.

Dograjevanje (svoje) identitete hkrati pomeni osvobajanje. V človeku je vse manj strahu; vse manj je t. i. prepovedanih ali zapovedanih tem; je brez t. i. *rdče črte* ne le v sebi, temveč tudi med njim in sočlovekom. Če to zožim na odnos ženska - moški, kaj *ljubezen je*, je takole:

Ženska lahko svobodno razmišlja, razpravlja in se odloča. In v odnosu do moškega, ki je dosegel isto stopnjo razvoja svoje identitete, sta oba hkrati vse: človeka, prijatelja, ljubimca.

Marjan Kordaš

Nadgradnja intranetnega portala Zdravniške zbornice Slovenije

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

Tako smo vzpostavili tudi povezavo s podatkovnimi bazami zbornice in vam tako preko spletnega portala omogočili dostop do večine informacij, ki jih o članstvu vodimo, kot so

npr.: osebni podatki, izobrazba, licence, kreditne točke, zaposlitev, zasebnost, funkcije v zbornici itn. Nekatere podatke lahko spreminjate tudi sami v rubriki »**Moji podatki**« (na desni strani).

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

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.–2. • XLII. MEMORIALNI SESTANEK PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA Z MEDNARODNIM SIMPOZIJEM: »TUMORJI V POVEZAVI Z OKUŽBO S ČLOVEŠKIMI VIRUSI PAPILOMA (HPV)« podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Korytkova 2	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: strokovni sestanek je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Inštitut za patologijo MF v Ljubljani, prof. dr. Nina Gale, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: vlasta.krfovec@mf.uni-lj.si , informacije: Vlasta Krfovec, T: 01 543 71 03, F: 01 543 71 01	

1.–3. ob 7.00 • ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT

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

2. ob 9.30 • MINIMALNO INVAZIVNI POSTOPKI V ZDRAVLJENJU STRESNE URINSKE INKONTINENCE PRI ŽENSKI – IZKUŠNJE IN NOVI VIDIKI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Ginekološka klinika, Šljamerjeva 3, predavalnica stare porodnišnice	št. udeležencev: 80	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: simpozij	organizator: Društvo za uroginekologijo, Ginekološka klinika UKC Ljubljana	prijave, informacije: prijave: E: info@medip.si	

2.–3. • XX. STROKOVNO SREČANJE SEKCIJE ZA ARTERIJSKO HIPERTENZIJO podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Grand hotel Union	št. udeležencev: 200	kotizacija: 90 EUR, kotizacije ni za študente, sekundarije, upokojece	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno družinskim zdravnikom, specialistom interne medicine, kardiologije, nefrologije, specializantom	organizator: Sekcija za arterijsko hipertenzijo, asist. mag. Jana Brguljan Hitij, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: tina.mali@hipertenzija.org , informacije: Tina Mali, asist. mag. Jana Brguljan Hitij, dr. med., T: 01 522 55 18, 01 522 54 95, F: 01 522 56 00	

2.–3. ob 8.30 • PSIHIATRIČNI UTRINKI, PRVI PSIHIATRIČNI DNEVI ZA ZDRAVNIKE SPECIALISTE IN SPECIALIZANTE SPLOŠNE IN DRUŽINSKE MEDICINE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MARIBOR, Oddelek za psihiatrijo, UKC Maribor	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: predavanje z delavnicami je namenjeno zdravnikom splošne in družinske medicine	organizator: Oddelek za psihiatrijo, UKC Maribor, asist. Jure Koprivšek, dr. med.	prijave, informacije: prijave: UKC Maribor, Oddelek za psihiatrijo, Ob železnici 30, 2000 Maribor, s pripisom: Psihiatrični utrinki, informacije: UKC Maribor, Oddelek za psihiatrijo, Ob železnici 30, 2000 Maribor, Jure Koprivšek, dr. med., Andreja Čelofiga, dr. med., T: 02 321 11 33, E: jure.koprivsek@ukc-mb.si	

2.–3. ob 16.00 • XXV. STROKOVNI SESTANEK SLOVENSKEGA NEFROLOŠKEGA DRUŠTVA

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Lek	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje s področja nefrologije, dialize in transplantacije ledvice je namenjeno nefrologom, internistom, transplantologom, pediatrom nefrologom, specialistom družinske medicine	organizator: SZD - Slovensko nefrološko društvo, prof. dr. Rafael Ponikvar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Mida Kandus, Tajništvo KO za nefrologijo, UKCL, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, informacije: doc. dr. Andreja Marn Pernat, dr. med., T: 01 522 31 21, 01 522 33 28, F: 01 522 22 97, 01 522 24 08, E: andreja.marn@kclj.si	

3. ob 9.00 • CISTIČNA FIBROZA PRI OTROCIH IN ODRASLIH

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetni klinični center, velika predavalnica	št. udeležencev: 150	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: pregled novjših spoznanj o cistični fibrozi – pogled iz različnih subspecialnosti je namenjen pediatrom, pulmologom internistom in zdravnikom družinske medicine	organizator: Sekcija za pediatrično pulmologijo, alergologijo, revmatologijo ter klinično imunologijo, Združenje za pediatrijo, SZD, asist. Uroš Krivec, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Uroš Krivec, Pediatrična klinika, Pulmološki oddelek, Bohoričeva 20, 1000 Ljubljana, informacije: asist. Uroš Krivec, dr. med., mag. Marina Praprotnik, dr. med., E: uros.krivec@gmail.com	

5. 12.–16. 2. • SPECIALIZIRANI INTENZIVNI TEČAJ SLOVENSKEGA JEZIKA ZA ZDRAVNIKE IN ZOBOZDRAVNIKE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 525 EUR (z vključenim DDV), vključuje tečaj, učbenik in dodatno gradivo	k. točke: ***
vsebina: Zdravniška zbornica Slovenije v sodelovanju s Centrom za slovenščino kot drugi/tuji jezik organizira specializirani tečaj slovenščine za zdravnike in drugo medicinsko osebje. Našim članom, zdravnikom in zobozdravnikom, pretežno tistim, ki prihajajo iz drugih držav, želimo namreč ponuditi možnost, da izpopolnijo svoje znanje slovenskega jezika.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije v sodelovanju s Centrom za slovenščino kot drugi/tuji jezik	prijave, informacije: prijave: E: branka.gradisar@ff.uni-lj.si . Prijavnico najdete na naši spletni strani W: http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja .	

8. ob 19.00 • CARDIO JOURNAL CLUB: ATRIJSKA FIBRILACIJA – KAJ JE NOVEGA? – SANOFI

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Klub Domus Medica	št. udeležencev: 30	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom, študentom obeh strok	organizator: KO za kardiologijo, UKC Ljubljana v sodelovanju z Društvom mladih kardiologov Slovenije, asist. Blaž Mrevlje, dr. med., in asist. Gregor Poglajen, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: cardiojournalclub@gmail.com , facebook.com/cardiojournalclub, informacije: Blaž Mrevlje, T: 041 665 627, Gregor Poglajen, T: 041 346 505	

9. ob 9.00 • GLAVOBOL IN NEVROPATSKA BOLEČINA S KLINIČNIMI PRIMERI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Hotel Lev, Vošnjakova 1	št. udeležencev: do 250	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: 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	

9. ob 9.00 • MATIČNE CELICE V REPRODUKTIVNI MEDICINI: OD GAMETOGENEZE IN VITRO DO NASTANKA RAKA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Ginekološka klinika, Šljamerjeva 3	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: za zdravnike specialiste je 100 EUR (z DDV), za specializante in drugo zdravstveno osebje 50 EUR (z DDV)	k. točke: v postopku
vsebina: znanstveno srečanje	organizator: Ginekološka klinika, UKC Ljubljana, Slovensko društvo za reproduktivno medicino, Slovensko društvo za tkivno in celično inženirstvo	prijave, informacije: Martina Pečlin, T: in F: +386 1 522 60 20, +386 1 439 75 90, E: martina.peclin@obgyn.mf.uni-lj.si	

9. ob 14.00 • 30 LET SEKCIJE ZA ŠOLSKO IN VISOKOŠOLSKO MEDICINO

kraj: LJUBLJANA, predavalnica Krke, Dunajska 165	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: srečanje je namenjeno specialistom šolske in visokošolske medicine, pediatrom, zdravnikom splošne medicine, zdravnikom družinske medicine	organizator: Sekcija za šolsko in visokošolsko medicino	informacije, prijave: informacije: asist. dr. Mojca Juričič, dr. med., E: juricic.mojca7@gmail.com	

9.–10. ob 8.30 • 28. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: UČENJE IN POUČEVANJE O PROFESIONALIZMU V DRUŽINSKI MEDICINI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: ZREČE, Terme Zreče	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 11
vsebina: Učne delavnice so namenjene sedanjim in bodočim mentorjem študentov in specializantov s področja družinske medicine. Namen delavnic je udeležencem pomagati razumeti pomen profesionalnega odnosa zdravnika do bolnikov, sodelavcev in nasploh vseh ljudi in institucij v okolju, v katerem zdravnik dela in živi	organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru, Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, prim. prof. dr. Janko Kersnik, prim. doc. dr. Mateja Bulc, asist. mag. Andrej Kravos, doc. dr. Marija Petek Šter, prim. asist. 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	

9.–10. ob 8.00 • TEČAJ ULTRAZVOKA MIŠIČNO-SKELETNEGA SISTEMA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, URI Soča, predavalnica, IV. nadstropje	št. udeležencev: 24	kotizacija: 500 EUR (z DDV)	k. točke: ***
vsebina: tečaj je namenjen specialistom in specializantom radiologije, fizikalne in rehabilitacijske medicine, revmatologije in ortopedije, ki obvladajo osnove UZ-dijagnostike in ultrazvok že uporabljajo pri vsakdanjem delu	organizator: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, asist. dr. Primož Novak, dr. med., asist. Vlada Salapura, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Vesna Grabljevec, URI Soča, Tajništvo klinike, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, informacije: Vesna Grabljevec, Primož Novak, Vlada Salapura, T: 01 475 82 43, F: 01 437 20 70, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si	

9.–11. ob 8.00 • EVROPSKI TRAVMA TEČAJ – TIMSKI PRISTOP

kraj: IG, IC za zaščito in reševanje	št. udeležencev: 24	kotizacija: 750 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	

12.–14. • EUROPEAN CORRELATION CONFERENCE »GETTING OUT OF THE MARGINS – CHANGING REALITIES AND MAKING THE DIFFERENCE« podroben program na spletni strani zbornice in

13. • 5. SIMPOZIJ »OKUŽBA Z VIRUSOM HEPATITISA C PRI UŽIVALCIH DROG V SLOVENIJI« podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Grand hotel Union	št. udeležencev: 200	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: Predstavitve bodo osredotočene na metode in strategijo za izboljšanje zdravja ter socialnega blagostanja najbolj ranljivih in obrobni skupin prebivalcev Evrope: uživalcev drog, mladih s tveganim vedenjem, migrantov, moških, ki imajo spolne odnose z moškimi, in oseb, ki se ukvarjajo s prostitucijo	organizator: Correlation Network – European Network Social Inclusion & Health, supported by European Commission, DG Sanco, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Koordinacija centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od drog	prijave, informacije: Simona Rojs, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva 2, 1525 Ljubljana, T: 01 522 42 20, 01 522 21 10, E: simona.rojs@kclj.si	

13.–14. ob 16.00 • DNEVI RAZISKOVANJA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta, Korytkova 2	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: izobraževanje – predavanja in predstavitev raziskovalnih nalog – je namenjeno vsem zdravnikom	organizator: Društvo Medicinski razgledi, Bogdan Vidmar	prijave, informacije: inofrmacije: Društvo Medicinski razgledi, T: 01 52 42 356, F: 01 52 42 356, E: info@medrazgl.si	

14. 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 , informacije: Živa Novak Antolič, Porodnišnica Ljubljana, Zaloška 11, 1000 Ljubljana, T: 01 522 62 55, F: 01 43 97 590	

15. • MEDNARODNA ŠOLA AKUPUNKTURE (šola traja 6 mesecev) podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Fakulteta za šport Ljubljana, Inštitut za šport, Gortanova 22, 1110 Ljubljana	št. udeležencev: 15	kotizacija: Cena šolanja znaša 1.800 EUR. Možnost plačila v šestih mesečnih obrokih. Plačilo posameznega obroka je 3 dni pred začetkom vsakega tedenskega predavanja. Seminarsko delo, individualne konzultacije ter praktični del pouka ni vračunan v ceno šolnine.	k. točke: ***
vsebina: šola je namenjena zdravnikom, zobozdravnikom ter absolventom medicine in stomatologije	organizator: Katedra za medicino športa Fakultete za šport v Ljubljani	prijave, informacije: prijave: Fakulteta za šport Ljubljana, Inštitut za šport, Gortanova 22, 1110 Ljubljana, F: 01 520 77 50, E: miha.kurner@fsp.uni-lj.si , informacije: Miha Kurner, T: 01 520 77 52	

15. ob 15.30 • PRAKTIČNA DELAVNICA O MULTIPLI SKLEROZI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk	št. udeležencev: do 30	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: praktična delavnica je namenjena nevrologom	organizator: UKC Maribor, Oddelek za nevrološke bolezni, doc. dr. Tanja Fabjan Hojs, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: duska.knez@higiea.si , informacije: Duška Knez, T: 01 589 72 23, 041 556 697	

10. ob 14.00 • III. TRADICIONALNI REGIJSKI SESTANEK GINEKOLOGOV, MEDICINSKIH SESTER IN PATOLOGOV

kraj: LAŠKO, Kongresni center Therma-na Laško, Zdraviliška cesta 6	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: sestanek je namenjen ginekologom, medicinskim sestram, patolo-gom in presejalcem celjske regije ter ginekologom in medicinskim sestram izven regije, ki sodelujejo z Oddelkom za patologijo in citologijo SB Celje	organizator: Zavod za zdravstveno varstvo Celje in Oddelek za patologijo in cito-logijo Splošne bolnišnice Celje	prijave, informacije: prijave: E: milojka.kandorfer@zzv-ce.si , T: 03 425 11 44 ali E:	

12. ob 19.00 • CARDIO JOURNAL CLUB: EKSTRAKORPORALNA MEHANSKA OKSIGENACIJA

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Klub Domus Medica	št. udeležencev: 30	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom, študentom obeh strok	organizator: KO za kardiologijo, UKC Ljubljana v sodelovanju z Društvom mladih kardiologov Slovenije, asist. Blaž Mrevlje, dr. med., in asist. Gregor Poglajen, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: cardiojournalclub@gmail.com , facebook.com/cardiojournalclub, informacije: Blaž Mrevlje, T: 041 665 627, Gregor Poglajen, T: 041 346 505	

13.–14. ob 8.30 • 28. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: UČENJE IN POUČEVANJE O PROFESIONALIZMU V DRUŽINSKI MEDICINI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 11
vsebina: Učne delavnice so namenjene sedanjim in bodočim mentorjem študentov in specializantov s področja družinske medicine. Namen delavnic je udeležencem pomagati razumeti pomen profesionalnega odnosa zdravnika do bolnikov, sodelavcev in nasploh vseh ljudi in institucij v okolju, v katerem zdravnik dela in živi	organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru, Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, prim. prof. dr. Janko Kersnik, prim. doc. dr. Mateja Bulc, asist. mag. Andrej Kravos, doc. dr. Marija Petek Šter, prim. asist. 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	

13.–14. • ŠOLA NEVROSONOLOGIJE 2012

kraj: LJUBLJANA, Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni, Mala ulica 8	št. udeležencev: do 25	kotizacija: še ni določena	k. točke: ***
vsebina: Šola nevrosonologije – prvi 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 izpitu prejeli certifikat zdravniškega društva o dodatnem znanju.	organizator: Sekcija za možganskožilne bolezni pri SZD, 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, E: andreja@mozganska-kap.info , T: 0590 11234, F: 01 430 23 14	

19.–21. ob 9.00 • PROBLEMI MENOPAVZNE MEDICINE DANES – KAKO JIH REŠITI? podroben program na spletni strani zbornice

kraj: ROGAŠKA SLATINA, Hotel Sava, kongresni center	št. udeležencev: 200	kotizacija: 150 EUR + DDV, specializanti, medicinske sestre, upokojenci 100 EUR	k. točke: ***
vsebina: posvet je namenjen specialinom in specializantom ginekologije in porodništva	organizator: Slovensko društvo za menopavzo, asist. dr. Damir Franič, dr. med.	prijave, informacije: Bon-Ami Rogaška Slatina, Erna Marinc Gobec, T: 03 819 02 21, F: 03 819 02 22, W: www.menopavza.org	

20. ob 8.30 • PREKINITEV NOSEČNOSTI Z ZDRAVILI

kraj: LJUBLJANA, predavalnica Gineko-loške klinike, UKC Ljubljana	št. udeležencev: 80	kotizacija: še ni določena	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno specialistom in specializantom ginekologije in porodništva	organizator: Ginekološka klinika – Sodelujoči center SZO za raziskovanje in izobraževanje na področju reproduktivnega zdravja, UKC Ljubljana, Evropsko združenje za kontracepcijo in reproduktivno zdravje (ESC), Združenje za perinatalno medicino, SZD, doc. dr. Nataša Tul Mandič, dr. med., Andreja Štolfa Gruntar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Martina Pečlin, E: martina.peclin@obgyn.mf.uni-lj.si , informacije: Martina Pečlin, E: martina.peclin@obgyn.mf.uni-lj.si , Nataša Tul Mandič, E: natasa.tul@guest.arnes.si	

20.–21. ob 14.00 • ZDRAVNIKI IN STRES III podroben program na spletni strani zbornice

Kraj: RIBNO – BLEED, Hotel Ribno	št. udeležencev: 100	kotizacija: 120 EUR	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno specialistom medicine dela, družinskim zdravnikom in vsem, ki jih zanima dogajanje na delovnem mestu v povezavi s stresom	organizator: Združenje za medicino dela, prometa in športa, mag. Irena Manfredo, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Korint, d. o. o., Pod stanji 40, Ljubljana, informacije: Metka Jovanovič, mag. Irena Manfredo, dr. med., T: 041 714 848, 01 429 58 11, E: metka.korint@gmail.com	

26. ob 19.00 • CARDIO JOURNAL CLUB: VENSKI TROMBEMBOLIZMI IN HEPARIN

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Klub Domus Medica	št. udeležencev: 30	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom, študentom obeh strok	organizator: KO za kardiologijo, UKC Ljubljana v sodelovanju z Društvom mladih kardiologov Slovenije, asist. Blaž Mrevlje, dr. med., in asist. Gregor Poglajen, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: cardiojournalclub@gmail.com , facebook.com/cardiojournalclub, informacije: Blaž Mrevlje, T: 041 665 627, Gregor Poglajen, T: 041 346 505	

27. ob 14.30 • KRONIČNA KORONARNA BOLEZEN ZA VSAKODNEVNO PRAKSO

kraj: LJUBLJANA, hotel Mons	št. udeležencev: 250	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: posvet je namenjen splošnim zdravnikom, zdravnikom družinske medicine, specialistom internistom in specializantom, teme: medikamentozna terapija kronične koronarne bolezni, diagnostika kronične koronarne bolezni, invazivna terapija koronarne bolezni, kirurško zdravljenje kronične koronarne bolezni, medikamentozna terapija po revaskularizaciji, kirurški posegi in antiagregacijska/antikoagulantna zaščita, antiagregacijska zaščita: pogled hematologa	organizator: Društvo za širitev znanja in raziskovanja, prof. dr. Matjaž Bunc, dr. med.	prijave, informacije: prijave: MEDI CONS kardiologija d. o. o., Kandijska c. 4, 8000 Novo mesto, informacije: Boris Krajačič, dr. med., T: 07 332 25 50, E: medicons@siol.net	

27.–28. • MEDNARODNI KONGRES OB 25. OBLETNICI TEČAJEV RAZVOJNO-NEVROLOŠKE OBRAVNAVE V SLOVENIJI

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta	št. udeležencev: 300	kotizacija: na spletni strani	k. točke: ***
vsebina: teme razvojno-nevrološke obravnave	organizator: Akademija za razvojno medicino	prijave, informacije: Milivoj Veličkovič Perat, E: mvelic4@guest.arnes.si	

27.–28. ob 17.00 • KORAK NAPREJ V EHOKARDIOGRAFIJI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: ŠMARJEŠKE TOPLICE	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje	organizator: Združenje kardiologov Slovenije, Kardiološka akademija, Delovna skupina za ehokardiografijo, Slovenska šola ehokardiografije	prijave, informacije: najkasneje do 20. januarja 2012, Združenje kardiologov Slovenije, ga. Saša Radelj, Štukljeva c. 48, 1000 Ljubljana, T: 01 434 21 00, F: 01 434 21 01, E: sasa.radelj@kclj.si	

27.–29. ob 13.00 • TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA

kraj: še ni podatka	št. udeležencev: 24	kotizacija: 490 EUR	k. točke: ***
vsebina: tečaj je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Slovensko združenje za urgentno medicino, prim. mag. Dušan Vlahovič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.szum.si , E: info@zum.si , informacije: Monika Grünfeld, T: 041 607 402	

9. ob 19.00 • **CARDIO JOURNAL CLUB: PERKUTANO ZDRAVLJENJE MITRALNE REGURGITACIJE – PFIZER****kraj:** LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Klub Domus Medica**št. udeležencev:** 30**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** v postopku**vsebina:** strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom, študentom obeh strok**organizator:** KO za kardiologijo, UKC Ljubljana v sodelovanju z Društvom mladih kardiologov Slovenije, asist. Blaž Mrevlje, dr. med., in asist. Gregor Poglajen, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: E: cardiojournalclub@gmail.com, facebook.com/cardiojournalclub, informacije: Blaž Mrevlje, T: 041 665 627, Gregor Poglajen, T: 041 346 50510.–11. ob 8.30 • **28. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: UČENJE IN POUČEVANJE O PROFESIONALIZMU V DRUŽINSKI MEDICINI** *podroben program na spletni strani zbornice***kraj:** STRUNJAN, Zdravilišče Strunjan**št. udeležencev:** 50**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** 11**vsebina:** Učne delavnice so namenjene sedanjim in bodočim mentorjem študentov in specializantov s področja družinske medicine. Namen delavnic je udeležencem pomagati razumeti pomen profesionalnega odnosa zdravnika do bolnikov, sodelavcev in nasploh vseh ljudi in institucij v okolju, v katerem zdravnik dela in živi**organizator:** Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru, Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, prim. prof. dr. Janko Kersnik, prim. doc. dr. Mateja Bulc, asist. mag. Andrej Kravos, doc. dr. Marija Petek Šter, prim. asist. 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: kdmed@mf.uni-lj.si16. ob 8.30 • **GENETIKA V GINEKOLOGIJI IN PORODNIŠTVU****kraj:** LJUBLJANA, Ginekološka klinika**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** 100 EUR specializanti, 150 EUR specialisti, za študente in sekundarije kotizacije ni**k. točke:** *****vsebina:** strokovno srečanje je namenjeno specializantom in specialistom ginekologije in porodništva**organizator:** Inštitut za genomske raziskave in edukacijo (IGRE), Združenje za medicinsko genetiko SZD, prof. dr. Borut Peterlin, dr. med., svetnik**prijave, informacije:** Luca Lovrečič, E: lucalovrecic@gmail.com17.–19. ob 14.00 • **TEČAJ METODE CYRIAX ZA ZDRAVNIKE****kraj:** TREBNJE, ZD Trebnje, Goliev trg 3**št. udeležencev:** 30**kotizacija:** 300 EUR (Vsak udeleženec prejme zbornik predavanj v angleškem jeziku, ocenjevalne pole za periferne sklepe in celotno hrbtnico v slovenskem jeziku. Prigrizki, osvežilna pijača med odmori, kosila so všteti v ceno kotizacije.)**k. točke:** *****vsebina:** učna delavnica je namenjena zdravnikom splošne in družinske medicine, fiziatrom, ortopedom, travmatologom (prenesena bolečina: uvod, diagnoza, lezije mehkih tkiv lokomotornega sistema, rama: anamneza, klinična preiskava, artritis, tendinitis, burzitis, infiltracije – injekcije, koleno: anamneza, klinična preiskava, artikularne in ligamentarne lezije, infiltracije – injekcije, kolk: anamneza, klinična preiskava, artikularne in muskularne lezije, burzitis, infiltracije – injekcije)**organizator:** ZD Trebnje, Elizabeta Žlajpah, dr. med., specialistka splošne medicine**prijave, informacije:** prijave: ZD Trebnje, Goliev trg 3, 8210 Trebnje, informacije: Elizabeta Žlajpah, 041 319 578, Jožica Zupančič, 07 348 17 8223. ob 19.00 • **CARDIO JOURNAL CLUB: OBRAVNAVA SUPRAVENTRIKULARNE TAHIKARDIJE – PFIZER****kraj:** LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Klub Domus Medica**št. udeležencev:** 30**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** v postopku**vsebina:** strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom, študentom obeh strok**organizator:** KO za kardiologijo, UKC Ljubljana v sodelovanju z Društvom mladih kardiologov Slovenije, asist. Blaž Mrevlje, dr. med., in asist. Gregor Poglajen, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: E: cardiojournalclub@gmail.com, facebook.com/cardiojournalclub, informacije: Blaž Mrevlje, T: 041 665 627, Gregor Poglajen, T: 041 346 50523. ob 9.00 • **KOMUNIKACIJA IN RAZUMEVANJE DRUGAČNOSTI (seminar)****kraj:** LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162**št. udeležencev:** omejeno**kotizacija:** Predavanje: 120 EUR (DDV je vključen). Kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 001 (predavanje), 002 (delavnica 1), 003 (delavnica 2), najkasneje 3 dni pred pričetkom izbranega izobraževanja. Prosimo, da potrdilo o plačani kotizaciji prinesete s seboj**k. točke:** 5,5**vsebina:** Seminar je namenjen zdravnikom in zobozdravnikom, ki želijo osvojiti veščine komuniciranja, ter v nadaljevanju v obliki dveh delavnic nudi tudi trening tehnik in samih načinov komuniciranja.**organizator:** Zdravniška zbornica Slovenije**prijave, informacije:** prijave: E: mic@zss-mcs.si, informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mic@zss-mcs.si

FEBRUAR 2012

24. ob 9.00 • VERBALNA IN NEVERBALNA KOMUNIKACIJA (delavnica 1)*

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: Posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), člani ZZS imajo 50 % popust. Kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 001 (predavanje), 002 (delavnica 1), 003 (delavnica 2), najkasneje 3 dni pred pričetkom izbranega izobraževanja. Prosimo, da potrdilo o plačani kotizaciji prinesete s seboj.	k. točke: 6
vsebina: Udeleženci delavnice bodo vadili osnove komunikacije: jasno izražanje in tehnike aktivnega poslušanja ter razumevanja sporočil. (* Pogoj za udeležbo na delavnicah je predhodna udeležba na seminarju Komunikacija in razumevanje drugačnosti. Pogoj za udeležbo na delavnici 2 je udeležba na delavnici 1.)		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mic@zss-mcs.si

25. ob 9.00 • UČINKOVITO REŠEVANJE KONFLIKTOV (delavnica 2)*

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: Posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), člani ZZS imajo 50 % popust. Kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 001 (predavanje), 002 (delavnica 1), 003 (delavnica 2), najkasneje 3 dni pred pričetkom izbranega izobraževanja. Prosimo, da potrdilo o plačani kotizaciji prinesete s seboj.	k. točke: 6
vsebina: Udeleženci delavnice se bodo naučili in vadili, kako uspešno razreševati konfliktno situacijo. (* Pogoj za udeležbo na delavnicah je predhodna udeležba na seminarju Komunikacija in razumevanje drugačnosti. Pogoj za udeležbo na delavnici 2 je udeležba na delavnici 1.)		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mic@zss-mcs.si

29. ob 9.00 • VERBALNA IN NEVERBALNA KOMUNIKACIJA (delavnica 1)*

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: Posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), člani ZZS imajo 50 % popust. Kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 001 (predavanje), 002 (delavnica 1), 003 (delavnica 2), najkasneje 3 dni pred pričetkom izbranega izobraževanja. Prosimo, da potrdilo o plačani kotizaciji prinesete s seboj.	k. točke: 6
vsebina: Udeleženci delavnice bodo vadili osnove komunikacije: jasno izražanje in tehnike aktivnega poslušanja ter razumevanja sporočil. (* Pogoj za udeležbo na delavnicah je predhodna udeležba na seminarju Komunikacija in razumevanje drugačnosti. Pogoj za udeležbo na delavnici 2 je udeležba na delavnici 1.)		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mic@zss-mcs.si

MAREC 2012

1. ob 8.00 • OBNOVITVENI TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA

kraj: še ni podatka	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

1. ob 9.00 • UČINKOVITO REŠEVANJE KONFLIKTOV (delavnica 2)*

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: Posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), člani ZZS imajo 50 % popust. Kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 001 (predavanje), 002 (delavnica 1), 003 (delavnica 2), najkasneje 3 dni pred pričetkom izbranega izobraževanja. Prosimo, da potrdilo o plačani kotizaciji prinesete s seboj.	k. točke: 6
vsebina: Udeleženci delavnice se bodo naučili in vadili, kako uspešno razreševati konfliktno situacijo. (* Pogoj za udeležbo na delavnicah je predhodna udeležba na seminarju Komunikacija in razumevanje drugačnosti. Pogoj za udeležbo na delavnici 2 je udeležba na delavnici 1.)		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mic@zss-mcs.si

1.–3. ob 15.30 • 28. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: UČENJE IN POUČEVANJE O PROFESIONALIZMU V DRUŽINSKI MEDICINI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MORAVSKE TOPLICE	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 11
vsebina: Učne delavnice so namenjene sedanjim in bodočim mentorjem študentov in specializantov s področja družinske medicine. Namen delavnic je udeležencem pomagati razumeti pomen profesionalnega odnosa zdravnika do bolnikov, sodelavcev in nasploh vseh ljudi in institucij v okolju, v katerem zdravnik dela in živi	organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru, Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, prim. prof. dr. Janko Kersnik, prim. doc. dr. Mateja Bulc, asist. mag. Andrej Kravos, doc. dr. Marija Petek Šter, prim. asist. 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	

2.–3. ob 9.00 • ŠOLA KIRURŠKIH TEHNIK – OPERATIVNO ZDRAVLJENJE ZLOMOV PROKSIMALNEGA IN DISTALNEGA DELA HUMERUSA PRI STAROSTNIKU

kraj: PORTOROŽ, Kongresni center hotelov LifeClass, Hotel Slovenija	št. udeležencev: 30 za kadavrski tečaj, za udeležence teoretičnih predavanj ni omejitve	kotizacija: 400 EUR + DDV (kadavrski tečaj), ostali 50 EUR + DDV	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena specializantom in specialistom splošne kirurgije, ortopedske kirurgije in travmatologije (tečaj bo imel tri sklope: teoretična uvodna predavanja, vaje udeležencev s plastičnimi kostmi in demo implantati (v hotelu), kadavrsko preparacijo in implantacijo implantatov, trije tečajniki na en preparat (na patologiji v izolski bolnišnici))	organizator: Splošna in učna bolnišnica Celje, Medicinska fakulteta UL, Društvo travmatologov Slovenije SZD, prof. dr. Radko Komadina, dr. med., svetnik	prijave, informacije: prijave: E: sbrcdi@guest.arnes.si , informacije: prof. dr. Radko Komadina, dr. med., svetnik, T: 03 423 30 96, F: 03 423 39 88, E: sbrcdi@guest.arnes.si	

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

kraj: še ni podatka	št. udeležencev: 24	kotizacija: 490 EUR	k. točke: ***
vsebina: tečaj je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Slovensko združenje za urgentno medicino, prim. mag. Dušan Vlahovič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.szum.si , E: info@szum.si , informacije: Monika Grünfeld, T: 041 607 402	

8. ob 19.00 • CARDIO JOURNAL CLUB: IZZIVI IN NOVOSTI ZDRAVLJENJA Z ANTAGONISTI ALDOSTERONA PRI BOLNIKI S SRČNIM POPUŠČANJEM

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Klub Domus Medica	št. udeležencev: 30	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom, študentom obeh strok	organizator: KO za kardiologijo, UKC Ljubljana v sodelovanju z Društvom mladih kardiologov Slovenije, asist. Blaž Mrevlje, dr. med., in asist. Gregor Poglajen, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: cardiojournalclub@gmail.com , facebook.com/cardiojournalclub, informacije: Blaž Mrevlje, T: 041 665 627, Gregor Poglajen, T: 041 346 505	

8.–10. ob 9.00 • BOLEZNI LEDVIC IN ARTERIJSKA HIPERTENZIJA

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetni klinični center, predavalnica 1	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 100 EUR	k. točke: ***
vsebina: podiplomska nefrološka šola je namenjena zdravnikom v osnovnem zdravstvu, specializantom interne medicine in nefrologije	organizator: SZD, Slovensko nefrološko društvo, prof. dr. Damjan Kovač, dr. med.	prijave, informacije: prijave: KO za nefrologijo, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, informacije: prof. dr. Damjan Kovač, dr. med., doc. dr. Jelka Lindič, dr. med., doc. dr. Jernej Pajek, dr. med., prof. dr. Marko Malovrh, dr. med., T: 051 388 352, E: damjan.kovac@guest.arnes.si	

12.–14. ob 8.00 • EVROPSKI TRAVMA TEČAJ – TIMSKI PRISTOP

kraj: še ni podatka	št. udeležencev: 24	kotizacija: 750 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	

16. ob 9.00 • DELAVNICA O TORAKALNI PUNKCIJI IN DRENAŽI

kraj: LJUBLJANA, UKC, predavalnica IV, I. nadstropje	št. udeležencev: 30	kotizacija: 100 EUR	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena kirurgom, splošnim zdravnikom, anesteziatom, pulmologom, reševalcem, medicinskim sestram	organizator: UKC Ljubljana, Klinični oddelek za torakalno kirurgijo, UKC Ljubljana, v sodelovanju s SZD, prof. dr. Miha Sok, dr. med.	prijave, informacije: UKC Ljubljana, KO za torakalno kirurgijo, Zaloška 7, Ljubljana, Ksenija Potočnik, T: 01 522 39 68, F: 01 522 24 85, E: ksenija.potocnik@kclj.si	

22. ob 19.00 • CARDIO JOURNAL CLUB: INFILTRATIVNE BOLEZNI SRČNE MIŠICE - KRKA

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Klub Domus Medica	št. udeležencev: 30	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom, študentom obeh strok	organizator: KO za kardiologijo, UKC Ljubljana v sodelovanju z Društvom mladih kardiologov Slovenije, asist. Blaž Mrevlje, dr. med., in asist. Gregor Poglajen, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: cardiojournalclub@gmail.com , facebook.com/cardiojournalclub, informacije: Blaž Mrevlje, T: 041 665 627, Gregor Poglajen, T: 041 346 505	

23. ob 9.00 • DELAVNICA: PERKUTANA TRAHEOTOMIJA

kraj: LJUBLJANA, UKC, predavalnica IV, I. nadstropje	št. udeležencev: 30	kotizacija: 100 EUR	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena intenzivistom, anesteziologom, kirurgom, pulmologom, internistom, otorinolaringologom, medicinskim sestram	organizator: Klinični oddelek za torakalno kirurgijo, v sodelovanju s KO za anestezijo in intenzivno terapijo, Nevrološko kliniko, UKCL in SZD, prof. dr. Miha Sok, dr. med.	prijave, informacije: UKC Ljubljana, KO za torakalno kirurgijo, Zaloška 7, Ljubljana, Ksenija Potočnik, T: 01 522 39 68, F: 01 522 24 85, E: ksenija.potocnik@kclj.si	

23.–24. ob 8.30 • 23. DNEVI REHABILITACIJSKE MEDICINE: POMEN ZAZNAVNIH IN PREPOZNAVNIH SPOSOBNOSTI V REHABILITACIJSKI MEDICINI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije (URI – Soča), Linhartova 51, predavalnica v 4. nadstropju	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 200 EUR (za oba dneva), 100 EUR (za en dan), 100 EUR (za specializante in sekundarije)	k. točke: ***
vsebina: srečanje je namenjeno zdravnikom specialistom in specialistom družinske medicine, fizikalne in rehabilitacijske medicine, ortopedije, travmatologije, nevrologije in drugim zdravstvenim delavcem ter ostalim strokovnjakom s tega področja	organizator: URI – Soča v sodelovanju s Katedro za fizikalno in rehabilitacijsko medicino MF v Ljubljani, asist. dr. Nika Goljar, dr. med., prof. dr. Helena Burger, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Ela Loparič, tajništvo strokovne direktorice, URI – Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, E: ela.loparic@ir-rs.si , informacije: asist. dr. Nika Goljar, dr. med., prof. dr. Helena Burger, dr. med., T: 01 475 83 43, 01 475 84 41, F: 01 437 65 89	

30.–31. ob 8.30 • AKUTNA MOŽGANSKA KAP VII

kraj: LJUBLJANA	št. udeležencev: do 350 in po predhodni prijavi	kotizacija: še ni določena	k. točke: ***
vsebina: tradicionalno strokovno srečanje z mednarodno udeležbo je namenjeno zdravnikom družinske in splošne medicine, nevrologom, internistom, kardiologom, radiologom, fiziatrom, intenzivistom, farmacevtom in vsem, ki želijo izpopolniti svoje znanje s področja obravnave bolnikov z akutno možgansko kapjo	organizator: Sekcija za možganskožilne bolezni pri Slovenskem zdravniškem društvu in Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni ob strokovnem sodelovanju zdravnikov UKC Ljubljana, UKC Maribor in drugih slovenskih in tujih strokovnjakov s področja možganskožilnih bolezni, prim. doc. dr. Bojana Žvan, dr. med., višja svetnica	prijave, informacije: prijave: Društvo MŽB, Mala ulica 8, 1000 Ljubljana, informacije: Andreja Merčun, E: andreja@mozganska-kap.info , T: 0590 11234, F: 01 430 23 14	

12. ob 19.00 • CARDIO JOURNAL CLUB: CRT UPDATE - KRKA

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Klub Domus Medica	št. udeležencev: 30	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom, študentom obeh strok	organizator: KO za kardiologijo, UKC Ljubljana v sodelovanju z Društvom mladih kardiologov Slovenije, asist. Blaž Mrevlje, dr. med., in asist. Gregor Poglajen, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: cardiojournalclub@gmail.com , facebook.com/cardiojournalclub, informacije: Blaž Mrevlje, T: 041 665 627, Gregor Poglajen, T: 041 346 505	

13.–14. • 17. SLOVENSKI PARODONTOLOŠKI DNEVI

kraj: BLEED, Festivalna dvorana	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: zobozdravniki 280 EUR, ustni higieniki 150 EUR, zobne asistentke 100 EUR	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje za zobozdravnike, ustne higienike in zobne asistentke	organizator: Združenje za ustne bolezni, parodontologijo in stomatološko implantologijo, akad. prof. dr. Uroš Skalarič	prijave, informacije: izr. prof. dr. Erika Cvetko, E: erika.cvetko@mf.uni-lj.si , T: 030 253 200	

13.–15. ob 13.00 • TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA

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

20.–21. ob 16.00 • 23. SPOMLADANSKI ZBOR ZASEBNIH ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV SLOVENIJE

kraj: OTOČEC, Šport hotel, konferenčna dvorana Optimus	št. udeležencev: do 250	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: srečanje je namenjeno zasebnim zdravnikom in zasebnim zobozdravnikom	organizator: Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije in Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijavi ni potrebno pošiljati, rezervacijo za nočitev in/ali večerjo pošljite neposredno na kraj dogodka, informacije: pisarna Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana in Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana, T: SZZZS: 01 433 85 35, ZS: 01 307 21 23	

26. ob 19.00 • CARDIO JOURNAL CLUB: MEHANSKA CIRKULATORNA PODPORA – NOVI TRENDI - KRKA

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Klub Domus Medica	št. udeležencev: 30	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom, študentom obeh strok	organizator: KO za kardiologijo, UKC Ljubljana v sodelovanju z Društvom mladih kardiologov Slovenije, asist. Blaž Mrevlje, dr. med., in asist. Gregor Poglajen, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: cardiojournalclub@gmail.com , facebook.com/cardiojournalclub, informacije: Blaž Mrevlje, T: 041 665 627, Gregor Poglajen, T: 041 346 505	

11.–13. ob 13.00 • TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA

kraj: še ni podatka	št. udeležencev: 24	kotizacija: 490 EUR	k. točke: ***
vsebina: tečaj je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Slovensko združenje za urgentno medicino, prim. mag. Dušan Vlahovič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.szum.si , E: info@szum.si , informacije: Monika Grünfeld, T: 041 607 402	

12. • 17. MEDICINSKI DUATLON IN STROKOVNI SIMPOZIJ

kraj: UDEN BORŠT 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	

25.–26. • XIII. NOVAKOVI DNEVI: PSIHIATRIČNE IN SRČNE BOLEZNI V NOSEČNOSTI, NOVOROJENČEK PO OPLODITVI Z BIOMEDICINSKO POMOČJO XX. STROKOVNI SESTANEK ZDRUŽENJA ZA PERINATALNO MEDICINO podroben program na spletni strani zbornice

kraj: RIMSKE TOPLICE, Rimske terme

št. udeležencev: ni omejeno

kotizacija: še ni določena

k. točke: ***

vsebina: strokovno srečanje je namenjeno specialistom in specializantom ginekologije in porodništva, pediatrije, kardiologije, psihiatrije, družinske medicine, neonatologom in babicam

organizator: Zdrženje za perinatalno medicino Slovenije, Klinični oddelek za perinatologijo Ginekološke klinike v Ljubljani, Univerzitetni klinični center Ljubljana

prijave, informacije: ni podatka

*** Zbornica nima podatka o številu kreditnih točk, ker organizator še ni podal ali sploh ne bo podal vloge za njihovo dodelitev.

DELOVNA MESTA

Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo

Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani
Zaloška 4, 1000 Ljubljana

Iščemo kandidata za mesto zdravnika specializanta klinične mikrobiologije (m/ž).

Izbrani kandidat se bo takoj vključil v raziskovalno in pedagoško delo s področja klinične imunologije in začel specializirati klinično mikrobiologijo.

Od kandidata pričakujemo vpis na podiplomski doktorski študij Biomedicina, interes za raziskovalno, pedagoško in strokovno delo s področja klinične imunologije ter predanost timskemu delu.

Kontakt: E: alozj.ihan@mf.uni-lj.si

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

je javni zavod, ki slovenskim zavarovancem zagotavlja uresničevanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Z usposobljenimi in motiviranimi sodelavci in učinkovito tehnologijo dela želimo zavarovancem, partnerjem v zdravstvu in drugim strankam ponuditi odlične storitve.

K sodelovanju vabimo

komunikativne in dinamične sodelavce na delovnih mestih

1. Nadzorni zdravnik I (m/ž), 2 mesti, za:

- odločanje o pravicah zavarovancev v skladu z zakonom in pravili,
- izvajanje nadzora izvajalcev ter opravljanje izvedenskega dela.

Poleg splošnih zahtev, določenih z zakonom, pričakujemo, da prijavljeni kandidati izpolnjujejo naslednje pogoje:

- specializacija v zdravstvu: doktor medicine specialist medicine dela, prometa in športa ali druga ustrezna smer,
- 48 mesecev delovnih izkušenj,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- strokovni izpit iz splošnega upravnega postopka (kandidat, ki ob prijavi tega izpita ne bo imel opravljenega, ga je dolžan opraviti najkasneje v roku šestih mesecev od dneva zaposlitve oz. do imenovanja na Upravnem odboru ZZZS),
- poznavanje dela z osebnim računalnikom (urejanje besedil in preglednic) in e-pošte ter 1. stopnja jezikovnih znanj.

2. Nadzorni zdravnik II (m/ž), 1 mesto, za:

- odločanje o pravicah zavarovancev v skladu z zakonom in pravili,
- izvajanje medicinskega nadzora.

Poleg splošnih zahtev, določenih z zakonom, pričakujemo, da prijavljeni kandidati izpolnjujejo naslednje pogoje:

- doktor medicine,
- 36 mesecev delovnih izkušenj,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,

- strokovni izpit iz splošnega upravnega postopka (izbrani kandidat, ki ob prijavi tega izpita ne bi imel opravljenega, ga je dolžan opraviti najkasneje v roku šestih mesecev od dneva zaposlitve oz. do imenovanja na Upravnem odboru ZZZS),
- poznavanje dela z osebnim računalnikom (urejanje besedil in preglednic) in e-pošte.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas, s polnim delovnim časom in trimesečnim poskusnim delom.

Pisne prijave s predstavitvijo dosedanjega dela in delovnih izkušenj ter dokazila o izpolnjevanju pogojev pošljite do 12. 12. 2011 na naslov ZZZS – OE Ljubljana, Pravno-kadrovski oddelek, Miklošičeva c. 24, 1507 Ljubljana, ali E: zaposlitev@zzzs.si.

MALI OGLASI

ODDAMO

Oddamo prenovljen svetel prostor v pritličju, s pogledom na Ljubljano, grad in novo sprehajališče pod kostanji, primeren za ordinacijo ali pisarno, na Bregu, v elitnem predelu centra Ljubljane (prenovljen levi breg Ljubljane):

- 70 m²,
- talno ogrevanje,
- klima, alarm ...,
- visoki stropovi 3,80 m,
- v temeljito prenovljeni veliki staromeščanski hiši (marmor ...).

Informacije: T: 070 633 191



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 _____



Kako brez kitajščine razumem Kitajce

(popotniški zapiski – do volitev in naprej)

Alojz Ihan

Naj začnem s fizikalnim dejstvom: življenje ni stabilno stanje. Vsako živo bitje je energetska anomalija – nelogična koncentracija energije, materije in organizacije, ki nasprotuje entropijskim zakonom in zato ne more trajati, ampak je obsojena na razpad.

Samo razpad je ravnovesje

Samo razpadlo stanje je resnično ravnovesje, mir, nirvana. Če je pri življenju kaj logičnega in naravnega, je to nenehna hoja po robu smrti. In če preskočim na biologijo: vsaka vrsta, ki se na našem prehransko revnem planetu bojuje za preživetje, ima v svoji ekološki niši zgolj minimalno rezervo, ki jo loči od smrti in izumrtja. Ni pomembno, ali gre za plenilca ali morebitni plen, v boju za preživetje oba nenehno, od rojstva do smrti, delujeta na robu svojih zmogljivosti, le korak do smrti.

Če enemu ali drugemu zaradi poškodbe ali bolezni zmanjka samo petina njegove moči, hitrosti, vida, sluha, to navadno že pomeni prestop črte in konec. In zato logičen sklep: v življenju je čudežen uspeh že preživetje samo. Pričakovati od življenja mir, stabilnost in varnost je zunaj logike in pameti.

Za nas se bojuje družba

Ampak dobro, ljudje smo malo posebni. Iz dediščine socialne živali smo skonstruirali kulturo plemen, skupnosti, družb. S tem smo našo smrtno tanko rezervo na videz odmaknili daleč proč od sebe na rob, ki ga v naši ekološki niši za nas bojuje naše pleme, naša družba. Zato imamo lahko v družbi na primer

invalidne, ki v naravi ne bi mogli preživeti niti enega dneva. S tem, ko invalidov ne pustimo umreti, pa ne delamo usluge tem, ampak naši lastni družbi, saj je prav solidarnost tisto lepilo, ki cementira stene naše varovalne kletke, ki jo imenujemo družba. Čeprav te stene včasih čutimo kot zapor, se v solidarni družbeni kletki predvsem počutimo varni in sproščeni kot v letalu, ki na desetih kilometrih višine leti v dokaj brezračnem prostoru in v mrazu, ki bi nas usmrtil v nekaj minutah. Mi pa samo deset centimetrov oddaljeni od tega vesoljskega pekla mirno meditiramo v copatah in kratkih rokavih. In se ob tem navadimo pozabljati, da z združevanjem v skupnost še vedno nismo pobegnili osnovnemu naravnemu zakonu: da je naše življenje hoja po robu preživetja, da naravno stanje življenja ni sproščena varnost, ampak prav nasprotno: nenehno izmikanje smrti. Za las. Če smo kot posamezniki svojo usodo položili v naročje skupini in skupnosti, se ta usoda s tem ni spremenila in še vedno ostaja enako negotova hoja po robu. Na katerem, objektivno, enako tesnobno zremo v prihodnost kot katerikoli divji zajec, ki na začetku zime opazuje, kako prvi sneg prekriva njegov travnik.

Kaj vse bi dali za pol manj strahu

Hočem reči, da ima vsakdo z življenjem hude težave, od posameznika do družbe. Tudi bankirji jih imajo. Tudi bogataši. In tudi Kitajci, naj zveni to še tako presenetljivo. Tudi ti se vsak dan bojijo, da bo vse propadlo. Čeprav njihova industrija ustvarja ogromne presežke in nimajo kam z denarjem, se tudi Kitajci

ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

bojijo. Vse bi bili pripravljene dati, da bi bil ta njihov strah pol manjši. Ampak so enako v pasti, kot smo vsi, ki dihamo zrak in živimo. Razlika je le v tem, da imamo zelo različne pasti, ki nas ogrožajo, in zato ne razumemo dejanj drugih.

Recimo naš recept za Kitajce je preprost. Zahodnjaki smo jim z globalizacijo demokratično omogočili proizvajati in sodelovati v globalni trgovini, Kitajci pa naj z denarjem, ki jim ostaja zaradi nizke življenjske ravni (za naše pojme skoraj brez pokojnin, zdravstva, sociale, stanovanjske politike, družbenih gibanj, demokratijskih davkov, standardizirane komunale, kmetijskih, industrijskih in drugih umetniških subvencij ...), razvijejo svoj potencialno neizmerni porabniški trg. Pa bomo vsi srečni in zadovoljni. Če si bo vsaka Kitajka lahko zaželela svoje stanovanje in kuhinjo in pomivalni stroj in hladilnik in ortodonta ..., je težava svetovnega gospodarstva za dolgo časa rešena. In kaj je sploh narobe, če tudi Kitajec postane srečni porabnik, enako, kot smo mi?

Sreča ni normalno stanje

Tako gre naše razmišljanje. Vendar za Kitajce še nikoli v njihovi večtisočletni zgodovini ni bilo normalno, da so srečni porabniki in da država skrbi za njihove pokojnine, zdravje, komunalo in podobne porabniške bonbončke. Seveda bi izobraženi mestni Kitajci to želeli in se jim cedijo slinje po našem udobju, ampak eno so želje redkih posameznikov in drugo tradicija. Na Kitajskem so pač že od nekdaj ljudje tisti, ki so služili imperiju, in ne imperij ljudem. Tako so preživeli v krutih tisočletjih in ne pozabimo, osnovni čudež življenja je – preživetje. Že to je fenomenalen dosežek. In kdor je to spretnost usvojil, je ne meče proč. In seveda ne eksperimentira, ker je na drugi strani življenjske črte – smrt. Če je to komu jasno, je Kitajcem – ko se pri njih začnejo valiti nekontrolirani cunami naravnih ali družbenih pojavov, se posledicam ne reče več katastrofa, ampak konec sveta. Zato v zvezi z zdajšnjo gospodarsko krizo mislim, da niti ne gre za to, da kitajska partija, ki vodi državo, uživa, ker ves svet trepetja pred kitajsko premočjo. No, dobro, mogoče jim občutek moči na trenutke laska, kdo pa je brez samovšečnega greha, ampak to so nepomembne malenkosti.

Strah, da strahu kmalu ne bo več

Dvomim pa, da kitajsko partijo radosti, ker v svetu nastajajo tako kritična gospodarska in finančna neravnotežja, ki silijo ves planet na rob prepada. Ampak tudi Kitajci si ne upajo ukrepati zunaj svojih tradicionalnih navad, ker se preprosto bojijo, da bi se lahko zgodile nepredvidljive in smrtonosne posledice, če nadomada dopustijo, da Kitajci postanejo srečni porabniki. Lahko na primer pljusne demokracija. Kaj to pomeni na Kitajskem? Revolucije? Nemiri? Ropanja? Klanja? Vrnitev zgodovine v kameno dobo?

Kitajci so enako v stiski, ker jim ostajajo gore denarja, kot je v stiski zahod, ki mu denarja manjka in se dobesedno trga od nje po konkurenčnosti Kitajski in po drugi strani od pričakovanih socialno in porabniško razvajenih zahodnjakov. Ampak ali





lahko Kitajska na ljubo naših glavobolov tvega prehod v nekaj, česar nikoli v zgodovini ni izkusila? Ne, tudi Kitajci hodijo po robu smrti, čeprav z naše perspektive lahko in cinično kopičijo denar in moč in surovine in kupujejo ves svet s svojimi presežki. Ki jih nočejo porabljeni doma.

Ne zato, ker ne privoščijo sreče svojim ljudem, ampak nasprotno – ker se bojijo. In ne bodo tvegali, čeprav jim je jasno, da s tem zahod silijo k rešitvam, ki bodo ena slabša od druge. Da na primer zahod občutno spusti življenjsko raven svojih razvajenih porabnikov, kar zna biti pošasten prehod. Ali da zahod ekonomsko, vojaško ali kako drugače nasilno spet osami in izolira Kitajsko od svojega ekosistema. Kar tudi utegne biti pošastno nevarno. Ampak po drugi strani zna biti pošastna tudi Kitajska, če v njej nenadoma zabrbotajo spremembe. In to je to, hoja po robu smrti, ki je normalno stanje življenja. Ki se ga tudi Kitajci nervozno oklepajo v strahu, da ga kmalu več ne bo.

Slovenski strah pred samim sabo

In kaj je naš trenutni strah in naše pasti? Je to negotovost, koga izbrati na volitvah? Seveda to ni resnična dilema, ker če bo naša bodočnost odvisna od novih zamisli novega mandatarja, kateregakoli že, nam bo trda predla. Politiki ne izumljajo idej, ampak z obstoječimi idejami trgujejo; vsak politik je osebno licitator, organizator, paranoično pozoren na tisoč podrobnosti, ki bi lahko sfižile njegovo parado ponosa, njegova gesla, logotipe, mandat. Kar pomeni, da se bodo vsa nova sporočila in napotila za spremembe (če jih potrebujemo) morala izoblikovati med nami, volilci – tako jasno, da si mandatar enostavno ne bo drznil ravnati drugače. Mandatar bo naša marioneta, in mi mu bomo ukazovali (kot smo mu v preteklih 20 letih, dajmo se vendar strezniti!), kaj naj spremeni, če si tisto želimo in se nam

ljubi. Če se nam ne, bo to vsakemu mandatarju znak, da nam paše še naprej po starem. Da nam torej še naprej paše ne izrekati o sebi marsikaj, kar počnemo, pa nam je nerodno o tem govoriti. Zato tega v preteklosti raje nismo govorili in se delali nore. Ker razumete, politiki so v popolnosti naše marionete – ne le v tistem, kar javno kričimo, ampak še bolj v tistem, o čemer zardevajoče ali lenobno molčimo. Podobno kot na primer molčijo starši, ko otroci po tleh razmečejo igrače in obleke in se potem starši v želji po počitku brez besed raje na hitro sklonijo in v petih sekundah vse poberejo, ker je to enostavneje kot zbrati dodatno energijo za deset minut zbranega in prijaznega pogovora za učenje svojih malčkov. Saj je »opravičljivo«, naporna služba, živčnost,

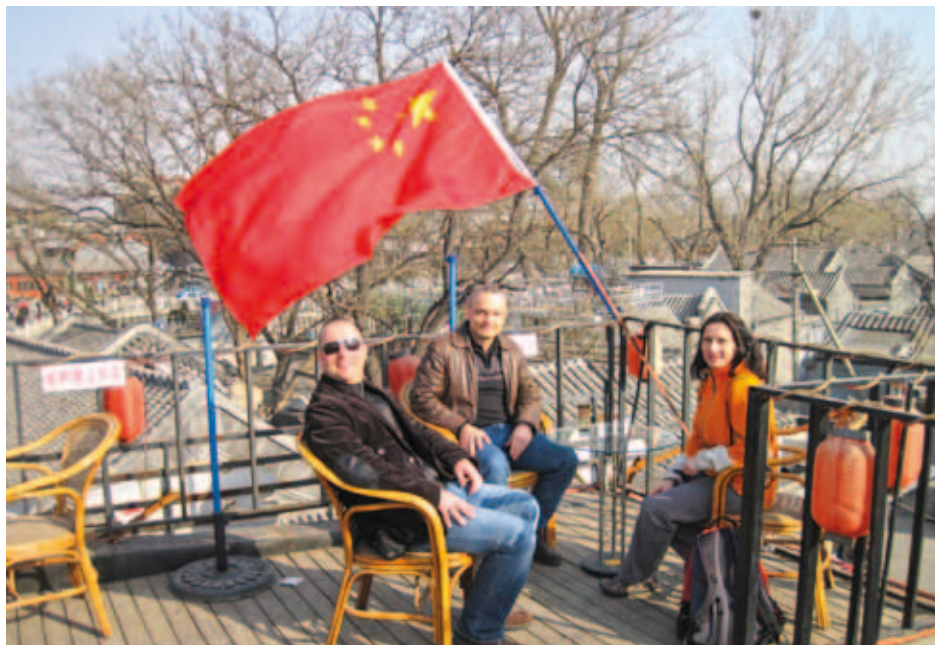
komu se ljubi! Ampak vseeno pa delo ni opravljeno. Potem pa čez pet let očitki otrokom o razvajenosti – pa so v resnici starši z lastno lenobo naredili svoje otroke invalide, ker jim niso dali prilike naučiti se neko nujno življenjsko veščino.

Kot smo mi tiho pustili politike, da so po osamosvojitvi nam na ljubo ohranjali vse naše socialistične privilegije, od stalnih služb dalje – moto je bil, da nihče ne sme izgubiti nobene socialistične pravice, ki jo je usodnega leta 1991 imel. Kaj pa tisti, ki so bili takrat še »premladi za pravice« ali pa se niso še niti rodili? Hm, pa ravno za njih smo socialistični borci gradili krasni, novi, tekmovalni, kapitalistični svet – ampak bog ne daj, da bi ga tvegali občutiti na lastni koži, to pa ne! Za nas je delo za nedoločen čas morala ostati zajamčena pravica. Mladi in priseljenci pa so na ta račun crkovali na parmesečnih pogodbah. In bi iz teh dejstev postalo vsakemu opazovalcu očitno, da Slovenci nimamo radi svojih otrok! Obožujemo in malikujemo jih kot podaljške sebe, pogojev za samostojnost pa jim nočemo urediti, raje jih pohabimo v neogljen kriplice, to je del naše kajžarske kulture, travmatičnih dram z dedovanjem tiste edine njive, ki smo jo od vekomaj imeli. In ista kajžarska mentaliteta je postala del naše urbane realnosti, pogledajte zadnjih 20 let, ko smo gradili družbo po lastni fantazmi brez ukazujočega gospodarja. In smo koristoljubno molčali, ko je bila »osamosvojitvena generacija« po Jazbinšku upravičena do smešno poceni stanovanj, da morajo zdaj manj srečne generacije pristati na 30-letne kredite ali ostati v odvisniškem razmerju do svojih »dobrotljivih« staršev. In ista »Jazbinškova generacija« se je molče in s figo v žepu strijnala z bizarnim, certifikatskim lastninjenjem državnih podjetij v upanju, da ji bo kaj kapnilo v denarnice. In ista generacija je molče in s figo v žepu nadgradila socialistično tog sistem državne uprave, katerega namen ni učinkovitost, ampak umestitev

vsakogar, ki je imel srečo biti ob pravem času na pravem mestu, v nepogrešljivo sistemsko bratovščino, ki se reproducira v tisočih nepotrebnih sistemskih funkcijah. Slovenec brez »sistemskih rešitev« namreč ne zna niti trikrat dihniti, kaj šele izreči eno samo, čeprav najpreprostejšo odločitev, sistem je nadomestek gospodarja, tistega, zaradi katerega človeku ni treba misliti z lastno glavo, tistega, ki smo ga izgubili s padcem komunizma. Zato raje vsak problem odložiti, dokler zadeva ne bo »sistemsko urejena«, to je mantra, ki nam prinaša mir.

Sistemi, sistemi, tudi zdravstveni

Zato smo navajeni koristoljubno molčati in z molkom dajati navodila našim političnim marionetam. In vprašanje je, če smo dovolj jasno spregledali mučne posledice takega molčečega vrtiljaka, da bomo zdaj znali novo vlado in nova ministristva dobesedno potisniti v radikalno samoukinitev glede vseh – in mislim prav vseh – razpisov in arbitriranj glede plasiranja denarja. Ministrstvo ne zmore in ne zna biti organ za poslovne odločitve, njegova kompetentna funkcija je izključno regulatorna. Danes imajo ministristva iz komunizma ohranjen ogromen kup slamnatih pooblastil, za katera pa nimajo ljudi z znanjem, ki bi razumeli, za kaj gre. Zato tudi nimajo operativnega interesa, motivacije, veselja. Pa se člani tisočih ministrskih komisij vseeno želijo 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 – med zavarovalnico, bolnišnico in zavarovance, ki jih vse skupaj najbolj zadeva. Ampak če bi ministrstvo distribuiralo operativne odločitve proč od sebe, potem ne bi imele politične glave občutka, da imajo vse pod kontrolo. Čeprav ta slamnata »kontrola« v resnici pomeni, da z njo odvezujejo vodstva institucij, od bolnišnic dalje, za odgovornosti glede poslovanja, nabav, v končni fazi tudi zdravljenja. Če nakup milijonske aparature ni del bilance in odgovornosti bolnišnice, ampak politično-planersko »podarjen« denar, ki ga ne bo treba v bodočnosti »povrniti« iz zasluzka pri opravljanju storitev, je gospodarnost pri načrtovanju investicij v zdravstvu vnaprej izgubljena. Podoben je problem informatizacije zdravstva. Gre v resnici za hud problem, ker kljub računalnikom vsa dokumentacija, izvidi, laboratorijski rezultati... še danes obtičijo v papirnati obliki in so praktično nedostopni že različnim oddelkom iste bolnišnice, kaj šele med ustanovami. Zato je ogromno



ponavljanja preiskav, prepisovanja podatkov, izvidov, zelo nepotrebno in potratno. Ampak tudi pri tako koristnem projektu je absurдна ideja, da mora to urejati Ministrstvo za zdravje, ki nima tozadevnega znanja, niti strokovnjakov, niti izvršne moči pri zdravstvenih organizacijah. Pa gredo 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, ker E-lokalci poskrbijo, da stvari niso povezljive, čeprav bi jih vsak Jure iz 3. letnika računalništva znal povezati v dveh urah. Mogoče pretiram, ampak vseeno je informatizacija zdravstva nemogoč projekt, dokler ga vodi ministrstvo – v resnici je to projekt za zavarovalnico, ki ima vzvode, ki bi prisilili zdravstvene zavode k resnosti in bi se kar sami začeli povezovati, če bi jim grozila ukinitve plačil. Ampak pri nas politični razred misli, da mora vse imeti v rokah, čeprav s tistim ne zna in ne zmore kaj pametnega narediti. Kaj ni to naša že tisočkrat videna smrtna past? Vsiliti ljudem sistem – gospodarja, da prek njegovih pravil in ukazov prevzameš njivo, ki niti ni tvoja, niti je ne znaš obdelovati.

Zato se mi ne zdi toliko odločilno, kdo bo na volitvah zmagal, pač pa to, če bo resnost situacije in stiska volilce, tudi nas zdravnike torej, primorala k izrekanju doslej zamolčanih skrivnosti – po volitvah. Samo tako bomo sami sebi sestavili in izrekli novi stanovski in politični kodeks, brez katerega v prihodnosti ne bo mogoče živeti, ampak le životariti.

Decembrske pesmi

Dušan Sket

Poročilo odgovornega urednika Slovenskega medicinskega slovarja (SMS)

Medicina je umetnost,
kjer beseda kaj velja,
brez slovarja piscev spretnost,
se z jezikom zavozla.

Ko z ekrana pregledujem
tisoč SMS strani,
vratne sklepe raztegujem,
rama, roka me boli.

Proti jutru se potegnem
v posteljo, ki godrnja,
ali bo že kmalu konec
tega avtomučjenja.

Slave tu ne bo veliko,
z d'narjem se ne bom bahal,
k'teri vrag me (po Molièru)
je na to galejo gnal.

1/8

Če razrežem krog
svojega življenja
na osmine
in pogledam,
kaj sem imel
in kaj še nimam,
vidim na eni strani
preživetih 7/8,
na drugi pa 1/8,
več ali manj.

Moje dosedanje življenje
je bilo 7/8.
Tolikšen je bil
njegov čas.

Ostala mi je še 1/8,
takole statistično,
več ali manj.

Kaj naj počnem z 1/8?
.....

Bom že kaj, bom že kaj,
več ali manj.

Bankrot

Mrzel veter mraz prinaša,
ptičkov petja nič več ni,
ekran pa kar naprej razglaša,
da bankrot nam *vsem* grozi.

To seveda je le šala,
ker bankrot je taka reč,
da bilanca bo razdala,
enim nič, drugim preveč.

Moj prvi dedek Mraz

Moj prvi dedek Mraz,
tam v petdesetih letih,
mi je v očimovem kolektivu
prinesel napolitanke.

Celo škatlo napolitank.
Pojedel sem jih tako,
da sem ploščico
za ploščico
luščil od napolitanke.
Vsako ploščico
sem raztopil na jeziku.
Kot hostijo.

Na Titovo cesto

Včasih smo imeli prhljaj,
sedaj je to mimo,
parado za 1. maj
in sneg vsako zimo.

Poganjali smo si kolo
na Titovo cesto,
tramvaj pa nam je zvončkljal
čez celo mesto.

Takrat smo mladi bili,
vseh upov polni.
Danes stent žilo drži,
a nismo bolni.

Vlažna zemlja

Andrej Rant

Vlažna zemlja z razvlečeno meglo
kot volčja žalost gre z menoj.
Ves mračen sem in ves meglen,
kot mračna je in žalostna ta jesen.
Brest otresel je listje, otresel glavo,
izgubljeno zdaj plava po vodi;
žerjav broneni v slovo
za hip si v njej je omočil pero ...

Zvezd dvojce še riše po nebu si pot,
brez konca njuni so tiri...
Murn utrujen nateza svoj lok,
gostuje, piruje, praznuje;
kot slutnje glase se skovirji.

Kje, kje, kako to, kako
konča se; kje gine vse to?
Kdaj se naposled srce mi pomiri?
Vdaj se, vdaj, pozabi vse to.
Tako in tako – ne gre po izbiri.
Prišla bo ura in hkrati z njo
vlažna zemlja z razvlečeno meglo.

Gori

Andrej Rant

Prihajam k tebi razoglav in majhen.
Kar me težilo je, zmetal sem vse od sebe,
in pustil vse, da brez ovir
sem našel pot do tebe,
zase in za svoj mir.

Poljublja vsaka moja te stopinja,
v kamenju ostrem mi srce drhti;
po skalah, sredi ruševja in brinja,
od tebe, gora, vriska moja kri.

Ko truden ležem med kamenje,
kjer večno sonce v pečevju rdi,
pod mano daleč svet je in hrumenje,
v tišini stene molk spregovori...

Zahaja sonce ... Ti jutri spet ga boš objela;
jaz pa ne vem, kolikokrat uzro ga še oči...
A ni me strah, da me zagrne noč –
ker vem, nekoč me vase boš sprejela
in bova isto – jaz in ti.

Jelen

Andrej Rant

Zbežal čez jaso si prostrano,
v dolgih skokih si jo preletel;
v skelečem ognju pleče razcefrano,
srce otrplo, gnal je žgoči strel.

V očeh širokih, v zenicah razprt
zarisala tvoj strah je smrt.
Vse bliže že je psov sopenje
in lajež reže ti kosti,
v hrbtišču čutiš zob drhtenje,
ko hlastajo; meso hromi...

Majavo sonce se na nebu ustavlja,
megleno jutro se mračí,
sončna iskra se v očeh poslavlja,
njen lesk izginja in motni ...

Čez travnik v rosi rdeča sled se vleče,
raztrgan vran zakrakal je grozeče.

Balkanska elegija 1993

Andrej Rant

Pod črnim nebom črn svet leži
in duša strta v gnevu se duši;
vse, vse, kar danes vidiš,
so solze le in smrt in znoj in kri.

Vse gore so že potemnele,
vse vode že zakrvalavele
in polja opustela so,
livade onemele,
vse ptice padle so z neba ...

Ko strah zareže grlo,
ko v srcu je že vse odmrlo,
ko cerkve so mrtvašnice postale
in v njih ni več Boga –
ko ni več kletev in je zmanjkalo solza,
ko komunisti molijo in ko duhovnik psuje,
ko mladec umirajočega blagruje,
ko živi vpitja ranjenih ne čuje
in je pod črnim nebom črni svet,
si grizeš ustnice in nimaš več besed...

Hotela sem

Draženka Latinović

Hotela sem biti dobra hčera,
pa študij medicine in zdravnikovanje,
za to nista bila pravšnja mera.

Hotela sem biti dobra sestra,
pa so me od teh lepih občutkov oddaljili
valovi in jadra poklicnega vetra.

Hotela sem biti dobra mati,
pa se z zdravniškim poklicem
materinstva ni moglo dovolj dati.

Hotela sem biti dobra ženčca,
pa sem z delom v ambulantah
poklicu žena postala le senca.

Hotela sem biti dobra zdravnica,
pa sem v bolezenskem svetu ostala ujeta,
kot zlomljene peruti ranjena ptica.

Hotela sem do zdravja z zdravo hrano,
pa so me vpeljali v nadomestni svet
prehranskih dodatkov in morja tablet.

Hotela sem biti kdaj srečnica,
pa sem ob izlitju te pesmi
postala zdravnica – pesnica.

Sestanek Medikohistorične sekcije in Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije v Mariboru

Elko Borko, Aco Kruščić

V soboto, 1. oktobra 2011, je bil v Mariboru celodnevni strokovni sestanek Medikohistorične sekcije SZD (MHS SZD) in Znanstvenega društva za zdravstveno kulturo Slovenije (ZDZZKS). Sestanek obeh stanovski organizacij, ki sta sorodni pri raziskovanju in proučevanju zgodovine zdravstva, je bil pomemben, saj sta se sestanka slovenskih medikohistorikov udeležila tudi gosta iz avstrijske Koroške, predsednik Društva slovenskih zdravnikov na avstrijskem Koroškem dr. Franz Wutti in prof. Anton Schellander. S tem smo ponovno obudili sodelovanje slovenskih zdravnikov v Sloveniji in slovenskih zdravnikov na avstrijskem Koroškem, ki je potekalo že v osemdesetih letih preteklega stoletja.



Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec med predavanjem o protituberkuloznem boju v Sloveniji med letoma 1890 in 2007.



Direktor UKC Maribor prim. asist. Gregor Pivec pozdravlja predsednika zamejskega Društva slovenskih zdravnikov na avstrijskem Koroškem dr. Franza Wuttija.



Direktor Pokrajinskega muzeja Ptuj-Ormož prof. Aleš Arih pred Puhovo domačijo v Sukošaku s skupino udeležencev srečanja.



Gospodje Vurberški (v srednjeveških oblekah Gabrovec, Borko, Janžekovič) podeljujejo koncesijo za izpiranje zlata iz Drave županu Dupleka gospodu Janezu Ribiču. Drugi z leve je župan Maribora gospod Franc Kangler, četrti prof. Anton Schellander (Celovec), zadnji pa prof. Aleš Arih, direktor Pokrajinskega muzeja Ptuj-Ormož.

Sestanek se je začel ob napovedani uri pred približno 70 udeleženci. Po pozdravnih nagovorih predsednika MHS SZD Elka Borka, predsednika Zdravniškega društva Maribor Davorina Dajčmana in gostitelja direktorja Gregorja Pivca se je začel strokovni del. Prof. Zvonka Zupanič Slavec je predstavila »Protituberkulozni boj v Sloveniji«. Zanimivemu in s filmskimi arhivskimi posnetki dopolnjenemu predavanju, polnem statističnih podatkov, je priključila še krajšo predstavitev knjige Tuberculosis (1860–1960) in si za svoj nastop prislužila dolgo odobravanje zadovoljnih poslušalcev.

V nadaljevanju je dr. Franz Wutti predstavil organiziranost in delo slovenskih zdravnikov v Avstriji, ki delujejo v Društvu slovenskih zdravnikov na avstrijskem Koroškem, ki ga priznava tudi Avstrijska zdravniška zbornica. Po predavanju je v razpravi predsednik Društva slovenskih zdravnikov na avstrijskem Koroškem dobil zagotovila, da njihovo združenje lahko pričakuje vso pomoč od stanovskih organizacij v Sloveniji. Zaradi pomembnosti prikaza dela zdravnikov v okviru Društva slovenskih zdravnikov na avstrijskem Koroškem bomo poročilo dr. Franza Wuttija, ki je praktični zdravnik v Borovljah, objavili v celoti.

Strokovni sestanek je zaključil Gregor Pivec s predavanjem »Vurberški sanatorij 1921–1941«, saj le malo zdravstvenih delavcev pozna zgodovino tega najmanjšega zdravilišča za tuberkulozo v Sloveniji, ki je bilo ustanovljeno leta 1921, skoraj sočasno kot naš najbolj poznani sanatorij na Golniku.

Kot običajno je sledila strokovna ekskurzija z ogledi in dodatnimi predavanji. Poln avtobus in dodatni osebni avtomobil udeležencev izleta je obiskalo Pokrajinski muzej na Ptuj. Direktor muzeja nam je v grajski vinski kleti predstavil vinogradniško zbirko in pojasnil namen in uporabo razstavljenih predmetov. Sledila je vožnja proti Zavrhu, med katero je akademikinja Zinka Zorko predavala in sočasno predstavila svoj film o Maistrovi Katici, ki je letos umrla. Na Zavrhu, tik ob razglednem stolpu, smo obiskali Maistrovo spominsko sobo, kjer je udeležence strokovnega izleta pozdravil župan Lenarta gospod Franc Kramberger, ki je spregovoril tudi o razmerah ob bojih za našo severno mejo leta 1918. Po ogledu tega pomembnega zgodovinskega objekta smo imeli v gostilni Vinska trta v Voličini okusno in bogato kosilo in se okrepčali z odličnim domačim vinom vinogradnika Marjana Fekonje.

Sledila je vožnja proti Sukošaku pri Juršincih in med vožnjo je Elko Borko predaval o dr. Metodu Špindlerju, ki je bil prvi zdravnik talec, ki so ga nemški okupatorji ustrelili že 30. oktobra 1941, ker je pošiljal sanitetni material prvim partizanom na Pohorju, in ki je zapustil ženo in tri otroke.

V Sukošaku nam je direktor Pokrajinskega muzeja Ptuj-Ormož prof. Aleš Arih predstavil Puhov muzej in predaval o arhitekturnih značilnostih stavb v Slovenskih goricah in svoj nastop zaključil z odličnim filmom o usodi slovenskega izumitelja Janeza Puha.

Kljub precej napetemu programu smo se na poti proti Mariboru ustavili še v Dupleku, kjer nas je v znani gostilni Veronika pozdravil župan občine Duplek gospod Janez Ribič in nam pripravil sprejem, na katerem smo razpravljali o usodi in načrtih za oživitve Vurberka. V zahvalo so udeleženci strokovnega izleta v starinskem načinu podelili županu koncesijo za izpiranje zlata iz Drave. Sočasno pa je prof. Franc Janžekovič predstavil zgodovino in način izpiranja zlata iz Drave, s katerim se je še med

obema svetovnjima vojnoma preživljalo letno do 600 prebivalcev Podravja.

Strokovni izlet smo zaključili v Mariboru ob načrtovani uri in z zahvalami sponzorjem srečanja mestni občini Maribor, Zdravstvenemu domu Maribor in UKC Maribor ter z željo po podobnih, bogato in z raznovrstnimi prispevki pripravljenih sestankih.

Zdravniki s harmoniko in slikarsko paleto

Ksenija Slavec

Novembrsko prireditev Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete v Ljubljani (KUD) v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana so zaznamovali vedri ritmi etno glasbe z Balkana. Izvajala jo je Vokalno-instrumentalna skupina Katanija, ki jo je v osrednjo slovensko bolnišnico pripeljala njihova harmonikarica, mlada in temperamentna zdravnica Marija Gačič. Ustvarili so imenitno vzdušje, publiko pritegnili k sodelovanju, sami pa žareli od ognja navdušenja in veselja nad muziciranjem in prepevanjem.

Želja po obujanju ljudskega glasbenega izročila Slovenije in Balkana vodi vokalno-instrumentalno skupino Katanija pri ustvarjanju že od leta 2003. Katanija (kar je v srbskem jeziku izraz za konjenico) se pod okriljem ZKUD Tine Rožanc razvija izključno iz veselja in navdušenja nad ustvarjanjem lastnih aranžmajev ljudskih pesmi s področja celotnega Balkanskega polotoka – od Slovenije do Bolgarije. Nekateri bolj, drugi malo manj glasbeno poučeni, vendar zato nič manj glasbeno nadarjeni člani te velike skupine z neverjetno energijo in zagonom vedno znova odkrivajo nove načine, kako iz pesmi izvabiti čutnost, torej veselje ali žalost, in kako privabiti publiko s svojo energijo. Prav nič se ne bojijo nastopov na velikih in malih odrih Slovenije, kot so Cankarjev dom, Španski borci, Creintiva in Zlati zob, festivalih, kot so Carniola in MareziJazz, pa tudi nastopov v tujini, igranja na ljubljanskih ulicah ali na RTV Slovenija ne; ravno nasprotno, njihova energija je najboljša, ko jo lahko delijo s publiko, in ravno zato so prišli tako daleč in še naprej rastejo. Skupino sestavljajo pevci Nataša Jovanović, Sabina Klakočar, Maja Kostadinović, Karolina Verbič; harmonika – Marija Gačič, kontrabas – Borut Mavrič, kitara – Damir Rapič, violina – Dunja Šegrt, bisernica – Matej Oštir, tolkala – Vojko Kokot; Sabina Potočnik in Iztok Repovž.

V osrednji galeriji se je s svojimi slikami predstavila diplomirana slikarka Kristina Vencelj iz Šempetra pri Gorici, ki je povedala: »Ne spomnim se, kdaj sem prvič vzela čopič v roke. Rišem in slikam že celo življenje.« Že v gimnaziji je kot šestnajstletnica obiskovala sprva začetni, nato pa nadaljevalni

tečaj risanja in slikanja pod mentorstvom akademskega slikarja Franca Goloba in tudi prvič skupinsko razstavljala. Svojo prvo samostojno razstavo je imela pri devetnajstih letih pod mentorstvom istega slikarja.

Izobraževalna pot jo je sprva vodila na študij umetnostne zgodovine na Filozofski fakulteti v Ljubljani. Želja po likovnem izražanju pa je bila močnejša, zato je sledila svojim sanjam in se je vpisala na Šolo za risanje in slikanje v Ljubljani, kjer je diplomirala pri akademskem slikarju spec. grafiku Daretu Birsi in inženirju arhitekture Jaki Bonča na temo Ornament v slikarstvu (s poudarkom na cvetu lokvanja). Med študijem in po njem se je Kristina udeleževala tako skupinskih kot tudi samostojnih razstav, sodelovala na ex-temporih in prirejala likovne delavnice. Razstavljala je različne slikarske cikle.

Slikarka Kristina Vencelj je povedala: »Sicer pa se moja dela od prvotnih – iz leta 1993 – izrazito ekspresivnih slik, temeljito razlikujejo, saj me nenehna iskanja po pletenju vzorca in ornamentalno obarvanega lista ter samega lokvanja, kot mojega najljubšega cveta, ženejo naprej. Geometrization mi omogoča



Razstavljali sta anesteziologinja Judita Mandelc Kuncič (desno) in diplomirana slikarka Kristina Vencelj iz Šempetra pri Gorici (tretja z desne).

brskanje po preteklih in hkrati novodobnih temeljih, kvadrat in število štiri – kot moje življenjsko vodilo – zaznamuje potrpežljivo iskanje sodobnega, še neraziskanega sveta.

Prvi – iz leta 1999 – sklop lokvanjev, je narejen v zračni tehniki akvarela, ki beleži cvet s svežino ter omogoča lebdenje pigmentov v vodi, ki se zrcali v samih motivih. Prav elementi lokvanja, ki so močno pretkani, prepleteni, zbiti med diagonalami in razprostrti po središču ploskve, postopoma začnejo dobivati svoje mesto. Izrazitejša postane tudi simetrija, komunikacija med raznobarnimi cvetovi in koprenami.«

Kristina Vencelj je navdušila tudi s svojo ljubeznijo do slikarstva.

V mali galeriji se je predstavila anesteziologinja Splošne bolnišnice Jesenice Judita Mandelc Kunčič, ki se je v lepem nagovoru zbranim predvsem zahvalila svojim slikarskima mentorjema, akademskima slikarjema Janezu Kovačiču in Brigiti Požegar Mulej. Zelo lepo je tudi na glas razmišljala o sproščajočem učinku slikanja po odgovornem in stresnem službenem delu ob slikarski paleti in notranji svobodi, ki jo vodi v tiste kotičke njenega ustvarjanja, kjer pozabil na vsakdanje skrbi in se preda slikarski ustvarjalni sli.

Rojena je na Bledu, kjer je preživela otroštvo, mladost in študijska leta pa je preživela v Kranju, kjer se je ukvarjala s plavanjem. V osnovni šoli Simona Jenka je bil njen učitelj likovnega pouka slikar Edo Mihevc, ki jo je likovno nagovoril. Po končani Medicinski fakulteti v Ljubljani je delala kot splošna zdravnica v Bohinju, nato pa se je specializirala za anesteziologijo za Splošno bolnišnico Jesenice, kjer je zaposlena. V Likovno skupino KUD-a jo je pripeljala njena kolegica in v mnogih ozirih učiteljica, posebej v poklicu, Višnja Grubišič.

O Juditi so zapisali: »Judita Mandelc se slikarsko udejevtvuje že dolgo vrsto let in hvalevredna je njena močna volja, da ob naporu in odgovornem poklicu vzdržuje to svojo drugo močno osebno naravnost. Ne samo to, v zadnjem času sem pri njej zaznala zavidanja vreden napredek. Prva njena dela, ki sem jih videla, so bili krajinski ali cvetlični akvareli, v katere je očitno najbolj spontano izlivala svoje likovne ambicije, ki pa jim je največkrat manjkala prostorska trdnost. Sama tehnika akvarela je ena najtežjih. Zahteva hitre in jasne odločitve, ki so pri amaterskih slikarjih največkrat podložene z intuitivnim uvidom v prostor. Tisto, kar nato bistveno dodaja h kvaliteti dela, se da dejansko priučiti z reflektiranim ukvarjanjem s to bazično komponento likovnega dela.

Zato sem jo pred nekaj leti uvedla v oljno slikarstvo, prav zato, ker so vsestranske možnosti te tehnike tako velike, da njen tehnični aspekt kar izgine oziroma postane z malo prakse tako transparenten, da nudi teren za ukvarjanje samo z bistvenimi slikarskimi vprašanji. In ker so se ta v zgodovini evropskega slikarstva vendarle nanašala na človeško figuro, je dotedanjim žanrom dodala še portret, kot nov velik izziv.

Nasploh pa njena olja kažejo izdaten napredek v gradnji slik. Bolj spontane in intuitivne izlive pri akvarelih je v njih



Judita Mandelc Kunčič slika cvetlične motive, tihožitja, pa tudi človeško figuro in vedute.



Kristina Vencelj slika najpogosteje stilizirane cvetove lokvanja.

zamenjalo nadzirano mišljenje o obliki in prostoru in predvsem to je pogojilo lepe rešitve, kot so v Tihožitju, Pogledu na Kupljenik. Njeni novi akvareli z vidno večjo kompleksnostjo in



Vokalno-instrumentalna skupina Katanija je prizorišče napolnila z radoživostjo balkanskega melosa in vedrih besedil. Prva z desne je mlada zdravnica Marija Gačić, ki energično in srčno igra na harmoniko; ta ima vodilno melodijo pri večini pesmi skupine Katanija.

trdnostjo gradnje pa so tudi dokaz, da je dodani bolj reflektirani in študijski pristop nujen pogoj za umetniško napredovanje.«

Zbrani so se ob sklepnih akordih harmonike zdravnice Marije Gačić navdušili, da pridejo tudi na koncert študentov ljubljanske Medicinske fakultete v Cankarjev dom (21. novembra 2011) in koncert zdravnikov v Slovensko filharmonijo (2. 12.

2011), nato pa 20. decembra že na božični koncert v ljubljanskem kliničnem centru. Iskreno si želimo, da bi se ob vseh teh lepih in bogatih kulturnih dogodkih vsi napolnili z radostjo in notranjim veseljem.

Foto: Tea Šulek

Dva dohtarja, dve gori, dvesto konj in Medicina

Bianco grat

Iztok Tomazin

Piz Bernina je najvzhodnejši štiritisočak v Alpah, med gorniki znan po lepoti in še posebej po legendarnem, za mnoge najlepšem grebenu v celotnih Alpah, imenovanem Bianco grat – Beli greben. Ta greben s severne, švicarske strani gore v elegantno valoviti in hkrati vrtoglavo strmi liniji privede točno na izpostavljeni vrh, priteguje poglede množice turistov, ki gomazijo po dolinah in prelazih okoli Sankt Moritza in Pontresine, seveda pa je tudi zaželeni cilj mnogih alpinistov.

Sredi minulega poletja smo se ga lotili tržiški gorski reševalci. Cilj: lepo doživetje, visokogorski trening, *team building* in vse, kar sodi zraven. Za optimistično popotnico nam je bila napoved lepega vremena. Ko se je zdanilo po mnogo prekratki, zaradi koncerta mednarodnega orkestra smrčacev na skupnih

ležiščih kočice Tschierva slabo prespani noči, smo že kolovratili po razbiti ledeniški moreni in iskali prehode do grebena. Kljub obetavni vremenski napovedi sem zaskrbljen opazoval oblak, ki se je zlovešče širil in spuščal nad vrh Bernine. Niti barvita, od škrlatne do rumene barve prelivajoča se jutranja zarja ni zmanjšala mojega nelagodja. Take oblake alpinisti včasih imenujemo »hobotnica«, saj svoje dolge lovke stegujejo okoli vrha gore in ga počasi ovijejo, hkrati nadenj spustijo še zaobljeno telo, ki raste in raste ter slednjič zakrije goro ali vsaj njen vršni del. Mogočen, včasih prav osupljivo lep prizor pa pomeni predvsem močan veter in sneženje, vihar, katerega pritajeno hrumenje je pogosto možno slišati do najglobljih dolin, kar sem nešteto izkusil v Himalaji in drugih visokih gorah. Kljub napredku



Iztok Tomazin med plezanjem skalnega dela Belega grebena (Biancograt). Foto: Jurij Gorjanc.

meteorologije so torej vremenske napovedi vsaj v gorah še pogosto netočne. V urbanem dolinskem okolju to lahko pomeni razočaranje in manjše nevšečnosti, na primer odpoved kakšne prijetne aktivnosti in podobno. V gorah pa so taka neprijetna presenečenja lahko zelo resna ali celo usodna. Izkušnjam navkljub sem upal, da bomo prehiteli grozeče poslabšanje vremena, da ne bo tako hudo in podobno, vse v luči optimizma in želje, da bi opravili turo, zaradi katere smo prišli tako daleč.

Sredi grebena nas je oblak zagrnjal, začelo je snežiti, vstal je vihar in postajal vse močnejši. Sanjski vzpon po Belem grebenu se je spremenil v napeto borbo z vetrom, z zasneženimi in poledenelimi prepadi in predvsem z mrazom. Pričakovano plezalno užitekarenje po izpostavljenem, slikovitem grebenu se je sprevrlo v borbo za preživetje v himalajskih razmerah, a brez himalajske opreme, predvsem brez dovolj toplih oblačil. Izkušnja, ki jo je vznemirljivo in nadvse lepo preživeti, nikakor pa je ne zavestno iskati ali si je želeli. Nekakšno ne bodi ga treba vrhunsko doživeti, ki večinoma ni stvar želje ali izbire, pač pa spleta okoliščin, ki bi se mu vsak razumen človek z veseljem izognil, a v gorah se to vedno ne da. Ena od definicij alpinista je vendarle tudi, da je to človek, ki v gorah išče težave, a je vesel, če jih ne najde. Kljub izkušnjam in previdnosti se težave in zapleti včasih zgodijo in postanejo okvir doživetij, trajno zasidranih v spominu. Seveda pa jih je prej treba preživeti.

Enkrat med to kalvarijo, med hitenjem skozi vihar po ostrem grebenu ob skoraj nikakršni vidljivosti, sva s soplezalko za trenutek stala na vrhu, a tega se nisva

zavedala, preveč sva bila zaposlena z iskanjem ravnotežja in prave smeri, s plezanjem in upiranjem mrazu, pravzaprav s preživetjem. Šele mnogo kasneje, na suhem, toplem in varnem, smo ugotavljali, da je naša pot vodila tudi čez vrh, ki ni označen. Kakšna ironija – tako želeni vrh, temeljni cilj naše ture, pa niti vedeli nismo, kdaj smo stali na njem. Nobenega razgleda, olajšanja, nobenega veselja in drugih doseženemu cilju pripadajočih občutkov, le želja ostati v pravi smeri, ne se izgubiti v megli in viharju, ne podleči strupenemu mrazu, sestopiti v varno zavetje kočice, ki je kdo ve kje globoko spodaj skrita v gosti megli in plapolajočih zavesah snežnega meteža. Če imaš navezано na vrvi tudi nadvse



Jurij Gorjanc in Iztok Tomazin na vrhu Piz Bernine (4.049 m). Foto: neznani alpinist.

ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

dragoceno sopotnico, jaz v tem primeru ženo, je dramatičnost vzpona še večja, v igri je silna motivacija in odgovornost za dve tesno povezani življenji.

Zgodaj popoldne smo srečno dosegli kočo na italijanski strani gore, zavest o morebitni usodnosti vzpona nas je le oplazila. Če bi kdo padel in se poškodoval ali zašel, bi postalo skrajno resno. Omrzline, podhladitev in vse, kar bi sledilo... Koristna izkušnja, ki v zavest o lastnih gorniških sposobnostih in številnih uspehih ponovno trdneje umesti tudi ponižnost. Spoštovanja do gora nam alpinistom, ki smo hkrati tudi gorski reševalci, pač ne manjka, prevečkrat smo že bili preizkušeni in premnogo nesrečnejev smo že prinesli v dolino.

Dva dohtarja na Belem grebenu

Tako opevano turo je bilo vsekakor treba ponoviti, enega najlepših alpskih grebenov sem moral doživeti tudi v jasnini, s prevzemajočim razgledom, z užitkom in sproščenostjo med plezanjem, z jasnim občutenjem vrha in vsem, kar sodi zraven. Za popravni ali bolje rečeno dopolnilni izpit na gori sva se našla z Jurijem Gorjancem, oba zdravnika, gorska reševalca, gornika in še kaj. Sledilo je že znano mi naporno, a lepo razgledno pešačenje do koč, presmrčana prekratka prva polovica noči na hrupnih skupnih ležiščih, v njeni drugi polovici pa sva prešla ledenik in preplezala skalni spodnji del grebena. Sončni vzhod sva pozdravila že visoko nad prepadi, kjer sta nadaljevanje čudovitega grebena in vreme vabila k nadaljevanju. Dodatno sem bil zadovoljen, ker Jurija ni bilo treba pogosto varovati, navezala



Štiritisočak Piz Bernina z Belim grebenom (Biancograt) na desni. Foto: Iztok Tomazin.



Na prelazu Bernina, zadaj Piz Palu. Foto: Iztok Tomazin.



Zasneženi, najlajži in najlepši del Belega grebena (Biancograt). Foto: Iztok Tomazin.

sva se le na najzahtevnejših mestih, tako je šlo hitreje in bolj sproščeno.

Že pred poldnevom sva sončila telesi in občutke na 4.049 metrov visokem vrhu Piz Bernine. Na najvišji točki gore lahko stoji le en človek, za dva je že premalo prostora, na vse strani se grezijo prepadi, par metrov nižje pa je nekaj polic za počitek in užitek »zmagovalcev«. Kakšno nasprotje doživetju izpred meseca dni! Čudoviti razgled na razbrazdane kače ledenikov in skrivnostne doline globoko spodaj, pa na visoke pobeljene vrhove vse naokoli. Kar ostal bi... je večni refren takih trenutkov na vrhovih. Ni pretiranega mraza in nebo je brez oblaka ter zavest brez posebnih skrbi, seveda pa ne brez resnosti in spoštovanja do preostanka ture. Vrh gore je večinoma vrhunec, pogosto pa manj kot polovica poti, med sestopom se zgodi več nesreč kot med vzponom. Naju je čakalo še precej ne prezahtevnega, a mestoma nevarnega plezanja navzdol v gnilem snegu in krušljivi skali. V takem terenu za razliko od večine uživam, saj gre za igro ravnotežja, izkušenj, obvladovanja telesa in občutkov, seveda ob popolni zbranosti. Slabosti in napake so drage, včasih najdražje. Jurij je bil nad sestopom znatno manj navdušen, a uro kasneje sva se že sončila in krepčala v koči Marco e Rosa. Izpolnitev želje, cilja, načrta ali kakorkoli imenujemo tisto, k čemur se z veliko zavedno in nezavedno motivacijo poganjamo, nas praviloma zadovolji le za omejen čas. Če se ponudijo nove priložnosti, se ta čas lahko zelo skrajša in tako je bilo tudi tokrat. Daleč na vzhodu se je bleščala še ena zelo vabljiva gora – Piz Palu, skoraj štiritisočak. Jurij, ki je hitro zaznal, da si želim še na Piz Palu, je predlagal, da se ločiva – on bi sestopil v dolino

po najkrajši poti preko ledenika Morteratsch, jaz pa bi lahko pohitel še na Palu, v dolini bi se pod večer srečala. Seveda nisem sprejel predloga, predvsem zaradi nevarnih ledeniških razpok, ki samohodcu grozijo na katerikoli poti sestopa v dolino. Kot mnogo bolj izkušeni član naveze sem seveda čutil dodatno odgovornost za oba, soliranje bi pomenilo nesmiselno tveganje. Sprva je kazalo na takojšen sestop, saj je Jurij imel dovolj, bil je utrujen in zadovoljen z Bernino, a upal sem, da si bo premislil in zbral dovolj motivacije in moči, da bova podaljšala turo.

Blaga, vsaj tako sem menil, sugestija z moje strani in prelesen dan pa sta povzročila, da sva namesto v dolino vendarle nadaljevala proti Paluju. Spet sva plezala po grebenu, ki pa je bil čisto drugačen od Biancograta, z novimi, drugačnimi razgledi, s prepadi drugačnih vtisov na obeh straneh, s toplo, kompaktno skalo in edino lepotno napako, zoprno zmehčanim snegom, ki nama je še proti koncu ture grenil sestop. Tik pod vrhom sva imela še nepričakovano doživetje, ko je priletela skupina jadralskih padalcev. Na valovih odlične termike so jadralski okoli vrha Paluja, nekateri pa so celo pristali na njem in kasneje spet poleteli. Če jim ponovni vzlet ne bi uspel, bi kot gorska reševalca imela delo, saj niso bili opremljeni za sestop peš. A na srečo jim je uspelo nadaljevati »sprehod po nebu«. Težko in lepo hkrati mi jih je bilo opazovati z mislijo na že precej oddaljene čase, ko sem se tudi sam loteval podobnih in še zahtevnejših pustolovščin v visokih gorah z zmajem in jadralskim padalom. Trdno so usidrane med najlepšimi spomini.

Odvisno od naravnosti in izčrpanosti je sestop z visoke gore po dolgem, napornem vzponu lahko ne bodi je



Plezanje v viharju na Belem grebenu Piz Bernine. Foto: Iztok Tomazin.

treba muka, redkeje nadaljevanje gorniških užitkov, večinoma pa nekje vmes. V gnilem snegu med številnimi ledeniškim razpokami sestopava s Paluja, topla svetloba na zahod tonečega sonca daje ton prihajajočemu večeru, obrazi gora se s postopnim spuščanjem v dolino spreminjajo, drugačna so tudi občutenja nekoliko bolj domačih, a še vedno skrivnostnih velikanov. Pretežno od znotraj pa prihajajo tudi manj prijetne stvari – različni odenki utrujenosti, žeja, žulji, bolečine v sklepih, potreba po počitku in želja po dolinskem udobju...Po koncu ture, čez različno dolgo časa, pa se ohrani večinoma samo lepo in prijetno skupaj z najvrednejšim.

In še o konjih

Ker je pot iz Slovenije do Bernine dolga, razgibana in zanimiva in ker sva oba navdušena motorista, je bilo jasno tudi prevozno sredstvo. Jezdila sva vsak svojo bavarsko zverino na dolgi poti skozi avstrijske doline in prelaze do Pontresine in po še daljši poti čez visoke švicarske prelaze in po globokih, zavitih dolinah nazaj domov. Skupaj dva tisoč kubikov, dvesto konj in predvsem veliko užitka, še posebej med vrnitvijo, ki je bila obogatena s svežimi doživetji Bernine in Paluja. Velika večina motoristov bi bila zelo zadovoljna ali celo izpolnjena že s samo vožnjo tja in nazaj, z ogledom mogočnih gora od spodaj, s križarjenjem po razglednih cestah, s polaganjem nešteti ostrih

ovinkov in razgledi z najbolj znanih alpskih prelazov, kot so Brenner, Bernina in Stelvio. Dovolj za motoriste, a mnogo premalo za gornike. Vožnja, najsi bo še tako hitra, zanimiva in razgibana, je lahko zadovoljujoča, ni pa izpolnjujoča. Brez gibanja in raziskovanja z lastnimi močmi, s pristnim občutenjem in doživljanjem narave, ni velikega doživetja. Kombinacija intenzivnih, globokih izkušenj gora, vključno z njihovimi vrhovi, ki so simbolno in v še kakšnem pogledu lahko vrhunec doživetja, z neobvezno začimbo razigranega, dinamičnega užitkarjenja na dveh kolesih, pa je nekaj povsem drugega. Če bi moral izbirati samo eno, bi seveda izbral gore – tiste od blizu, prigarane, prizelele, okušene na vse mogoče, včasih tudi vznemirljive, neprijetne ali celo nevarne načine. Gore z vrhovi, ki so simbolno in zares najvišje točke, točke izpolnitve in začetka vrnitve v dolino, v bolj običajno življenje. Vrnitve, ki je tudi počitek in zatočišče pred novim odhodom.

In kje je bila Medicina iz naslova? Nosila sva jo s seboj, tako vedno. V nahrbtnikih, v glavi in še kje. Le potrebovala je nisva ne midva, ne redki ljudje, ki sva jih na dolgi poti srečala. Še pogovarjala sva se o njej le malo, udejanjala pa sva jo v še skromnejšem obsegu, pri oskrbi kakega žulja in opazovanju ter raziskovanju obnašanja svojih teles na višini, v mrazu in naporu. Takoj po vrnitvi domov pa je prišla na svoje običajno, silno pomembno mesto tudi v času in dejanjih.



Na vrhu Piz Palu. Foto: Iztok Tomazin.

Predvidevanja za sklic seje kakega odbora Zdravniške zbornice v kaznilnici na Dobu

V našem vodilnem dnevniku Delo bomo lahko 31. februarja 2016 zasledili naslednjo novico: Uprava za izvajanje kazenskih sankcij Ministrstva za pravosodje RS je zaskrbljena zaradi naraščanja števila zaprtih zdravnikov. Zato je v državnem proračunu za leto 2017 namenila 1.650.000,00 EUR za prizidka v kaznilnici na Dobu in v ženskem zaporu na Igu.

Naš komentar

Po zgodovinski rzsodbi Okrožnega sodišča v Mariboru 24. oktobra 2011, po kateri je zdravnica zaradi napačno postavljene diagnoze obsojena na 10 mesecev zapora, lahko pričakujemo eksplozivno rast števila zaprtih zdravnikov. Saj med praktično delujočimi zdravniki – tako v ordinacijah primarne zdravstvene dejavnosti, kot na bolnišničnih oddelkih – ni nobene, ki ne bi v času lastne večletne dejavnosti, zlasti v začetku zdravljenja, spregledal in napačno ocenil naravo bolezni. Upoštevajmo strašljive podatke, zlasti iz ZDA, koliko bolnikov umre v bolnišnicah zaradi nezadostnega ali napačnega zdravljenja; to število lahko pomnožimo, če prištejemo smrti, kot posledico bolnišničnih okužb. Vse te zdravnike, ki so »povzročitelji« hudih posledic zdravljenja, čaka – po precedenčni obsodbi mariborskega sodišča – zaporna kazen. Če bo sodnik(ca) uvideven, morda le pogojna zaporna kazen. Če pa upoštevamo še vse večje število namensko usmerjenih odvetnikov, ki podpihujejo prizadete bolnikove sorodnike in skušajo na vse načine pridobiti podatke o zdravljenju njihovega klienta, da bi lahko predlagali kazensko preganjanje zdravnikov (postopek naj bi bil čim daljši, da bi bil lahko honorar višji!), ta domneva ni iz trte zvita.

Zato ni izključena možnost, da bo ena od sej kakega odbora Zdravniške zbornice sklicana v kaznilnici na Dobu, saj bo pretežna večina naših zdravnikov na odsluženju zaporne kazni. Lahko že danes predvidimo besedilo vabila, ki se bo glasilo približno takole:

Sklicujem sejo upravnega odbora ZZS v četrtek 1. aprila 2016 ob 5. uri zjutraj v prostorih kaznilnice na Dobu na hodniku pred celicami 30–44 z naslednjim dnevnim redom:

1. Razpis za pridobitev zdravnikov iz zakavkaških republik in Kitajske za zapolnitev praznih delovnih mest v

626 splošnih ambulantah in 493 bolnišničnih in kliničnih oddelkih, zlasti za potrebe operativnih strok.

2. Socialna pomoč družinam zaprtih zdravnikov.

3. Podpora vlogam za pomilostitev oz. za skrajšanje zaporne kazni.

4. Razno.

V postopku je naša vloga upravi kaznilnice, da nam med sejo privoščijo kavo. Za člane odbora, ki so na prostosti, je zagotovljen vstop v kaznilnico ob predstavitvi članske izkaznice Zbornice in potrdila, da niso v preiskovalnem postopku zaradi napačnega zdravljenja.

Predsednik: dr. Janez Nebodigatreba, l. r.

Nam zdravnikom, ki živimo v prvi polovici drugega desetletja enaindvajsetega stoletja, preostane upanje, da se tako črn scenarij ne bo uresničil.

Upokojeni zdravnik **Pavle Kornhauser**, zvesti član ZZS



Tempora mutantur, nos et mutamur in illis

Marko Pokorn



Letos poleti me je ujelo. Kje drugje kot na dopustu. Že zadnji teden julija, ko sem bil še v službi, me je začelo boleti v prsnem košu. Sprva sem mislil, da sem se pretegnil. Pa ni in ni pojenjalo. Potem sem po službeni dolžnosti razširil diferencialno diagnozo na zoster in boreliozo in se vsako jutro v kopalnici obračal pred ogledalom, čakajoč mehurčke. In šele prvi dan dopusta, ko smo pozno zvečer končno prišli v Portorož, sem jih zatipal... Zoster, najlepše darilo, ki ga dohtar z infekcijske lahko dobi za petinštirideseti rojstni dan. A je po valcikliovirju (Tatjana in Rihard, še enkrat hvala) bolečina izzvenela v tednu dni... Pa to še ni bilo vse: nenadoma so zvečer v postelji črke v knjigah postale premajhne in nobena luč ni bila dovolj močna, da bi jih razločno

videl brati. Besede sem bolj slutil kot bral in knjige požiral pozno v noč iz nekakšnega inata, kot bi mi šlo za življenje. Le še lasje so mi stali ob strani in vztrajali v kolikor toliko spodobni gostoti tam na vrhu kranija (če le sonce ni preveč močno sijalo). In potem je jeseni prišel *coup de grâce*: ko smo pod prvim snegom našli prve (in žal tudi zadnje) letošnje jurčke, mi je ob vrnitvi z Begunjsčice še levo koleno odreklo pokorščino. Takrat me je prešinilo: staram se.

Že dolgo opažam, da je čas relativen in z leti teče vedno hitreje. Samega sebe pa še vedno umeščam v obdobje treh do petih let po končani fakulteti, počutim se starega dobrih trideset let in niti dneva več. In le otroka, ki vsak dan rasteta in se spreminjata pred mojimi očmi, mi dasta vedeti, kako hitro čas teče. Ne hitro, tako bliskovito, da starejši sin že nosi moje čevlje in ožje tajlirane majice (ki so meni znenada postale preozke, saj sem nehal rasti v višino in le še širim svoj kontekst).

Načelo relativnosti časa spoštujemo tudi na naši kliniki. Uporabljam ga pri določanju starosti bolnikov, ki so bili sprejeti na kliniko in se o njih poroča na jutranjem raportu. Starostno mejo v naši spoštovani ustanovi predstavlja povprečna starost tako imenovane

»prostatične« klopi (s kratico PSPK), ki jo grejejo najbolj eminentne glave naše klinike (roko na srce, ne grejejo je ravno glave). Po mojih skromnih opažanjih bolnik velja za **mlajšega**, če je njegova starost manjša od ene standardne deviacije pod PSPK, bolniki **srednjih let** so stari od ene standardne deviacije pod do dveh nad PSPK, **starejši** pa so onkraj tega, se pravi, so stari več kot dve standardni deviaciji nad PSPK. In ker se z leti PSPK zvišuje, se zvišuje tudi starostna meja in prag starosti. Le kje se bo to končalo? Najbrž v večnosti. Ker nekateri nikoli ne bodo ostareli, večno bodo mladi oziroma srednjih let. Rešitev mojih težav je torej na dlani: le v prostatično klop se moram zrniti.

V tem duhu sem se s soprogo (ki se v vseh teh letih resnično ni spremenila niti za drobec) in starejšim sinom odpravil na romanje v Sveto deželo. Na pot sem poleg Svetega pisma in Briandovega vodnika vzel še zadnjo številko Izide in beležko. Imel sem namreč nalogo napisati zavodnik.

Z idejami navadno nimam težav. Pišem novo gledališko predstavo, v bistvu *stand-up*, zasnovan večinoma na antični mitologiji in klasični glasbi. V predalu imam pripravljeno novo televizijsko nadaljevanko, ki se dogaja v osemdesetih letih in v njej nastopajo gimnazijci. Da o minulem delu ne govorimo. Za sabo imam že nekaj zavodnikov. Še en zavodnik? Ni problema, gospa Slavka, mala malca. Važič, kako te ni sram?! A ko smo prišli v Sveto deželo, me je posesalo v vrtnec duhovnih izkustev: Gora Tabor, Nazaret, Karmel, Stella maris, Kana, Galilejsko jezero, Gora blagrov, Tabgha, Kafarnaum, Jeriho, Mrtvo morje, Betlehem, Oljska gora, Betfaga, Getsemani, Jeruzalem po dolgem in počez.

Kakšen zavodnik neki, napisal nisem niti besede. Kot bi me kdo s kolom po glavi. Zvenenje vakuumu, bi rekel Lojze, pesnik.

In potem, po vrnitvi, me je prešinilo kot strela z jasnega. Pri pisanju vedno izhajaš iz sebe, zato tudi oseben zavodnik z omenjenim naslovom. Časi se spreminjajo in mi z njimi oziroma v njih. Pa kaj. Bistven je vsak trenutek, ki ga moramo izkoristiti po najboljših močeh. Zato je treba čim več delati, in sicer delati drugim to, kar želimo, da bi drugi naredili nam. To je preverjen, dva tisoč let star recept. Dobro delati dobro je pravzaprav definicija zdravniškega poklica. In pri tem bi si želel ohraniti vehemenco profesorja Kordaša, ki v zadnji Izidi popisuje, kako je domačo kuhinjo spremenil v športno-fiziološki center odličnosti za preizkušanje lastnih meja in finske tehnologije, želel bi ohraniti lucidnost in duhovnost profesorja Kluna in morda kanček Lojzetove *licentiae poeticae*.

Ampak kdo ve, kako se bo razpletlo. Saj veste, človek obrača, Bog obrne. Bistveno je, da si takrat, ko napoči trenutek, pripravljen in da te (kot smo se učili že v rajnki Jugoslaviji) nič ne sme presenetiti. Ne glede na to, ali greješ prostatično klop ali ne.

The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

The Isis Journal is issued on the first day of each month. The annual subscription for non-members is 49,20 EUR. A single issue costs 4,10 EUR. The tax is included in price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles. Printed 8800 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.

Public Relations Department

Valentin Hajdinjak, B. Sc.

Legal and General Affairs Department

Vesna Habe Pranjč, L. L. B.

Finance and Accounting Department

Jožica Osolnik, Econ.

Health Economics, Planning and Analysis Department

Nika Sokolič, B. Sc. Econ.

Head of CME/CPD Activities

Mojca Vrečar, M. B. A.

Head of Postgraduate Medical Training,

Licensing and Registry Department

Tina Špec, 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.

Detering prohibited and unacceptable medical practices.

Providing a free permanent consulting service to members.

Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.