

ISIS



Božidar Lavrič (1899–1961)
kirurgija



Igor Tavčar (1899–1965)
interna medicina

Bodo prve lastovke prinesle pomlad pred zimo?

Tonka Poplas Susič

Sobota, obvezno izobraževanje glavnih mentorjev družinske medicine, polna predavalnica, prek 100 udeležencev. Nove metode ocenjevanja dela specializanta in mentorja, nova vsebina in organizacija specializacije, učne in mentorske ambulante; delo v skupinah, iskanje rešitev, izboljšav, dopolnitev. Par besed s kolegi o vsakodnevni težavi; vsi smo na istem: pomanjkanje zdravnikov, (pre-)veliko število bolnikov na dan, medijska gonja, izgorevanje, neprijetno razpisano specializantska mesta, zapuščenje vrst družinskih zdravnikov in iskanje službe drugje. Pa vseeno vztrajanje: ker je bilo v Pandorini skrinjici čisto na dnu skrito tudi upanje, ki menda umira zadnje ...

Pa smo v tem zdravstvenem sistemu vsi naredili, kar bi bilo mogoče in potrebno, da bi lahko bilo drugače: krojitelji zdravstvenega sistema, stroka kot taka, vsak posameznik? Smo pripravljeni sodelovati in graditi?

Krojitelji zdravstvenega sistema

Zavarovalnice želijo z jasno definiranimi vložki iztržiti optimalno. Zato je logično pričakovanje, da ZZZS okrepi primarno dejavnost, ki sistemu največ nudi in ki mu lahko največ prihrani s sorazmerno majhnim vložkom. Včasih se zdi, da je zdravnikom bolj jasno, da bodo potrebne spremembe kot pa plačniku. Čas za tektonske premike je sicer neugoden, ti se ne morejo zgoditi hitro, posluha nekaj je, težko pa je narediti prvi korak, ki bo sprožil še mnoge. Tudi nepredvidene. Pa vendar, zgodili so se prvi vzpodbudni dogovori, koraki lahko gredo le naprej.

Minister za zdravje kot krojitelj zdravstvenega sistema je ob nastopu svojega mandata navrgel, da je treba okrepiti primarno zdravstveno dejavnost. Tako kot tudi njegov predhodnik in predpredhodnik. Izzval je blagohotne nasmeh vsega vajenih kolegov s primarne ravni. Po nekaj mesecih je jasno, da misli resno. Vizija WHO-dokumentov o pomembnosti primarne zdravstvene dejavnosti mu je jasna in jo udejanja. Najprej je bilo težko verjeti, zdaj tega ni mogoče več ustaviti: ko je gaz, ni več prostranosti pršiča. »Da se ne bi izneveril,« so pogoste misli nejevernežev. Ker sem njegovo držo srečala pred dobrima dvema letoma in se o vsem nismo strinjali, vem, da bo vztrajal. Kot je takrat.

Stroka

V iskanju rešitev in napredka smo se srečali, kot bi se dogovorili, naenkrat in ob istih vsebinah vsi v stroki, ki nam je cilj kaj spremeniti. To me spominja na pravljičjo o sinovih, ki jih je oče poslal po svetu iskat srečo in jim naročil, da se točno čez določeno število let ponovno srečajo ob drevesu na njegovi njivi in začno graditi trdno prihodnost.

Čas da je zrel, bi rekli modreci, ker prej da tako in tako ni nič. Če smo lahko hvaležni času, naj bo. Vsekakor lahko ponudimo dve konkretni vsebini, ki bosta pomembno vplivali na delo zdravnika družinske medicine, to so učne in referenčne ambulante.

Učne ambulante so ambulante, v katerih dela samostojno specializant družinske medicine pod vodstvom mentorja in ki so prostorsko ločene od ambulante mentorja. Učna ambulanta ima zagotovljena dodatna finančna sredstva, ki pokrivajo deloma dodatno obremenitev sestre oz. dodatno sestro, dodatne materialne in laboratorijske stroške ter druge stroške, vezane na poslovanje vsake ambulante družinske medicine. Z zaključkom specializacije postane taka učna



ambulanta nov tim na področju družinske medicine s pripadajočim programom in finančnimi sredstvi, ki ji zagotavljajo nemoteno delovanje, enako kot vsaki drugi že obstoječi ambulanti na področju družinske medicine. S takim načinom specializacije (takojsnja vključitev v praktično delo) bodo specializanti spoznali, kaj pomeni sodelovanje zdravnikov in bolnika, kaj timska obravnava, kaj je celovita obravnava bolnika, in se tudi učili na lastnih izkušnjah.

Referenčne ambulante so ambulante, v katerih delajo zdravniki, ki so že zdaj v mreži javnega zdravstvenega sistema in ki so strokovno na visoki ravni. Njihov način dela je tak, kot bi želeli, da delo zdravnika DM v prihodnje tudi postane: celovita obravnava bolnikov, njihovo vodenje skladno s protokoli vodenja kroničnih bolnikov, širša preventiva, doseganje kazalnikov kakovosti, strokovno optimalna raba laboratorijskih storitev, opravljanje čim več storitev in posegov na primarni ravni, določene aktivnosti izvajajo DMS skladno s svojimi pristojnostmi in z odgovornostmi. Namen je na primerih referenčnih ambulant **razviti model**, ki bo definiral ambulanto zdravnika družinske medicine v prihodnje, hkrati z **modelom plačevanja** (vemo, da zdajšnji način plačevanja ni dober – na pilotnih modelih je treba predlagati izboljšavo, ki poudarja glavarino in kakovost dela).

Kaj pa vsak posameznik

Na zgoraj omenjenem srečanju sem poslušala predavanje kolega s Štajerskega o novi specializaciji iz družinske medicine, ki je bilo izjemno dobro. Toda nekaj je bilo, kar je pritegnilo bolj kot vsebina; kar mi je dalo občutek, da sem resnično lahko vesela, da sem družinska zdravnica in da moram verjeti v spremembe. Kot je Prešeren že davno vedel, kaj »v *potrtih prsih up budi*«, je tudi meni postalo popolnoma jasno, kaj me je prevzelo: kolega je verjel v to, kar je govoril, verjel je v spremembe in izžareval je prepričanje ter entuziazem.

Nam vsem manjka to, zadnje?

Zdravniška zbornica Slovenije
Slovensko zdravniško društvo – Sekcija upokojenih zdravnikov
Kulturno umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher
vabijo na predavanje prof. dr. Pavla Kornhauserja:

Patetična simfonija

Utrinki iz življenja Petra Iliča Čajkovskega na osnovi pisem in pričevanj sodobnikov
Obenem: Kako je javnost v cesarski Rusiji obsojala zdravnike, ker da niso znali zdraviti skladatelja

Predavanje, podprto z glasbenimi vložki bo

v ponedeljek 29. novembra 2010 ob 18. uri

v novi stavbi Domus Medica, Dunajska cesta 162, Ljubljana

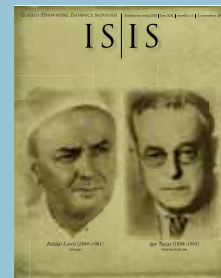
Pri glasbeni spremljavi sodeluje Matej Venier, urednik za resno glasbo programa ARS RTV Slovenija

Uvodno besedo na prvem strokovnem predavanju v Domus Medica bo imela prim. dr. Gordana Kalan Živčec, predsednica zbornice

Priporočamo prihod z avtobusom LPP (do World Trade Centra), ker je število parkirnih mest ob stavbi zbornice omejeno

Prva učiteljja interne medicine in kirurgije na popolni Medicinski fakulteti v Ljubljani, Igor Tavčar (1899–1965) in Božidar Lavrič (1899–1961). Fotografije iz arhiva Inštituta za zgodovino medicine MF UL.

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



■ UVODNIK

Bodo prve lastovke prinesle pomlad pred zimo? 4
Tonka Poplas Susič

■ ZBORNICA

Zdravniška zbornica Slovenije
v novih prostorih Domus Medica 9
Iz dela zbornice 11

■ IZ EVROPE

Medijski rompopom o »lažni« pandemski gripi 14
Boris Klun
Več izžarevanja z ličenjem, ki ustreza tipu 14
Marjan Kordaš
Zdravnice v zdravniškem poklicu enakopravne?
Teoretično da, praktično ne 16
Marjan Kordaš
Medicina, *fem.* 17
Marjan Kordaš

■ ZDRAVSTVO

Eurobarometer in ustno zdravje 18
Matjaž Rode
Ustanovitev sekundarnega centra
za boleznj dojk v severnoprimerški regiji 20
Neda Bizjak
1. antropološka šola na terenu 22
Maruška Vidovič

■ INTERVJU

Dr. Zdenka Čebašek Travnik
Varuhinja človekovih pravic v RS 25
Nina Mazi

■ IZ ZGODOVINE MEDICINE

Prva učiteljja interne medicine in kirurgije na popolni
Medicinski fakulteti v Ljubljani, Igor Tavčar in Božidar Lavrič 34
Zvonka Zupanič Slavec

■ ZANIMIVO

Medicinske zanimivosti s Korzike 43
Tomaž Rott
Zdravnik in pisatelj Mihail Afanasjevič Bulgakov 47
Dušan Sket
Razvoj medicine v starem Egiptu 49
Smiljana Valcl
Ladak – dežela visokih prelazov,
molilnih mlinčkov in nasmejanih ljudi 54
Stanka Jelenc

■ MEDICINA

Mednarodna izmenjava specializantov
družinske medicine na Nizozemskem 57
Tea Stegne Ignjatovič, Saš Jurij Tašič
17. nefrološka šola v Budimpešti 60
Boštjan Kersnič
15. kongres IPNA 61
Matjaž Kopač
3. Zdravčevi dnevi 63
Erika Zelko
6. kongres geriatrične medicine v Evropi 64
Marija Petek Šter, Eva Cedilnik Gorup
Strokovno srečanje zobozdravnikov
v organizaciji Odbora za zobozdravstvo pri ZZS 65
Sabina Markoli, Diana Terlevič Dabič
Licence za nuhalno svetlino –
kdo jo ima, kako do nje, zakaj jo preverja tržna inšpekcija 67
Nataša Tul Mandič
Brezkvrna medicina 70
Štefek Grmec
Mesto frovatriptana pri zdravljenju migrene 72
Marjan Zaletel

■ S KNJIŽNE POLICE

Ljuba Delphine ... Ljubi Jean-Luc. Roman.
Dopisovanje, izdal Jean-Luc Foreur. 74
Marjan Kordaš

■ OBLETNICA

Zasnove kliničnega centra Ljubljana in njegove nove stavbe 77
Zvonka Zupanič Slavec

»Ecce, homo!« 83
Karolina Godina, Alenka Vojska Kušar

V SPOMIN

Prof. dr. Tone Wraber
(4. marec 1938–6. julij 2010) 85
Luka Pintar

STROKOVNA SREČANJA 86

MALI OGLASI 97

ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

Iz ciklusa v belem: Pogovarjali so se o njej 99
Zlata Remškar

Vešterska elegija 99
Andrej Rant

Glej, pesek mi v klepsidro lije 99
Andrej Rant

Madagaskar 2010 100
Pavle Košorok

Pohod na Okrešelj 2010 102
Željko Jakelič

Zapoznena zahvala 103
Vida Košmelj Beravs

41. Koncert zdravnikov ob
XLI. memorialnem sestanku prof. Janeza Plečnika 104

Tiha pesem vode, sonca in kamenja 105
Tomaž Kott

Jesenski umetniški plodovi v galeriji UKC Ljubljana 106
Marko Slavec

Turbostan – z avtomobilom po svileni poti 107
Ksenija Slavec, Domen Robek

ZAVODNIK

Preblisk spomina na mojega učitelja AOŽ 111
Marjan Kordaš

Medicinske zanimivosti s Korzike

Tomaž Rott



17. nefrološka šola v Budimpešti

Boštjan Kersnič



Strokovno srečanje zobozdravnikov v organizaciji Odbora za zobozdravstvo pri ZZS

Sabina Markoli, Diana Terlevič Dabič



Impressum

LETO XIX., ŠT. 11, 1. november 2010
natisnjeno 8500 izvodov
datum tiska: dan pred izidom
UDK 61(497.12) (060.55)
UDK 06.055:61(497.12)
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9

IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK / PUBLISHED BY

Zdravniška zbornica Slovenije
The Medical Chamber of Slovenia
Dunajska cesta 162, p. p. 1630,
1001 Ljubljana
W: <http://www.zdravniskazbornica.si>
T: 01/ 30 72 100, F: 01/ 30 72 109
E: isis@zss-mcs.si
Transakcijski račun: 02014-0014268276

PRESEDNICA / PRESIDENT

prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med.

UREDNIŠTVO / EDITORIAL OFFICE

Dunajska cesta 162, p. p. 1630,
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. Eldar M. Gadžijev, dr. med.
E: egadzijev@onko-i.si
T: 01/587 98 97

LEKTORIRANJE

OPTIMUS LINGUA, d.o.o.
Gospodsvetska cesta 5, 1000 Ljubljana

UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI / EDITORIAL BOARD AND JOURNALISTS

prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med.
doc. dr. Vojko Flis, dr. med.
prof. dr. Anton Grad, dr. med.
prim. asist. Jana Govc Eržen, dr. med.
prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.
prof. dr. Boris Klun, dr. med.
akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.
prof. dr. Črt Marinček, dr. med.
asist. mag. Marko Pokorn, dr. med.
prim. asist. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med.
prof. dr. Tomaž Rott, dr. med.
asist. Aleš Rozman, dr. med.
akad. prof. dr. Jože Trontelj, dr. med.
prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med.
prof. dr. Matjaž 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, Barbara Kovačič,
Simon Trampus, Primož Kalan
VisArt studio
Kvants-VisArt d.o.o.
Koprska ulica 94, 1000 Ljubljana
T: 01/257 67 41

TRŽENJE / MARKETING

Zdravniška zbornica Slovenije
Dunajska cesta 162, p. p. 1630,
1001 Ljubljana
T: 01/ 30 72 152, F: 01/ 30 72 109
E: isis@zss-mcs.si

TISK / PRINTED BY

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

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

Lastnik blagovne znamke: Zdravniška
zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162,
1000 Ljubljana

Navodila avtorjem

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

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

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

Če ste članek napisali po naročilu
farmaceutskega podjetja ali če v članku
obravnavate farmaceutske 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 v Sloveniji. Prosimo, da v
poročilu povzamete bistvo obravnavane
tematike in se ne zaustavljate preveč
pri imenih predavateljev, ki za večino
bralcev niso sporočilna.

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

Nekrologi

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

Izjava uredništva

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

Letna naročnina

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

ISIS

Sporočilo bralcem

Literatura je na voljo pri avtorjih.

Sodelovali

Neda Bizjak, dr. med., SB dr. Franca

Derganca Nova Gorica • **Mag.**

Eva Cedilnik Gorup, dr. med., ZD

Domžale • **Mag. Karolina Godina**,

dr. med., Celje • **Prim. prof. dr.**

Štefek Grmec, dr. med., ZD dr.

Adolfa Drolca Maribor • **Mag.**

Željko B. Jakelič, dr. dent. med.,

Zasebna ordinacija Jakelič,

Jesenice • **Stanka Jelenc**, Centralna

medicinska knjižnica • **Boštjan**

Kersnič, dr. med., Univerzitetni

klinični center Ljubljana, KO

za nefrologijo • **Prof. dr. Boris**

Klun, dr. med., Ljubljana • **Asist.**

dr. Matjaž Kopač, dr. med.,

Univerzitetni klinični center

Ljubljana, KO za nefrologijo,

Pediatrična klinika • **Akad. prof.**

dr. Marjan Kordaš, dr. med.,

Ljubljana • **Vida Košmelj Beravs**,

dr. med., Kranj • **Doc. dr. Pavle**

Košorok, dr. med., Iatros – dr.

Košorok d. o. o. • **Sabina Markoli**,

dr. dent. med., Zdravniška zbornica

Slovenije • **Mag. Nina Mazi**,

dr. med., Ljubljana • **Doc. dr.**

Marija Petek Šter, dr. med., ZD

Trebnje • **Prim. Luka Pintar**, dr.

med., Ljubljana • **Doc. dr. Tonka**

Poplas Susič, dr. med., Zdravniška

zbornica Slovenije • **Andrej Rant**,

dr. dent. med., Ljubljana • **Dr.**

Zlata Remškar, dr. med., Bolnišnica

Golnik, Univerzitetna klinika za

pljučne bolezni in alergijo • **Domen**

Robek • **Izr. prof. dr. Matjaž Rode**,

dr. dent. med., Zdravniška zbornica

Slovenije • **Prof. dr. Tomaž Rott**, dr.

med., Medicinska fakulteta Univerze

v Ljubljani • **Prof. dr. Dušan**

Sket, dr. med., Ljubljana • **Marko**

Slavec, Kranj • **Ksenija Slavec**,

Kranj • **Tea Stegne Ignjatovič**,

dr. med., ZD Ljubljana • **Saš**

Jurij Tašič, dr. med., Osnovno

zdravstvo Gorenjske, ZD

Kranj • **Diana Terlevič Dabič**, dr.

dent. med., Zdravniška zbornica

Slovenije • **Doc. dr. Nataša Tul**

Mandič, dr. med., Univerzitetni

klinični center Ljubljana, SPS

Ginekološka klinika • **Mag.**

Smiljana Valcl, Osnovna šola Sladki

Vrh • **Dr. Maruška Vidovič**,

Inštitut za varovanje zdravja

RS • **Alenka Vojska Kušar** • **Izr.**

prof. dr. Marjan Zaletel, dr. med.,

Univerzitetni klinični center

Ljubljana, SPS Nevrološka klinika,

KO za nefrologijo • **Asist. mag.**

Erika Zelko, dr. med., ZD Murska

Sobota • **Prof. dr. Zvonka Zupanič**

Slavec, dr. med., Medicinska

fakulteta Univerze v Ljubljani,

Inštitut za zgodovino medicine



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

RAZPISUJEM

NADOMESTNE VOLITVE

za poslanca skupščine Zdravniške zbornice Slovenije

za volilno enoto LB3 (Ostali iz UKC in drugih ustanov)

Ljubljanske regije – bolnišnično zdravstvo

za 19. november 2010.

Poslanec skupščine se voli na splošnih in tajnih volitvah dne 19. 11. 2010.

Volitve se bodo izvedle v korespondenčni obliki.

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

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

Zdravniška zbornica Slovenije v novih prostorih Domus Medica

Dunajska cesta 162 v Ljubljani je od sredine oktobra novi sedež Zdravniške zbornice Slovenije. Domujemo v lastnem objektu, ki smo ga poimenovali Domus Medica. Po dolgih letih prizadevanj in želja, da bi Slovenija dobila osrednjo zdravniško hišo, smo v tem mandatu uspeli uresničiti in udejanjiti tudi ta velik in zahteven projekt. Domus Medica je objekt, v katerem bodo imeli poleg Zdravniške zbornice Slovenije svoj sedež tudi Slovensko zdravniško društvo, Fides – sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije ter Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije. Še več, v Domus Medica so dobrodošli vsi slovenski zdravniki in zobozdravniki, ne glede na to, od kod prihajajo in kje delajo ter kakšna sta njihov položaj in status. Kot smo že večkrat poudarili, je to tudi nalozba za prihodnost, nalozba za zdajšnje in prihodnje generacije slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov. In zato ni pretirano, če rečemo, da smo lahko izjemno ponosni na ta dosežek.

Domus Medica je uspešno prestal tehnični prevzem; izvajalec je odpravil pomanjkljivosti, ki so se pojavile pri gradnji, in pridobil veljavno uporabno dovoljenje. Vsem članicam in članom bi se želeli opravičiti za morebitne nevšečnosti, saj smo zaradi selitve morali zapreti tajništvo zbornice za tri dni. Selitev je bila namreč velik logistični projekt, vseskozi pa smo se trudili, da bi se selitev kar najmanj občutila in bi ta tudi čim manj ovirala vsakdanji delovni proces.

V tem času smo v novih prostorih pozdravili že številne izmed vas, članic in članov, pa tudi tiste, ki so se po končani medicinski fakulteti prišli vpisati v članstvo oziroma se dogovoriti za izvajanje pripravništva. Veseli smo vašega navdušenja nad našo skupno slovensko zdravniško hišo, nad pridobitvijo, ki jo ta predstavlja, in ne nazadnje tudi njenim pomenom v družbi. Še posebej pa smo ponosni na dvoje: da se projekt gradnje Domus Medica od začetka do danes ni podražil, prav tako pa k osnovni pogodbi ni bil podpisan noben aneks. Oboje, v čemer smo uspeli, pa se v gradbeništvu razmeroma malokrat zgodi.

Ob tej priložnosti gre zahvala vsem, ki ste verjeli v ta projekt ter s svojim delom prispevali k njegovi uresnitvi ali ga kakor koli podpirali. Iskrena zahvala vsem donatorjem in tudi tistim, ki nameravate sredstva za naš skupni projekt še donirati. Donacije zato še naprej hvaležno zbiramo na posebnem računu Zdravniške zbornice Slovenije, št.: SI56 9067 2000 0581 576 (*namen plačila: donacija DM, referenca: 00, pod številko sklica pa vpišite rojstni dan donatorja (DDMMLLLL)*). Hvala tudi vsem tistim, ki ste najbolj tvorno prispevali h gradnji Domus Medica. Vsi ste del uspešnega mozaika, ki smo ga sestavljali skupaj. Hvala še enkrat vsem in vsakomur med vami posebej.

Naslov Domus Medica je: Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana. Telefonske in telefaks številke kljub selitvi ostajajo nespremenjene, prav tako tudi naslovi elektronske pošte.



Iz dela zbornice

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

NAJAVO O OBJAVI JAVNEGA RAZPISA SPECIALIZACIJ.

V novembru bosta na spletnih straneh Zdravniške zbornice Slovenije objavljena javna razpisa specializacij:

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

Zdravniška zbornica Slovenije se je vse-skozi zavzemala za čimprejšnjo razrešitev nastalega stanja na področju zdravstva

»Zdravniška zbornica Slovenije podpira ureditev zdravstvenega sistema na način, da bolniki zaradi zadnjih dogodkov ne bi bili prizadeti in se jim zdravstveno stanje zaradi tega ne bi poslabšalo. To še posebej velja za najbolj ogrožene skupine bolnikov,« je v odgovoru na javni poziv štirih društev onkoloških bolnikov zapisala predsednica Zdravniške zbornice Slovenije. Predsednice Društva onkoloških bolnikov Slovenije, Slovenskega združenja za boj proti raku dojk Europa donna, Slovenskega združenje bolnikov z limfomom in levkemijo L&L in Združenja za boj proti raku na debelem črevesu in danki Europacolom so namreč v septembru, ko so številni zdravniki umaknili soglasja za nadurno delo, pozvale predsednike svetov Onkološkega inštituta Ljubljana, UKC Ljubljana in UKC Maribor, naj vplivajo na institucije, da nemudoma organizirajo delo tako, da se nobenemu bolniku zaradi nastalega položaja ne bo poslabšalo zdravje.

Zdravniška zbornica Slovenije se je pri vseh dogovarjanjih in vseh ostalih aktivnostih vseskozi zavzema za čimprejšnjo

razrešitev nastalega stanja, ne nazadnje tudi na sestanku pri predsedniku Vlade Republike Slovenije in ministru za zdravje, kakor tudi znotraj Koordinacije zdravniških organizacij. »Ob tem pa se zavedamo svojih omejenih možnosti v procesu organiziranja zdravstvene službe, čeprav smo kot poznavalci zdravstvenega sistema in nosilci zdravstvene dejavnosti kar nekajkrat ponudili dobre rešitve za njeno izboljšanje, ki pa žal niso bile sprejete in upoštevane,« je poudarila predsednica zbornice. Dodala je, da kot stanovska organizacija slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov podpiramo vse aktivnosti omenjenih društev, s katerimi opozarjajo na kritične točke pri zdravljenju bolnikov.

Dežuranje specializantov – odgovori na najpogostejša vprašanja

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

1. Kje specializant dežura?

Glede na določilo zadnjega odstavka 23. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06-UPB-3, 15/08 in 58/08), ki pravi: »V času kroženja pri pooblaščenem izvajalcu specializant do delodajalca nima nobenih delovnih obveznosti,

obrani pa vse pravice iz delovnega razmerja,« **specializant dežura v ustanovi, v katero je trenutno razporejen na kroženje.**

2. Kdo plačuje dežurstvo specializanta?

Na sestanku za letni načrt (prisotni: državni sekretar dr. Ivan Eržen, Tina Jamšek (Ministrstvo za zdravje), Sladjana Jelisavčič (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije), doc. dr. Zlatko Fras, dr. med., Nika Sokolič, Tina Šapec (Zdravniška zbornica Slovenije) je bil sprejet sklep, da **dežurstva specializantov plača ustanova, kjer specializant dežura.**

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

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

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

in poteku specializacij zdravnikov so se v dežurstvo dolžni vključevati vsi specializanti, če je izvajanje dežurstva na področju specializacije mogoče.

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

Kot je navedeno že v odgovoru na prejšnje vprašanje, je opravljanje dežurne službe nujen pogoj, da specializant lahko opravi program specializacije, in so se zato v dežurstvo dolžni vključevati vsi specializanti, če je izvajanje dežurstva na področju specializacije mogoče. Pravilnik o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov v 39. členu določa: »V dežurstvo so se dolžni vključevati vsi specializanti, če je izvajanje dežurstva na področju specializacije mogoče. Specializanti, katerih vsebina specializacije ne vsebuje opredeljene kvote vključevanja v dežurstvo, so se dolžni med opravljanjem specializacije vključiti v izvajanje dežurstva **najmanj dvakrat mesečno oziroma skupno najmanj šestintridesetkrat letno**. Specializant, tuj državljan z delovnim dovoljenjem, dežura pri svojem delodajalcu.«

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

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

Odbor za strokovno-medicinska vprašanja celjski primer predal tožilcu zbornice

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

Odbor za strokovno-medicinska vprašanja je temeljito preučil celotno dokumentacijo omenjenega primera ter ugotovil, da je bila prvotna izbira operacijske metode pravilna, vendar pa kasneje kirurg pri laparoskopsko spoznanem zapletu ni spremenil tehnike operacije. Člani odbora so se tudi strinjali, da kooperativna obravnava bolnika ni bila optimalna. Niso pa mogli v celoti pojasniti vzroka za ishemične spremembe in potrebe po resekciji pri drugi operaciji.

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

Potrdila o dobrem imenu

Zdravniška zbornica Slovenije na željo svojih članov izdaja tudi potrdila o dobrem imenu. Članice in člani jih praviloma potrebujejo, kadar odhajajo na delo v tujino.

V lanskem letu je tako Zdravniška zbornica Slovenije izdala 44 potrdil o dobrem imenu, letos pa že 45. Povprečna starost članic oziroma članov, ki so v letošnjem letu zaprosili za potrdilo o dobrem imenu, je bila 42 let. Najstarejši zdravnik je bil star 73 let, dve najmlajši zdravnici pa sta imeli 28 let.

Podaljšanje zdravniške licence

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

- Strokovna usposobljenost zdravnika se za sedemletno licenčno obdobje ugotavlja s kreditnimi točkami, ki jih pridobi zdravnik s stalnim podiplomskim izpopolnjevanjem v tem obdobju. **Če zdravnik ne pridobi potrebnega števila kreditnih točk za podaljšanje licence, mora opraviti preizkus strokovne usposobljenosti.**
- Za podaljšanje licence mora zdravnik v preteklem sedemletnem licenčnem obdobju zbrati najmanj 75 kreditnih točk v skladu z določili tega pravilnika. **V kolikor v tem obdobju ne opravlja zdravniške prakse v polni delovni obveznosti, mu zbornica za podaljšanje licence lahko predpiše posebne pogoje v obliki dodatnega strokovnega izpopolnjevanja.**
- Stanje kreditnih točk lahko neposredno preverite na intranetnem portalu Zdravniške zbornice Slovenije. Za vstop v intranetni portal potrebujete uporabniško ime in geslo.

Forum EFMA in SZO

Predsednica Zdravniške zbornice Slovenije prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med., se je udeležila srečanja Evropskega foruma zdravniških organizacij (EFMA) in Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) v ruskem Sankt Peterburgu, na katerem so govorili o kakovosti zdravniške obravnave in njeni dostopnosti ter migraciji zdravnikov širom Evrope. Spregovorili so tudi o posledicah, s katerimi se zaradi pomanjkanja zdravnikov soočajo posamezne države, nekaj besed pa so namenili tudi trendom v zdravstvenem zavarovanju.

Udeleženci srečanja so se podrobneje seznanili z nalogami in pristojnostmi

Svetovne zdravstvene organizacije ter njenih regionalnih pisarn (ena izmed njih je tudi v Ljubljani), ki je vodilna organizacija na področju zdravstvene politike, javnega zdravja in razvoja zdravstvenih sistemov. Tako so izmenjali stališča do nedavnega pojava nove gripe (H1N1) in trenutnega stanja te bolezni, govorili pa so tudi o organizaciji in delovanju nujne medicinske službe, predvsem v luči pripravljenosti na delovanje v primerih večjih nesreč ali boleznih velikih razsežnosti.

Veliko pozornosti pa so namenili osveščanju o preudarnem uživanju antibiotikov ter poročanju o zdravstvenih napakah in zapletih. V tej luči je bila še posebej zanimiva razprava predstavnikov nemške zdravniške zbornice in tamkajšnje agencije za kakovost v zdravstvu, ki so predstavili sistem CIRS (*Critical Incident Reporting Systems*). Ta se je namreč doslej izkazal kot nadvse ustrezen in uspešen, zato se bomo z njim še podrobneje seznanili in razmislili o možnostih uvedbe tudi v Sloveniji.

Znižanje članarine za upokojene zdravnike

Izvršilni odbor in skupščinski svet Zdravniške zbornice Slovenije sta na svojih sejah obravnavala predlog sklepa o spremembi sklepa o določitvi članarine Zdravniške zbornice Slovenije in se strinjala z njenim znižanjem za tiste upokojene zdravnike, ki ne opravljajo več zdravniške službe.

Predsednik iniciativne skupine upokojenih zdravnikov, prim. izr. prof. Pavle Kornhauer, dr. med., je namreč podal pobudo za selektivno znižanje članarine upokojenim zdravnikom. Iz predloga izhaja, da naj bi za vse tiste upokojene zdravnike, ki ne opravljajo morebitnega honorarnega dela v zdravstvu, letna članarina znašala 40 EUR (dobre 3 EUR na mesec). Ker Zdravniška zbornica Slovenije ne vodi evidence o tovrstnem opravljanju zdravniške službe, bo vsak upokojeni zdravnik, ki bo želel uveljavljati pravico do znižane članarine, v skladu s svojo vestjo podpisal posebno izjavo, da je polno upokojen in ne opravlja zdravniške službe na podlagi pogodbe o zaposlitvi ali katere izmed pogodb civilnega prava. Takšna izjava bo podlaga za izdajo odločbe o znižani članarini. Upokojeni zdravniki, ki pa še vedno

opravljajo zdravniško službo, pa plačajo polno članarino, ki znaša 9 EUR mesečno.

Selectivno zmanjšanje članarine za upokojene zdravnike, ki naj bi začelo veljati s prihodnjim letom, so podprli odbor za socialno-ekonomska vprašanja, izvršilni odbor in skupščinski svet Zdravniške zbornice Slovenije. Predlog sklepa o spremembi sklepa o določitvi članarine Zdravniške zbornice Slovenije bo sedaj v skladu z ustaljenimi postopki posredovan v predhodno soglasje ministru za zdravje, nato pa še v sprejem skupščini zbornice. Po sprejemu na skupščini bo sklep objavljen v Uradnem listu Republike Slovenije.

S znižanjem članarine za »neaktivne« upokojene zdravnike smo te želeli spodbuditi, da bi tudi po dolgoletnem uspešnem in plodnem zdravniškem delu še naprej sodelovali s strokovnimi in stanovskimi zdravniškimi organizacijami. Upokojitev naj namreč ne pomeni tudi prenehanja vseh teh aktivnosti. Upokojeni zdravniki so namreč v svojem strokovnem življenju storili veliko dobrega za slovensko zdravstvo in svoje bolnike ter si pridobili bogate izkušnje, ki jih lahko še naprej posredujejo mlajšim generacijam.

Tudi zaradi tega bo skupščina Zdravniške zbornice Slovenije na svoji naslednji seji obravnavala predlog, da se statut stanovske organizacije dopolni tako, da se ustanovi komisijo upokojenih zdravnikov, ki bo pripravljala stališča v zvezi s problematiko upokojenih zdravnikov za odločanje na izvršilnem odboru ter obravnavala in razreševala operativne probleme s področja upokojenih zdravnikov.

Sicer pa bi ob tej priložnosti radi ponovno opozorili na dano zavezo, ki smo jo dali članicam in članom, da se članarina v Zdravniški zbornici Slovenije zaradi selitve v objekt Domus Medica ne bo zvišala.

Povečanje števila mest za pooblastilo ustanovam za izvajanje pripravništva zdravnikov

Zdravniška zbornica Slovenije je Ministrstvo za zdravje zaprosila za dodatno povečanje števila mest za pooblastilo ustanovam za izvajanje pripravništva zdravnikov.

V skladu s *Pravilnikom o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati zdravstveni zavodi in zasebne ordinacije za izvajanje programov pripravništva, sekundariata in specializacij zdravnikov in zobozdravnikov*, smo na podlagi prošenj bolnišnic ter na podlagi sklepa izvršilnega odbora zbornice zaprosili za dodatno razširitev pooblastil za 65 mest.

Tako predlagamo zvišanje števila mest za usposabljanje pripravnikov pri posameznih pooblaščenih ustanovah:

- UKC Maribor: 15 na 42,
- UKC Ljubljana: 42 na 51,
- SB Celje: 12 na 21,
- SB Novo mesto: 7 na 10,
- SB Jesenice: 5 na 7,
- SB Izola: 5 na 7,
- SB dr. Franca Derganca Nova Gorica: 6 na 9,
- SB Murska Sobota: 6 na 9,
- SB Brežice: 3 na 4,
- SB Trbovlje: 7 na 8,
- SB dr. Jožeta Potrča Ptuj: 5 na 7,
- SB Slovenj Gradec: 9 na 12.

Pričakujemo, da bomo soglasje ministra za zdravje pridobili v najkrajšem možnem roku, da bomo tako lahko na nova pripravniška mesta razpisali vse razpoložljive diplomante.

Popravek

V oktobrski številki Izide je bilo na strani 16 pod naslovom »Izvolitve v nazive visokošolskih učiteljev in visokošolskih sodelavcev na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru« narobe zapisano eno od imen novo izvoljenih asistentov.

Pravilno se glasi:

Na senatu MF UM dne 28. 6. 2010 je bila izvoljena v naziv: Zdenka Koželj Rekanović, dr. med., v naziv asistentka za predmetno področje družinska medicina.

Se opravičujemo in prosimo za razumevanje.

Uredništvo

Medijski rompompom o »lažni« pandemski gripi

Po neuradnem koncu pandemijske svinjske – ali bolj evfemistično povedano – nove gripe so se v medijih pojavili članki z vsebino, kako naj bi bila pandemija gripe, povzročena z virusom A/H1N1, izmišljotina farmacevtske industrije in finančnih ustanov, povezanih z njimi. Ta poročila so se pojavljala ne le v laični javnosti, ampak tudi v strokovnih publikacijah in glasilu hrvaške zdravniške komore, Liječniške Novine. Številni očitki so leteli tudi na Mednarodno zdravstveno organizacijo.

Ira Gjenero Morgan iz Službe za epidemiologijo in nalezljive bolezni hrvaškega zavoda za javno zdravstvo polemizira s pisci, ki so »ali laiki ali pa zdravniki, ki nimajo epidemiološke izobrazbe, predvsem pa taki, ki niso nikoli sodelovali pri protiepidemioloških ukrepih pri zdajšnji epidemiji«.

Značilnosti in razlike v primerjavi s sezonsko gripo so: izbruh bolezni zunaj običajnega urnika sezonske gripe, zapleti in težek potek pri mladih, skupno število obolelih pa tudi tistih s hudimi posledicami so večji kot pri sezonski gripi; pandemijski virus navadno »izloči« iz obtoka sezonski A-virus.

Povprečno število hospitaliziranih bolnikov na Hrvaškem zaradi sezonske gripe je bilo v zadnjih šestih letih približno 300 letno, medtem ko je bilo med zdajšnjo pandemijo zdravljenih 2.510 bolnikov, od tega 86 v intenzivni terapiji, 57 pa jih je umrlo. Po avtoričinem mnenju to zanika medijski rompompom, ki skuša negirati in zmanjševati resnost epidemije in prikazati

virus A/H1N1 kot povsem nedolžen.

34 % bolnikov je imelo pljučnico kot glavni zaplet, ta pa je pri sezonski gripi izjemno redka. Avtorica razvija zanimivo teorijo, da prav pljučnica kaže na podobnost s »špansko« gripo leta 1918. Neka finska študija ugotavlja, da so imele osebe, rojene med letoma 1909 in 1919, imunost na virus A/H1N1 v 96,3 %, medtem ko se je ta postopoma nižala do letnika 1924, pri mlajših pa je ni bilo več najti. Tudi genska in strukturna analiza virusa H1N1 je močno podobna virusu španske gripe iz leta 1918. Skratka, avtorica verjame, da je imunost na virus A/H1N1 pri najstarejših prebivalcih posledica okužbe s špansko gripo v zgodnjih otroških letih.

Posebno poglavje naj bi bila zanesljivost cepiva, ki je po mnenju avtorice varno in uspešno, je pa doživelo največ kritik. Posledica je bila, da se je močno povečala nabava protivirusnih zdravil. Kot primer navaja »junaštvo« (izraz avtorice) poljske ministrice za zdravje, ki ni nabavila cepiva in je prevzela tveganje za celotno prebivalstvo, namesto tega pa je kupila veliko količino protivirusnih zdravil.

Predsednik Urada za človečanske pravice Janusz Kochanowski je ministrico javno obtožil, da je preslišala vsa priporočila strokovnjakov, in je pripravljala proti njej kazensko ovadbo, vendar je umrl v letalski nesreči pri Smolensku.

Vir: Liječničke Novine, september 2010

Prevedel in priredil: Boris Klun

Medijska halabuka o "lažnoj" pandemijskoj gripi H1N1 v 2009

Jesu li su postojali obojeli ili umrli u pandemiji - pitajte njihove oči

Ira Gjenero Morgan, Služba za epidemiologiju zaraznih bolesti Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo

• Porukana člancima o „nepostojećoj pandemijskoj gripi“ u Liječničkim novinama, a koje pišu laici ili pak liječnici koji nisu interventni epidemiolozi, niti su na bilo koji način sudjelovali u medicinskim protuepidemijskim poslovima u ovoj pandemiji, odlučila sam izmijeti nekoliko činjenica u vezi s pandemijom gripe uzrokovane s A/H1N1 varijantom virusa iz 2009. godine.

Bitne su karakteristike pandemijske gripe:

- pojava obojelih izvan uobičajene sezone gripe
- komplikacije i teški oblici gripe u mladih osoba, a ne - što je tipično za sezonsku gripu
- u najstarijoj dobi i među kroničnim bolesnicima
- klinička slika gripe različita po težini i komplikacijama od one kod sezonske gripe
- ukupan broj obojelih, kako i onih s teškom kliničkom slikom, može biti znatno veći negoli u sezonskoj gripi (što slijedi i veći broj umrlih)
- pandemijski virus obično „istisne“ iz cirkulacije sezonski A virus.

Na temelju dnevnog epidemiološkog praćenja kretanja nove H1N1 gripe u Hrvatskoj, kao i anketa provedenih kod hospitaliziranih pacijenata, može se vidjeti kako je epidemija H1N1 u Hrvatskoj imala većinu pandemijskih karakteristika.

Razlike u sezoni

Za razliku od sezonske gripe, koja se obično javlja oko nove godine, s vrhuncem

svinjska gripa

1967. godine za vrijeme hongkong nije izazvale A/H1N2 virusom.

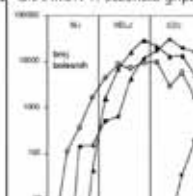
Hospitalizirani pacijenti

Prosječan broj hospitaliziranih sezonske gripe u prethodnom isto razdoblju iznosi oko 300 godišnje, od razdoblja trajanja pandemije kada je registrirano iz dnevnih izvještaja u Hrvatskoj 2510 hospitaliziranih bolesnika, od čega se njih 86 liječilo u intenzivnoj skrbi.

Neke osobitosti kliničke slike nove gripe

Na uzorku od 409 anketiranih hospitaliziranih bolesnika u Hrvatskoj s virološki dokazanom A/H1N1 v r

GRAFIKON 1. Sezonska gripa



Već izžarevanja z ličenjem, ki ustreza tipu

Vaša osebna karizma čaka, da se bo lahko močneje izrazila. Kdor se dobro počuti, dela bolje. Naš videz je naša vizitka.

Kdaj je ličenje (*mejkap*) dobro? Ko vam povedo, da ste videti sijajno, ne da bi bilo govora o ličenju.

Ličenje nam ponuja nekaj, kar nam lahko družbeno, osebno in poklicno omogoči prednosti. Oblikovati obraz, zmanjšati nos, privzdigniti ličnici, poudariti oči, sencam omogočiti izginotje ...

vse je mogoče. Sicer ne za vedno, zato pa takoj. S pravilno izbranimi izdelki in pravo tehniko ličenja (šminkanja) je mogoče vsak obraz bliskovito oblikovati, popraviti in optimizirati. Vaš *mejkap* ne sme biti zapleten. Presenečeni boste, kako preprosto je biti na pogled mlajši. Svoj obraz boste videli z drugega zornega kota in razumeli boste zakone barv v umetnosti ličenja.

Ciljna skupina: Vse dame, ki jih to zanima (če bo zanimanje, lahko takšno delavnico z veseljem organiziramo tudi za moške).

Vsebine: Tipu ustrezen stajling (*styling*) obrvi; Več svetlobne moči kože s popolno temeljno barvo (*Grundierung*) – Katero ličenje se prilega moji koži?; Poudarjanje prednosti obraza z osvetlitvami, s pomanjkljivosti odriniti v ozadje; Ličenje oči; Nežno (decentno) rožnato (*Rouge*) kot osvežilni sunek za vaš obraz; Uvid v področje *anti-aging* ličenja.

Tečaj zajema individualna in tipu ustrezna ličenja, tako da ste vedno naličene do popolnosti.

Referentka: Diana Mayrhuber, izobrazena vizažistka, avstrijska državna mojstrica v ličenju 2007, dejavnosti v oglaševanju in filmu, Woman's World Award Vienna 2009 – s Kelly Clarkson, Anastasia, Ellen McPherson, kraljico Noor iz Jordanije ... Hermann Maier ... Franz Klammer ...

Datum: petek, 15. oktober 2010.

Čas: od 14.00 do 18.00.

Kraj: Make-up-Akademie Diana Mayrhuber, Bischofstr. 3, 4020 Linz.

Cena: 95 EUR, dokumentacija in seminarske pijače so vključene v ceno.

Udeležence: število omejeno, sprejem na temelju zaporedja prijav.

Prijava: prek odrezka na str. 24 ali prek naslova www.medak.at.

Vir: FORTbildung, št. 243, september 2010

Prevod (skoraj dobesedno): Marjan Kordaš

Komentar prevajalca: Nepredstavljivo, da bi se nekaj podobnega predlagalo slovenskim zdravnicam, ki se morajo zato sprijazniti s svojo naravno lepoto oz. se z ličenjem ukvarjati le ljubiteljsko.

V Avstriji pa si očitno lahko privoščijo za nas nepredstavljive pristope. Tudi nepredstavljive plače. Zato se zdravstveni sistem Avstrije uvršča med najboljše na svetu.

Zdravnice v zdravniškem poklicu enakopravne? Teoretično da, praktično ne

Trenutna raziskava o položaju zdravnic v Zgornji Avstriji (*Oberösterreich*) kaže, da je večina v anketi vključenih zdravnic nezadovoljna z možnostmi za napredovanje. In še vedno žge vprašanje, kako spraviti delo in otroke pod eno streho.

Zdravnice imajo manj otrok; časovni okvir delovanja vrtcev in podobnih ustanov je neuskladen z delovanjem ordinacij in bolnišniško službo. Zato le 36 % zdravnic vidi svojo prihodnost v hospitalnih ustanovah.

Kar zadeva akceptanco moških kolegov, je skoraj tri četrtine zdravnic odgovorilo, da so bile dobro sprejete v tim. Vendar: le 47 % zdravnic meni, da jih zdravniki sprejemajo enako kot svoje moške kolege. In pri osebju za nego je to še slabše, da skoraj

ni zdravnic, na katero ne bi gledali kot na medicinsko sestro.

Zdravnice so nezadovoljne tudi z možnostmi za napredovanje. Medtem ko je v zdravništvu že 41 % zdravnic in celo 58 % turnusnih zdravnic, pa je na vodstvenih položajih kar 241 zdravnikov in le 29 zdravnic. V specialistični dejavnosti in predvsem v primariatu so ženske še vedno premalo zastopane. Še vedno prevlada stališče, da obstajajo tipične moške in tipične ženske zdravniške usmeritve.

Vir: OÖ Ärzte, št. 243, september 2010

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Was ist ein Make-up gut? Wenn man zu Ihnen sagt, dass Sie toll aussehen – ohne das Make-up zu erwähnen! Make-up bietet uns etwas, das uns gesellschaftlich, persönlich und beruflich Vorteile bringen kann. Das Gesicht kann man verkleinern, die Wangen heben, die Augen öffnen, Schatten verschwinden lassen ... alles ist möglich. Zwei nicht dauerhaft, sondern mit den richtigen Produkten und der richtigen Schminntechnik lässt sich jedes Gesicht blitzschnell modellieren, korrigieren. Ihr Make-up sollte nicht kompliziert sein. Sie werden staunen, wie einfach es ist, um vieles jünger auszusehen. Sie Gesicht aus einem anderen Blickwinkel sehen und die Fertigkeiten der Make-up-Kunst verstehen.

Zielgruppe: alle interessierten Damen (bei Interesse organisieren wir auch gerne einen Workshop für Männer)

- Inhalte:**
- Typgerechtes Augenbrauenstyling, so sieht „Ihre“ perfekte Braue aus
 - Mehr Leuchtkraft der Haut durch eine perfekte Grundierung - welches Make-up passt zu meiner Haut
 - Hervorheben der Vorteile im Gesicht durch Aufhellungen, Nachteile werden zurückgesetzt
 - Augen-Make-up - Farbauswahl für die Leuchtkraft ihrer Augen, korrektive Techniken
 - Lippen-Make-up
 - Dezent, elegantes Rouge als Frischeck für ihr Gesicht
 - Einblick in den Bereich Anti-Aging Make-up

Der Kurs beinhaltet individuelle und typgerechte Blitz-Make-ups. So sind Sie immer perfekt geschminkt!

Referentin: Diana Mayrhuber
Austrijska vizažistka, International Beauty-Makeup Artistin in Make-up 2004, Tätigkeiten für Werbung Woman's World Award Vienna 2009 - mit Kelly Clarkson, Anastasia, Ellen McPherson, Königin Noor von Jordanien, Germany's Next Topmodel bei der All-Challenge 2007 und 2008 - mit Lena Gercke, Barbara Meier, Susi u. m., Carina Galen, Milka, Hermann Maier, Katharina Böhler, Tony Padua, Barbara Kerlich, Patricia Klammer, Starmaria, Schachschel Orth

Datum: Freitag, 15. Oktober 2010
Zeit: 14.00 bis ca. 18.00 Uhr
Ort: Make-up-Akademie Diana Mayrhuber, Bischofstr. 3, 4020 Linz
Kosten: € 95,- inkl. Unterlagen und Seminargetränke
Teilnahme: begrenzte Teilnehmerzahl, die Anmeldungen werden in der Reihenfolge ihres Entstehens berücksichtigt
Anmeldung: mittels Anmeldecoupon auf Seite 24 oder unter www.medak.at



Medicina, fem.

Za medicino se odloča vse več žensk. Trenutno jih je med študenti že več kot 60 %. Seveda pa za ženske značilni problemi pOd geslom "otrok in kariera" še daleč niso rešeni. Prav nasprotno: ti problemi postanejo resnično vidni šele po tem, ko se je prej neka domnevno moška trdnjava feminizirala.

Pri sprejemnem testu za letošnji vpis na Medicinsko univerzo Gradec je bila večina žensk. Od 1.353 prijavljenih je bilo kar 732 žensk (54 %). Čez tri tedne, po razglasitvi rezultatov, pa je sledilo presenečenje. Tako kot na Dunaju in v Innsbrucku so bili tudi v Gradcu moški uspešnejši. Tako je med novinci zdaj 34 % žensk.

Gilbert Reibnegger, vicerektor medicinske univerze meni, da je bil test zelo zanesljiv in "spolno nevtralen". Andrea Langmann, vicerektorica za personal in enakopravnost meni, da so se ženske izkazale pri socialnih vedah, da pa so bile slabše v naravoslovnih vedah.

Tako je Zdravniška zbornica za Štajersko pripravila razpravo "Boginje v belem – v kakšni meri se je medicina feminizirala?"

Na območju Zdravniške zbornice za Štajersko sta 1.302 zdravnik, ki pogodbeno delajo za zdravstveno zavarovalnico (*Steiermärkische Gebietskrankenkasse*). Od tega je 26 % žensk. Med specialisti je v povprečju približno 23 % žensk. V posameznih specializacijah je najvišji odstotek žensk (39 %) v dentalni medicini, najnižji (5 %) pa v ortopediji in urologiji.

Dolgo je veljalo, da je bila Gabriele Possaner (1860–1949) prva zdravnica, ki je svojo ordinacijo za ženske bolezni odprla leta 1897 na Dunaju. Študirala je v Ženevi in Zürichu, nato pa se je dolga leta bojevala z birokracijo v monarhiji, da je dobila dovoljenje za zdravniško prakso.

Prva zdravnica, ki je lahko študirala v monarhiji, je bila Rosa Kerschbauner - Putjata (1851–1923); medicino je lahko študirala zato, ker ji je cesar Franc Jožef podelil posebno dovoljenje (*Sondererlaubnis*).

Vir: AERZTE Steiermark, september 2010

Prevod in priredba: Marjan Kordaš



Medizin, die

Immer mehr Frauen entscheiden sich für die Medizin, mittlerweile sind mehr als 60 Prozent der Studierenden Frauen. Gelöst sind frauenspezifische Probleme – Stichwort Kind und Karriere – freilich noch kaum. Im Gegenteil: Sie werden erst durch die Feminisierung einer vermeintlichen Männerbastion richtig sichtbar.

MARTIN LINK

Als sich am 8. Juli die Tore der Grazer Stadthalle zum Aufnahmeamt für das Medizin-Studium geöffnet hatten, waren sie noch in der Überzahl: Von 1.353 stellten die Frauen 732 Bewerberinnen und somit 54 Prozent. Knappe drei Wochen später, als die Ergebnisse bekannt gegeben wurden, folgte dann die Überraschung: Ähnlich wie in Wien und Innsbruck haben es mehr Männer als Frauen geschafft,

einen der begehrten Ausbildungsplätze zu bekommen. Nur 43 Prozent aller StudienanfängerInnen an der Medizinischen Universität Graz sind Frauen.

Für den Vize rektor der Medizinischen Universität, Gilbert Reibnegger, hat sich das Testverfahren dennoch „bestens bewährt“, es sei „offenbar geschlechtsneutral“, allerdings sei der Kennziffer bei den Frauen auch in diesem Jahr wieder schlechter ausgefallen

als bei den Männern. Ähnlich bewertet Andrea Langmann, Vize rektorin für Personal und Gleichstellung, die Resultate: „Frauen punkten bei Sozialkompetenz, haben aber Defizite in den Naturwissenschaften. Wenn sich daran etwas ändern soll, muss man damit spätestens in den Volksschulen, besser noch in den Kindergärten beginnen.“

Strukturproblem

Die Ergebnisse der Aufnahmesesssion werden aber mög-

licherweise auch noch bei anderer Gelegenheit ein Diskussionsthema sein: Am Mittwoch, dem 29. September, lädt die Ärztekammer Steiermark zur prominent besetzten Diskussion über „Göttinnen in Weiß – wie weiblich ist die Medizin?“ Teilnehmen werden die Medizinhistorikerin Brigitte Lohff aus Hannover, Vize rektorin Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Andrea Langmann von der Medizinischen Universität Graz, Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Hildegarde Piza, em. Vorstandin der



Eurobarometer in ustno zdravje

Matjaž Rode

Svetovna zdravstvena organizacija je uvrstila ustne bolezni (zobno gnilobo in vnetja obzobnih tkiv) med glavne skupine kroničnih bolezni, kot so: srčno-žilne bolezni, raki, kronične respiratorne bolezni in sladkorna bolezen. Slabo ustno higieno pa je označila kot samostojen rizični faktor.

Direktorat za splošno zdravje in potrošnike EU je pobudnik evropskega raziskovalnega programa EGOHID (European Global Oral Health Indicators Development), v katerega so se vključile nacionalne profesionalne ustanove iz vseh 27 EU-držav in 3 držav kandidat. Raziskave so potekale med letoma 2005 in 2008 v želji, da bi zbrali nekatere indikatorje ustnega zdravja ter z vizijo svetovati in pripraviti navodila, ki bi vodila do zmanjšanja števila tistih, ki jih ogrožajo ustne bolezni.

Cilji projekta so bili:

- pomoč pri učinkovitejšem organiziranju in izvajanju zobozdravstva;
- izmenjava podatkov med EU-članici;
- zmanjšati razlike ravni zobozdravstvenega varstva v državah članicah.

Osnova za pridobivanje podatkov je bil vprašalnik. Anketiranje po vseh državah so izpraševalci obiskovali v oktobru 2009. Zajetih je bilo okoli 16.000 naključno izbranih obeh spolov in v starostnih skupinah od 15. leta naprej. Metodologija je bila tista, ki jo uporablja Eurobarometer, izsledki pa so bili objavljene kot: **special EUROBAROMETER 330** v letu 2010.

Poročilo ima tri dele:

- na začetku so zbrani odgovori na vprašanje o številu lastnih zob pri anketirancih in številu tistih, ki imajo zobne proteze;
- v nadaljevanju so se zbrali podatki o prehranjevalnih navadah anketirancev,
- na koncu so zbrani podatki o pogostosti obiskov pri zobozdravniku in vzrokih za take obiske.

Izsledki

1. Samo 41 % vprašanih ima še svoje lastne zobe in le tretjina od teh jih ima vsaj 20 ali več. Od tistih, ki nimajo več svojih zob, jih nosi 31 % snemne zobne proteze. Največ svojih lastnih zob imajo vprašani v starostni skupini od 15 do 24 let, v kateri ima 84 % še vse svoje zobe, medtem ko je odstotek takih v skupini nad 55 let le 13 %. Med spoloma ni bilo značilnih razlik.

2. Okoli 15 % je imelo težave v ustih v zadnjih 12 mesecih in od teh jih je 16 % odgovorilo, da je imelo hud zobobol ali druge intenzivne bolečine v ustni votlini. Od tistih vprašanih, ki nosijo snemne zobne proteze, pa jih je imelo v tem časovnem obdobju težave, ki so bile povezane z zobnimi nadomestki, 21 %. Podatki, ki so bili zbrani v Sloveniji (zbirala jih je organizacija, ki ni povezana s slovenskim zobozdravstvom!) kažejo, da so Slovenci med tistimi državljani EU, ki nimajo pogosto takih težav in ki so v isti skupini kot Nemci, Francozi in Skandinavci ter na boljšem kot Španci, Italijani, Portugalci, Grki, Avstrijci in Angleži ter predvsem Bolgari, Turki in Romuni. Med spoloma ni bilo značilnih razlik, v starostni skupini pa prednjačijo tisti, ki so stari nad 55 let.
3. V poprečju jedo vprašani večkrat dnevno. Večina jih pogosto uživa zelenjavo, 20 % pa jih pogosto uživa sladkarije in pije oslajene pijače.
4. V 92 % vprašani menijo, da imajo zadovoljivo urejen dostop do zobozdravnika; 57 % jih obišče zobozdravnika vsaj enkrat letno, in to tudi samo zaradi kontrolnega pregleda. EU-poprečje obiskov je 2,2 obiska letno. V Sloveniji je 2,8 obiska, v Italiji 2,1, v Angliji in Nemčiji pa 2,0 obiska. Zaradi akutne zobne bolečine je obiskalo zobozdravnika na Nizozemskem le 8 % vprašanih, v Avstriji 13 %, Franciji 31 %, Sloveniji 33 %, v Romuniji in Bolgariji pa 40 %. Med spoloma pri tem ni razlike, starostna skupina z največ obiski zaradi bolečin pa je tista od 25 do 39 let. Na kontrolne preglede k zobozdravniku gredo Nizozemci kar v 79 %, Avstrijci v 44 %, Nemci v 39 %, Francozi in Slovenci v 37 %, Bolgari pa le v 20 %.
5. 79 % vprašanih je menilo, da je bolje obiskati zasebnega zobozdravnika kot pa zobozdravnika v javni ustanovi. Pri zasebnem zobozdravniku se oglasi kar 99 % Nemcev ter 97 % Francozov in Nizozemcev.
6. 15 % vprašanih pa ne hodi k zobozdravniku zaradi previsokih stroškov.

Poročilo v sklepu ugotavlja, da večina državljanov EU nima večjih težav s svojim zobovjem. Prizadeta po vseh državah EU je manjša skupina, in to predvsem zaradi socialno-ekonomskih razlogov.

Državljan EU precej redno obiskujejo svojega zobozdravnika, in to tudi preventivno in ne le tedaj, ko zaboli.

Ustanovitev sekundarnega centra za boleznij dojke v severnoprimorski regiji

Neda Bizjak

Rak dojke je najpogostejša maligna bolezen žensk v svetu in tudi pri nas. V Sloveniji je incidenca raka dojke približno 70/100.000 prebivalcev in je po regijah različno razporejena. Severnoprimorsko območje se uvršča med najbolj obremenjena območja, saj je incidenca te bolezni kar 100/100.000 prebivalcev.

Regija povezuje naslednje tri upravne enote: Nova Gorica, Tolmin in Ajdovščina; vanjo gravitira približno 300.000 prebivalcev. Območje je z vsemi zaselki zelo razprostranjeno; posebno tolminski del tudi hribovit in prometno težje dostopen.

Začetki organizirane dejavnosti za boleznij dojke v severnoprimorski regiji segajo v leto 1977. Sodobno diagnostiko zgodnje detekcije raka dojke z nizkodozno mamografijo smo začeli leta 1985 in od takrat naprej izvajamo tudi tankoigelne biopsije za citološke preiskave, markacije netipnih lezij v dojki ter vse operativne posege na dojkah.

Leta 1988 smo bili poleg onkološkega inštituta in mariborske bolnišnice vključeni v pilotsko študijo detekcije zgodnjih oblik raka na dojki. Študija je bila organizirana pod okriljem Slovenske akademije znanosti in umetnosti (SAZU) in s strokovnim vodstvom onkološkega inštituta. Izsledki so bili primerljivi z izsledki študij v drugih razvitih državah (npr. Švedska).

Leta 1999 smo v bolnišnici Šempeter pri Gorici ustanovili Odsek za boleznij dojke v okviru ginekološko-porodniške službe, v katerem so zdaj vključeni trije zdravniki specialisti ginekologi. Občasno priskoči na pomoč tudi specialistka ginekologije in porodništva iz notranjsko-postojnske regije. Odsek dobro in uspešno deluje, o čemer govorijo dozdajšnji podatki iz Registra raka (preživetje bolnic, delež odkritih zgodnjih omejenih oblik raka na dojki itn.).

Na zdravljenje v našo bolnišnico so bolnice z rakom dojke napotene iz treh ambulant za boleznij dojke. Dve ambulanti sta v Zdravstvenem domu v Novi Gorici, tretja je v bolnišnici, v okviru Odseka za boleznij dojke. Določeno število bolnic prihaja iz četrte, ilirskobistriško-postojnske ambulante. Še do pred kratkim je kar tretjina tukaj operiranih bolnic prišla iz obalno-kraške regije. V zadnjih dveh letih je tega sodelovanja znatno manj, tako da je njihov delež približno desetina vseh bolnic.

Vsako leto operiramo v bolnišnici približno 100 žensk z rakom dojke. Od vsega začetka sodelujemo s strokovnjaki onkološkega inštituta, ki so bili naši učitelji že na začetku in še zdaj se vseh novosti učimo prav na onkološkem inštitutu. Operiramo po sodobni doktrini, ki zahteva radikalne in konservirajoče posege

na dojki in v pazduhi. Že peto leto je utečena operacija po metodi biopsije varovalne bezgavke (BVB) in je za ta operativni poseg primernih približno 60 % bolnic z rakom na dojki. V zadnjem času potekajo dogovori o možnosti rekonstruktivnih operacij tudi z eventualnim izkoriščanjem evropskih sredstev za mednarodno povezovanje in s sodelovanjem z italijanskimi kolegi iz Gorice (Italija).

Po operaciji lahko oskrbimo vse ženske z najmodernejšim protetičnim materialom in s spodnjim perilom.

Za operacijo ni čakalne dobe. Od citološke diagnoze bolezni do operativnega posega čakajo bolnice 1–2 tedna. Bolnicam nudimo vso sodobno diagnostiko in terapijo: ultrazvok, rentgen, CT in MRI, limfoscintigrafijo bezgavk, scintigrafijo skeleta, intraoperativno patohistološko preiskavo po metodi zmrzlega reza, patohistološke preiskave, pripravo vzorcev za imunohistokemično določanje hormonskih receptorjev in statusa HER 2 v tumorju, intraoperativno patohistološko diagnostiko varovalne bezgavke in pripravo vzorcev za imunohistokemično barvanje rezin varovalne begavke, ki jih na barvanje pošiljamo v akreditirani laboratorij, končni patohistološki izvid pa poda tukajšnji patolog. Pred dobrim letom smo postali bogatejši za širokoigelnj bioptični sistem Vacora, lani pa je bolnišnica nabavila najmodernejši digitalni mamograf v Sloveniji.

Večino bolnic pooperativno zdravimo na Odseku za boleznij dojke, če je treba, tudi v enoti centralne intenzivne terapije. Mamarni konzilij, na katerem tedensko sodelujejo vsi zdravniki operaterji, patolog in radiologi, je utečena dejavnost in poteka rutinsko.

Leto 2009 je bilo še posebej uspešno, saj smo poleg uvedbe Vacore in digitalnega mamografa začeli še onkološko dejavnost v bolnišnici. Od takrat naprej imamo vsaka dva tedna tudi mamarno-onkološki konzilij pod vodstvom priznane in uveljavljene strokovnjakinje na področju bolezni dojke prof. dr. Tanje Čufer. Utečena je tudi psihoonkološka dejavnost. Sekcija žena po operaciji na dojki, od leta 1988 organizirana znotraj Društva onkoloških bolnikov Slovenije, je zelo močna. Ženske se srečujejo enkrat mesečno, kjer imajo možnost skupinske in individualne strokovne pomoči, deluje tudi SOS-telefon.

V zadnjih dveh letih si še posebej prizadevamo za napredek službe in dejavnosti. Resno se trudimo postati eden izmed treh Sekundarnih centrov za boleznij dojke (SCBD) v Sloveniji. Z namenom, da bi bile tukajšnje bolnice deležne enako kakovostne diagnostike in zdravljenja raka dojke, kot so ga deležne druge po Evropi, smo se poskušali čim bolj približati Evropskim

smernicam in standardom EUSOME (Eur. Journal of Cancer, 36; 2000, 2288–2293: European guidelines for quality assurance in Breast cancer screening and diagnosis, 4th ed. 2006). Ustanovitev SCBD v naši bolnišnici bi omogočila izboljšanje in oplemenitenje dozdajšnjega dela na področju senologije.

Želja po ustanovitvi SCBD temelji na več postavkah:

- kakovost dozdajšnjega dela;
- usposobljenost kadrov in usklajenost timov;
- opiranje na lastne sile, razen za določene preiskave;
- zagotovljeni primerni prostori za dejavnost;
- primerna zemljepisna lokacija;
- možnost sodelovanja s Centrom za bolezni dojk v bližnji Gorici (Italija);
- tradicija podpore zdravnikov, ki izvajajo diagnostiko bolezni dojk na primarni ravni v širši regiji, in podpora širše javnosti;
- interes za vključitev v izvajanje državnega programa DORA v okviru primarne dejavnosti.

Kakovost dela tukajšnjega odseka za bolezni dojk potrjujejo podatki iz Registra raka za Slovenijo. Petletno preživetje bolnic, ki so za prvo zdravljenje izbrale našo bolnišnico, je prek 80-odstotno (slovensko povprečje je 70-odstotno), delež odkritih zgodnjih, omejenih oblik raka na dojki je nekaj nad 50 % (slovensko povprečje je 43 %). Intra- in perioperativni zapleti so redki, povprečna ležalna doba je manj kot 5 dni, še posebej na račun operacij po metodi biopsije varovalne bezgavke (BVB). Do zdaj smo operirali več kot 3.400 žensk, od teh 1.840 zaradi raka, preostale operacije pa so bile zaradi benignih sprememb. Kaže se tendenca zniževanja števila bolnic, ki so operirane zaradi benignih sprememb na dojki. Seveda bi želeli tudi to, da bi bilo manj pacientk z rakom na dojki, vendar je teh približno 100 letno z manjšimi spremembami tega števila. Opazno je znižanje števila bolnic iz obalno-kraške regije in nastajajo spremembe števila bolnic v glavnem na račun bolnic iz te regije.

Vsi operaterji so zreli specialisti in usposobljeni za izvajanje celotnega spektra operativnih posegov na dojki. Tehniko predoperativne priprave in operacij pa tudi nove metode skušamo stalno izpopolnjevati. Dosežki so spodbudni. Enkrat tedensko poteka mamarni konzilij, kjer načrtujemo in usklajujemo predvsem kirurški del zdravljenja in diagnostične postopke pri bolnicah, vsakih 14 dni pa poteka onkološko-mamarni konzilij o adjuvantnem zdravljenju in zdravljenju bolnic z napredovalimi oblikami bolezni. V sodelovanju s kirurškim oddelkom se nakazujejo možnosti rekonstruktivnih operacij dojk.

Pooperativno oskrbo bolnic vodijo operaterji in pri njej sodelujejo vsi zdravniki ginekološko-porodniške službe, predvsem med dežurno službo. Tudi v poletnem času je na oddelku zagotovljena prisotnost enega zdravnika, ki se ukvarja z dejavnostjo bolezni dojk.

V bolnišnici je organizirana onkološka ambulanta, na onkološkem inštitutu se izobražujeta dva specializanta

internistično-onkološke dejavnosti, tretji je specializacijo pravkar začel. Po stažu »starejša« specialistka interne medicine je na onkološkem inštitutu opravila usposabljanje za delo na področju onkologije in je tudi vodja te dejavnosti v naši bolnišnici.

Bolnice prejemajo sistemsko kemoterapijo pri nas, na adjuvantno radioterapijo pa bolnice po operaciji pošiljamo na onkološki inštitut. Vse bolnice z napredovalo obliko bolezni ali z njeno ponovitvijo zdravimo sami po navodilu onkološko-mamarnega konzilija. Za dodatna strokovna mnenja in »drugo mnenje« se vedno posvetujemo s kolegi z onkološkega inštituta.

Spremljanje bolnic (follow up) po končanem zdravljenju zaradi raka na dojki poteka v prej omenjenih ambulantah. Prva tri leta prihajajo enkrat na tri mesece, nato enkrat letno.

Pri obravnavi bolnic z boleznimi dojk sodeluje izkušen patolog, dr. sci. Josip Sabolić, dr. med., specialist patolog. Na specializaciji je še mlajša specializantka, bodoča patologinja. Za citopatoške in imunohistokemične storitve sodelujemo s citopatološko službo Onkološkega inštituta v Ljubljani.

Pri obravnavi bolnic z rakom dojk že več let sodelujejo trije zdravniki – dva specialista nuklearne medicine (eden prihaja iz Kliničnega centra) in specialistka pediatrije z dodatnimi znanji – za delo na nuklearno-medicinskem oddelku. Na radiološkem oddelku sta dva zdravnika specialista dodatno usposobljena za mamografsko, ultrazvočno, CT- in MRI-diagnostiko sprememb na dojkah. Na odseku in v onkološki ambulanti so še medicinske sestre z dodatno edukacijo za izvajanje postopkov zdravljenja in nege bolnic z rakom na dojki. K operirankam redno prihajajo še fizioterapevti, ki so dodatno izobraženi za specifično fizioterapijo teh pacientk. Pri anesteziološki službi v bolnišnici je že vrsto let organizirana protibolečinska ambulanta, namenjena tudi bolnicam z rakom dojk, če takšno zdravljenje potrebujejo.

Odsek za bolezni dojk ima na voljo zadosten posteljni fond (do 15 postelj) in v okviru onkološke ambulante še dodatne postelje za aplikacijo sistemskega zdravljenja. Citostatiki se pripravljajo v centralni lekarni bolnišnice.

Prostovoljke, organizirane v goriški Sekciji žena po operaciji na dojki, obiščejo operiranke že na oddelku, če si bolnice to želijo.

Bolnišnica se nahaja približno na sredini med Bovcem in Kopro, kar je dobra lega za morebitno pokrivanje celotne Primorske. V sosednji goriški bolnišnici v Italiji, ki je oddaljena manj kot kilometer, prav tako že dolgo uspešno zdravijo bolnice z rakom na dojki. Tudi tam operirajo po metodi BVB, vsako leto pa skupno obravnavajo približno 60 bolnic z rakom na dojki. Ultrazvočne preiskave pazduhe in dojke pri njih izvaja vrhunski, svetovno znani radiolog dr. Rizzato. Imamo vse možnosti za poglobljeno sodelovanje z italijanskimi kolegi na področju senologije in morebitne skupne projekte, ki bi bili lahko vsaj delno financirani prek evropske skupnosti, ki takšne vrste sodelovanja podpira.

Pogovori s kolegi iz izolske bolnišnice, da bi se priključili našim naporom za ustanovitev Sekundarnega centra za bolezni dojk v

bolnišnici Nova Gorica, v katerem bi lahko aktivno sodelovali, žal niso obrodili sadov. Zagovarjajo svoj sekundarni center, čeprav je veliko vprašanje, ali je takšna ureditev smiselna, strokovno in ekonomsko upravičena.

Več kot tridesetletno delo z bolnicami z boleznimi dojke nam omogoča in prinaša določeno izkušnost in znanje na tem področju.

Ustanovitev SCBD v tukajšnji bolnišnici podpirajo zdravniki, ki izvajajo diagnostiko bolezni dojke na primarni ravni in ki z njimi tesno ter uspešno že dolgo sodelujemo. Ustanovitev SCBD v naši bolnišnici podpirajo tudi vsi župani severnoprimorskih občin.

Literatura je na voljo pri avtorici.

I. antropološka šola na terenu

»Po poteh antropoloških populacijskih raziskav v Selški dolini«

Maruška Vidovič

Na Inštitutu za varovanje zdravja RS poteka živahna antropološka raziskovalna dejavnost, ki je uspešno mednarodna vpeta. Usmerjeno delamo in razvijamo biološko oz. medicinsko antropologijo, ki se vključuje v javno zdravje. Povezuje nas ista raziskovalna enota »populacija«. Zato smo se odločili, da 1. julija 2010 predstavimo način dela in terenske raziskave s pomočjo celodnevne strokovne ekskurzije z vmesnimi predstavitvami po programu. Terensko antropološko šolo sem organizirala in vodila avtorica prispevka. Namenjena je bila zdravnikom in drugim strokovnjakom na področju javnega zdravja. Povezovanje biološke antropologije in medicine prispeva k medsebojnemu bogatenju konceptov in k usmeritvam za načrtovanje preventivnih zdravstvenih akcij ter k razjasnitvam številnih problemov.

Selška dolina in v njej živeča populacija je bila izbrana za prve, sodobne antropološke populacijske raziskave v Sloveniji, ki se na tem raziskovalnem modelu kontinuirano nadaljujejo in nadgrajujejo že drugo desetletje. Njihovo bistvo so dinamična formiranja populacijskih karakteristik v času, med evolucijo in v prostoru, v ekološki niši. Pri tem zajemajo vse prepletene procese

oziroma preverjajo vplive več faktorjev ter ugotavljajo genetske variacije. Vasi zaprte hribovske doline so idealen vzorec tovrstnih raziskav, saj služijo kot »naravni raziskovalni laboratorij«. Antropološkim raziskavam na Inštitutu za varovanje zdravja RS so se večkrat pridružile tudi tuje raziskovalne skupine ali posamezniki z znanih univerz v Angliji, na Hrvaškem, v Avstraliji in različnih delov Amerike. Ker reprodukcijsko oz. genetsko izolirane skupine povsod po Evropi naglo izginevajo, je za biološko antropologijo in medicino zelo pomembno, da so čim prej opravljene raziskave s tako imenovanim »naravnim eksperimentom«, kar zaradi hitrega razvoja komunikacij in modernizacije kmalu ne bo več mogoče.

Program antropološke šole se je začel v Škofji Loki. Na začetku smo poudarili holistični raziskovalni pristop, uveljavljen v sodobni biološko-medicinski antropologiji, ki nudi boljše uspešnost raziskav in boljše razumevanje problema zaradi vključitve vseh dejavnikov (zgodovinskih, socioloških, medicinskih, ekoloških itd.).

Tudi Selška dolina, v kateri živi proučevana populacija, je bila predstavljena v holističnem kontekstu, njene posebnosti in



Udeleženci antropološke šole v Dolenji vasi

pogoji doline, ki so nudili možnosti za prilagoditve in življenje prvih naseljencev. Ker je pretekla zgodovina populacije ohranjena v genetiki moderne populacije, so bili udeleženci seznanjeni tudi z zgodovinskimi kolonizacijami naselitve doline, ki so formirale populacijsko in genetsko strukturo.

Po opisu doline je bil udeležencem Antropološke šole predstavljen raziskovalni antropološki model devetih vasi (nekaj vasi je v modelu združenih), ki zajema 5 vasi v dnu doline ob cesti in reki ter 4 podgorske vasi, ki so za biološkomedicinske antropologe najzanimivejše.

V Železnikih je bila posebna železarska populacija zgodovinsko predstavljena. Glavni del naše razprave je bil namenjen antropološkomedicinskim posledicam in posebnostim železarske populacije. Izredno slabi življenjski pogoji so vplivali na telesno konstitucijo in zdravstveno stanje prebivalcev. Med drugim obstajajo zapisi o velikem številu tuberkuloze in rahitisa, veliki umrljivosti dojenčkov ter o splošni in zgodnji umrljivosti žensk, pred 40. letom starosti. Kustos muzeja Jure Rejc nam je z odličnimi maketami poskušal prikazati težko nočno delo v kovačnicah, kjer so poleg odraslih delali tudi desetletni otroci ter ženske in doječe matere.

Na terenski antropološki šoli je bil s posebnim poudarkom prikazan genetski opis populacije Selške doline s pomočjo izsledkov obširnih raziskav in izdelanih modelov. Ozki okvirji vasi zaprte hribovske doline in poročnih krogov so ustvarili visoko endogamijo, »zaprtost« v skupnosti, posebno v zgornjem delu doline. Stopnja sorodstva znotraj naselij in med njimi je bila ocenjena z omenjenimi raziskavami, ki imajo biološkogenetske implikacije. Pogosta so bila križanja med sorodniki predvsem v tretjem in četrtem kolenu (poroke prvih in drugih bratrancev), ker se je zaradi ekonomskih razlogov posvečalo manj pozornosti posledicam, povezanim s konsanguinitetnimi porokami.

Predstavljene so bile še druge izbrane končane antropološke raziskave v Selški dolini. Narejena je bila cela množica holističnih populacijskih raziskav. Izsledki teh raziskav lahko pojasnijo številna biološka, genetska, sociološka, kulturna, ekološka in druga dogajanja v populaciji, ki so pomembna ne samo za antropologijo, ampak tudi zaradi povezav z biomedicinskimi znanostmi in s celotnim področjem interesa javnega zdravja. Prispevajo k izvedbi ciljev javnega zdravja, ker pokažejo izhodišča ter smeri zdravstvenih intervencij. Izsledki antropoloških raziskav so pomembni tudi zaradi izdelave »referenčnih vrednosti«, tako imenovanih norm za populacijo adolescentov, odraslih in starejših oseb, uporabnih v medicinski praksi, če naštejemo samo nekaj najosnovnejših povezav.

V programu antropološke šole je bil poudarjen tudi pomen biokulturnega pristopa in opisa populacije. Na Sorici je imel slikar domačin Miro Kačar zanimivo predavanje. Nato pa je sledilo predavanje upokojene direktorice šole Jožice Kačar, ki je slikovito opisala tamkajšnje življenje skozi generacije, domačine, socialno ozadje in spregovorila o posledicah genetske obremenitve, ki se je odražala tudi v slabšem učnem uspehu nekaterih otrok.

Zaradi številnih pregrad (zemljepisnih, jezikovnih, socialnih in drugih) so vasi pod Ratitovcem, v zgodovini nemško kolonizirane, predstavljale enoten, zaprt genetski pul in dobro karakterizirajo genetsko izoliranost. Glavni poudarek antropološke šole je bil na »izoliranih populacijah« kot »naravnem eksperimentalnemu modelu«. Praktično in shematsko so bili predstavljeni model »izoliranih populacij« in možnosti za proučevanje mikroevolucijskih procesov, ki se lahko zgodijo že v nekaj ali celo eni sami generaciji, ter prednosti za nekatere biomedicinske raziskave, boljše merljivost, brez motečih interakcij, zanesljivejše informacije o etiologijah, neobičajni epidemiološki pojavi, višja incidenca redkih boleznih in povečana prevalenca genetskih boleznih itd.

Udeleženci antropološke šole so bili seznanjeni z vplivom »genetskega drifta« (genetskega odstopanja) in »founder efekta« (učinka ustanovitelja) v majhnih izoliranih populacijah, odgovornih tudi za pojav določenih genetskih boleznih. V vaseh, ki so vključene v antropološki raziskovalni model, poteka zadnji dve leti skupaj z Američani tudi raziskava »staranja«. Predstavljena je bila potekajoča raziskava, ki je velikega nacionalnega pomena.

Podobne antropološke šole so v svetu že tradicija in veseli smo, da smo ob našem prvem poskusu dobili toliko pohval in vzpodbud. Po mnenju udeležencev je bila antropološka šola na terenu dobro pripravljena, zanimiva in je izpolnila svoj cilj. Pokazala je, da je biološka antropologija eno izmed področij, ki je zelo pomembna za razumevanje številnih javnozdravstvenih vprašanj; pokazala je ne samo določena nova znanja, teorije in metode, ampak tudi dimenzije njene praktične uporabnosti in interdisciplinarne, sodelovalne pristope.

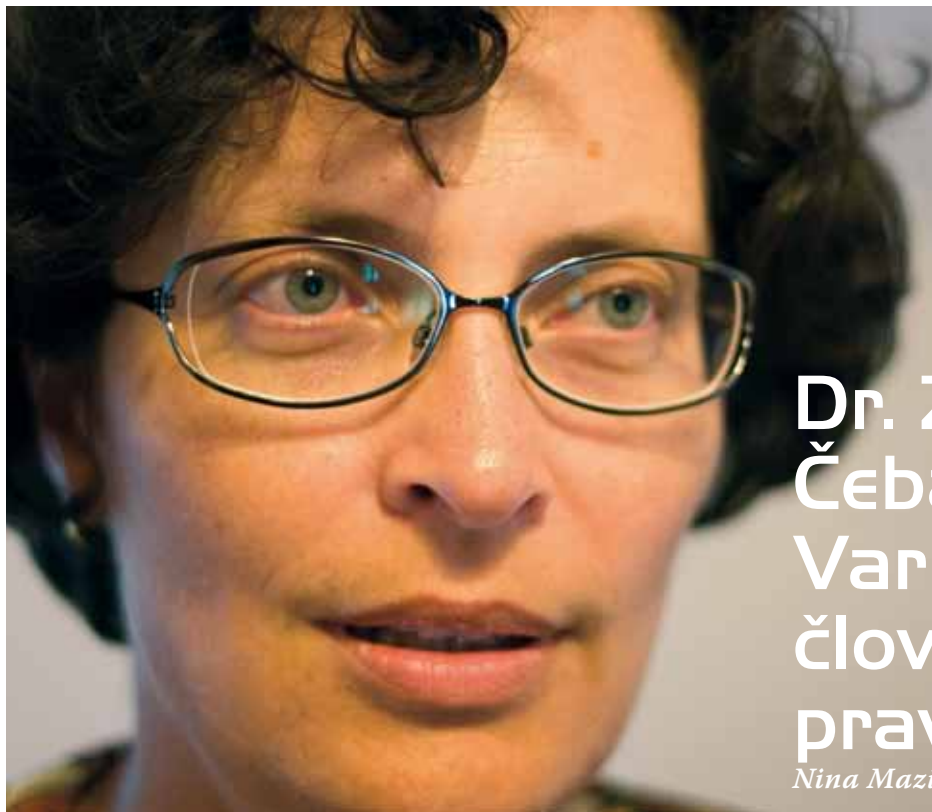
Antropološko šolo na terenu so bogatili tudi pristrčno medsebojno druženje, živahna izmenjava mnenj in bližje spoznavanje.

Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik je prejela naziv:

»ESMO Designated Center of Integrated Oncology and Palliative Care«

Med 18 centri v svetu, ki jim je Evropska zveza za onkologijo (ESMO) letos v Milanu podelila akreditacijo centra odličnosti v celovitosti onkološke in paliativne oskrbe, je bila tudi Univerzitetna klinika Golnik. Kriterij za akreditacijo je izpolnitev 13 specifičnih procesov paliativne oskrbe v povezanosti z onkološko obravnavo bolnikov. »V ESMO verjamemo, da je odlična paliativna oskrba moralni in klinični imperativ,« je povedal David Kerr, predsednik ESMO. Akreditacijo podeljujejo za obdobje treh let in center zavezujejo k nadaljevanju razvijanja organizirane paliativne oskrbe kot sestavnega dela obravnave onkoloških bolnikov.

Tanja Čufer, Urška Lunder



Dr. Zdenka Čebašek Travnik Varuhinja človekovih pravic v RS

Nina Mazi

Dr. Zdenka Čebašek Travnik, dr. med., se je po maturi na gimnaziji v Murski Soboti odločila za študij splošne medicine na Medicinski fakulteti v Ljubljani.

1979 – končala študij medicine na Medicinski Fakulteti v Ljubljani in začela delati kot splošna zdravnica v Murski Soboti.

1981–1987 – specializacija iz psihiatrije v Psihiatrični bolnišnici Vojnik in Psihiatrični kliniki Ljubljana.

1993 – magistrirala na Medicinski fakulteti v Zagrebu.

1994 – diplomirala na Univerzi Johns Hopkins v Baltimoru, ZDA, na temo zloraba substanc.

1997 – diplomirala še na temo Sistemska družinska terapija na Inštitutu za družinsko terapijo v Londonu.

1998 – doktorat znanosti na Medicinski fakulteti v Ljubljani.

1995–2000 – vodja centra za zdravljenje odvisnih od alkohola na Psihiatrični kliniki v Ljubljani.

2000 – prevzela strokovno vodenje Kliničnega oddelka za mentalno zdravje Psihiatrične klinike v Ljubljani.

2004 – vršilka dolžnosti direktorja Psihiatrične klinike v Ljubljani, še istega leta pa je postala pomočnica strokovnega direktorja Psihiatrične klinike v Ljubljani, odgovorna za področje izobraževanja.

2006 – 20. decembra so jo poslanci z absolutno večino – s 64 glasovi za in z nobenim proti, izvolili za varuhinjo človekovih pravic.

2007 – 22. februarja nastopila šestletni mandat v vlogi varuhinje človekovih pravic.

.....

1. Kako opredeljujete svoje zdajšnje delo? (Kot poslanstvo, servis za državljane, prizadevanje za demokracijo, skrb za uveljavljanje pravne države, zagotavljanje socialne platforme ...) Je koncept dela bolj politične, človekoljubne, strokovne (pravne) narave ali nekje vmes?

Delo varuhinje človekovih pravic opredeljujem v prvi vrsti kot poslanstvo, institucija, ki jo vodim in predstavljam (varuh človekovih pravic RS), opravlja tudi določen servis za vse prebivalce Slovenije, ne le za državljane. Koncept varuhovega dela je izrazito nepolitične narave, temelji na spoštovanju človekovih pravic in temeljnih svoboščin ob upoštevanju nacionalne zakonodaje in mednarodnih pravnih dokumentov ter načela pravičnosti.

2. Vas je imenovanje za varuhinjo človekovih pravic v RS presenetilo ali ste si te funkcije želeli, jo načrtovali oziroma se mogoče celo potegovali zanjo? To razumete predvsem kot čast in privilegij ali dolžnost in odgovornost?



Protokolarni sprejem (vir: arhiv dr. Zdenke Čebašek Travnik)

To vprašanje terja nekoliko daljši odgovor. O tej funkciji sem začela razmišljati šele, ko me je k temu spodbudil pred kratkim preminuli primarij Jože Felc, psihiater in pisatelj. Vsi, ki smo ga osebno poznali, vemo, da je bil resnična avtoriteta – tako po strokovni, kot po človeški plati. Zelo ga bom pogrešala. Čeprav nikoli nisva bila prijatelja ali bližnja sodelavca, naju je vezalo medsebojno spoštovanje in nekaj tiste osebne naklonjenosti, ki omogoči iskreno sporazumevanje. On je bil torej prvi, ki me je prepričeval, da bi bila primerna za to funkcijo. Vzela sem si nekaj dni časa za premislek in za mnenje svojih bližnjih. Potem sem dala svoj pristanek na kandidaturo, tudi z mislijo, da je bolj malo možnosti, da bi me takratni predsednik republike dr. Janez Drnovšek izbral izmed skoraj 30 kandidatov. A se je zgodilo prav to in tudi državni zbor me je potrdil s 64 glasovi in nobenim proti. Za izvolitev varuha je potrebna absolutna dvotretjinska večina, to je vsaj 60 glasov poslancev in je hkrati tudi edina funkcija v državi, ki potrebuje tako visoko soglasje. Šele v trenutku dajanja prisega sem se v polnosti zavedala, da gre za veliko dolžnost in odgovornost, ki bo zaznamovala moje nadaljnje življenje.

3. Se je bilo težko posloviti od aktivnega udejstvovanja v psihiatriji oziroma v medicini? Se iz frekventne ambulante preseliti v 'udobno in varno' pisarno? Je to zahtevalo naporno preobrazbo iz zdravnice v birokratinjo? (Marsikdo je prepričan, da so v kompleksnih razmerah, v katerih se nahajamo, psihiatri najbolj/edino primerni za opravljanje pomembnih funkcij v politiki in v družbi.)

Težko se je bilo posloviti od dela v psihiatriji, predvsem od pacientov in od izobraževalne dejavnosti, ki sem jo vodila v okviru Psihiatrične klinike Ljubljana. A v resnici ni tako velikih razlik med mojim prejšnjim in sedanjim delom, saj se tudi kot varuhinja srečujem z ljudmi v stiski in jim skušam pomagati. Prepričana sem, da delo varuha človekovih pravic ni in ne sme biti birokratsko. Sama veliko delam tudi na terenu, poslušamo na različnih koncih Slovenije, obiskujemo ustanove, kot so domovi za starejše, vzgojno varstveni zavodi, zapori, psihiatrične bolnišnice in tudi druge lokacije, kjer prihaja ali bi lahko prihajalo do kršitev človekovih pravic. Moje delo je zelo raznoliko in hkrati na očeh javnosti. Znanje in izkušnje, ki sem jih pridobila z delom v psihiatriji, predvsem razumevanje medosebnih odnosov, so mi v veliko pomoč tudi pri reševanju pobud, ki jih dobivam kot varuhinja. A se nikakor ne morem pridružiti mnenju, da smo psihiatri najbolj primerni za opravljanje pomembnih funkcij.

4. Vam znanje, izkušnje in kompetence, ki ste si jih pridobili v medicini, danes koristijo oziroma zadoščajo? Se je tudi v vašem primeru potrdila multifunkcionalnost medicinske izobrazbe? Katerega znanja/izkušenj vam najbolj primanjkuje? Kje in kako si jih pridobivate?

Včasih imam res občutek, kot da sem se vse življenje nekako pripravljala na to funkcijo. Znanje medicine, pa tudi poznavanje

zdravstvenega sistema so nedvomno moje prednosti. Tudi izkušnje, ki sem si jih pridobila kot sodna izvedenka in predavateljica na različnih stopnjah izobraževanja, so dobrodošle. V začetku mandata sem pogrešala pravniško znanje. a sem kmalu spoznala, da so lahko zanesem na pravniško znanje svojih namestnikov, ki so vsi pravniki. Kasneje sem pogrešala še znanje in večšine s področja sodelovanja z mediji. Zdi se mi, da tudi tu počasi napredujem ...

5. Kaj je v kurikulumu varuha najbolj spodbudno, prijetno in privlačno in kaj najbolj naporno, neprijetno in neobetavno? Kako se spoprijemate z najbolj zahtevnimi poklicnimi izzivi? Imate dovolj pooblastil in pristojnosti za uspešno delovanje? Je odgovornost primerljiva s tisto v zdravniškem poklicu?

Pristojnosti nam določa Zakon o varuhu človekovih pravic. Zakon, ki je star že več kot 15 let, je bil dobro pripravljen, saj se je do sedaj spremenil le v določitvi (občutnem zmanjšanju) plače varuha in namestnikov. Uspešnost varuhovega dela je težko meriti, potrebna bi bila obsežna analiza o tem, kaj vse se je na podlagi varuhovih priporočil doslej spremenilo. Delovanje varuha človekovih pravic RS (varuh) izhaja iz pobud, ki jih prejmemo od posameznikov ali skupin. Teh pobud seveda ni mogoče načrtovati, saj so odraz konkretnih težav, nastalih v odnosu med posameznikom in delovanjem državnega organa, organa lokalne samouprave ali nosilca javnih pooblastil. Pobude preučimo, pridobimo informacije tudi od kritiziranih organov ali ustanov in ocenimo, ali so ti res kršili človekove pravice. Če so, je bila pobuda utemeljena in takih je četrtnina od približno 3000 letno. Kršitelju predlagamo, da se do ugotovljene napake opredeli in jo v najkrajšem času popravi. Poleg obravnave pobud pa se ukvarjamo tudi s širšimi vprašanji, pomembnimi za varovanje človekovih pravic. Te izbere aktualni varuh in jih opredeli kot svoje prioritete, v okviru katerih lahko izvaja projekte, strokovne konference, izdaja publikacije in podobno. Moje prioritete so pravice otrok, starejših ljudi in invalidnih oziroma hendikepiranih. Med pojavi pa dodatno pozornost posvečam revščini, nasilju in onesnaževanju okolja. Pri delu mi pomagajo štirje namestniki in približno dvajset strokovnih delavcev oziroma svetovalcev iz zelo različnih področij. Naša odgovornost se razlikuje od zdravnikove, ki je vezana na točno določene postopke, od katerih je odvisno zdravje in življenje posameznika. Sama pa sem osebno odgovorna za to, da delo institucije poteka v skladu z zakonodajo in za predstavljanje našega dela v javnosti. To, kar je primerljivo z zdravniškim delom, pa so obremenitve. Gre za velik obseg dela, predvsem pa za soočanje s stiskami pobudnikov in nemočjo, da bi te stiske z našimi intervencijami lahko vedno omilili. Podobno je tudi timsko delo, saj se v reševanje posameznih pobud morajo vključevati različni strokovnjaki (pravniki, socialni delavci, psihologi, pedagogi in drugi). Primerljiv je tudi prijeten občutek ob zahvali pobudnika.

6. Kako ocenjujete sodelovanje vašega Urada z varuhi pravic pacientov v naši državi? So ti dovolj odločni in prodorni v skrbi za dostojanstveno obravnavo in kakovostno življenje uporabnikov zdravstvenih proizvodov in storitev?

Dovolite mi, da pojasnim, da varuh človekovih pravic RS ni urad (urade običajno imenuje vlada in so v njeni pristojnosti), temveč neodvisna, z ustavo določena institucija. V Sloveniji smo doslej imeli le eno varuhinjo bolnikovih pravic, gospo Magdo Žezlina v Mariboru, vi pa imate verjetno v mislih zastopnike pacientovih pravic, ki delujejo po Zakonu o pacientovih pravicah in imajo točno določene naloge in pooblastila. Vsi so dolžni poročati varuhu človekovih pravic, zato imam pregled nad njihovim delom. Prve ocene kažejo, da delujejo v pravi smeri, potrebujejo pa še veliko znanja in izkušenj, da bodo podobno uspešni, kot je bila gospa Žezlina – čeprav so njihova pooblastila drugačna od varuha bolnikovih pravic, ki ga ima edino mestna občina Maribor.

7. Človekove pravice so v vsaki državi in mednarodnem prostoru neločljivo povezane oziroma pogojene z demokracijo – z uresničevanjem in s spoštovanjem človekovih pravic in svoboščin. Te pa so odvisne tudi od integritete, socioekonomske in varnostne situacije posameznika, družine, države in družbe na splošno. Kakšne so razmere na tem področju v Sloveniji? Kaj je nujno potrebno revizije, posodobitve in izboljšave? V čem smo dobri, mogoče celo najboljši?

O tem, kakšno je stanje na področju človekovih pravic, mora varuh vsako leto poročati državnemu zboru. To naredimo s pomočjo letnega poročila, sestavljenega iz vsebinskega dela posameznih področij, nekaterih obravnavanih primerov in varuhovih priporočil, do katerih se mora državni zbor opredeliti. Gre za obsežno publikacijo, dostopno tudi na naši spletni strani www.varuh-rs.si. Ureditev varovanja človekovih pravic in temeljnih svoboščin je specifična za vsako državo, zato neposredne primerjave med državami niso mogoče, niti smiselne. Prav zato je Svet za človekove pravice pri Organizaciji združenih narodov sprejel nov način preverjanja stanja s pomočjo univerzalnih periodičnih poročil, s pomočjo katerih bo spremljal napredek posamezne države v določenem časovnem obdobju. Slovenija je bila obravnavana letos in dobila skoraj sto priporočil za izboljšave. Čez štiri leta se bo ugotavljalo, v kolikšni meri so bila ta priporočila uresničena. Dokumenti o tem so dostopni na spletnih straneh Ministrstva za zunanje zadeve.

8. Uresničevanje demokratičnih načel ter spoštovanje in uveljavljanje človekovih pravic sta predpogoja za kakovost, integriteto in odličnost življenja z vseh perspektiv. Je kakovost življenja v naši državi po vaši oceni ustrezna? Kako bi jo lahko še izboljšali? Nam za to primanjkuje denarja (gmotna sredstva) ali predvsem srca in razuma?

Vprašanje, kot ga zastavljate, potrebuje obsežnejši odgovor, kot ga lahko podam v okviru tega pogovora. Spoštovanje človekovih pravic in temeljnih svoboščin je v tesno povezano z odnosom med posameznikom in državo, zato nosi močno politično konotacijo, vendar neposredna povezava med demokracijo in spoštovanjem človekovih pravic ni tako samoumevna, kot se zdi na prvi pogled. Če primerjamo na primer Združene države Amerike in Iran, imata obe državi v veljavi smrtno kazen, ki jo obe tudi izvajata. Sama ocenjujem, da je največja grožnja človekovih pravic izguba oziroma zmanjšanje pomena osnovnih človeških vrednot, kot so medsebojno spoštovanje, nenasilje in solidarnost. Kako je s temi vrednotami v Sloveniji, pa lahko oceni vsak sam.

9. Kateri segmenti prebivalstva so pri nas najbolj ogroženi? Kdo se najpogosteje obrača na vas – prihaja po nasvet in pomoč? (So med njimi tudi zdravniki/izvajalci in bolniki/uporabniki zdravstvenih storitev?)

Verjetno imate v mislih ogroženost na področju človekovih pravic. V Sloveniji nimamo nacionalne inštitucije, ki bi se ukvarjala s tem, katere skupine prebivalstva so najbolj ogrožene. Varuh nima pooblastil, niti kadrovskih možnosti, da bi izvajal tovrstne analize ogroženosti. Ker varuh pri obravnavi pobud spoštuje zaupnost postopka, o pobudnikih ne vodi baze podatkov, iz katere bi bilo mogoče razbrati njihove osebne ali demografske podatke. Iz neposrednega dela s pobudniki pa vem, da so med njimi tudi zdravniki in drugi izvajalci zdravstvenih storitev, pa seveda pacienti.

10. V kakšnih zadevah najpogosteje posredujete? S katerimi organi/ustanovami/področji najpogosteje in najbolje sodelujete? Ali svoja prizadevanja ocenjujete za uspešna? Na kaj ste najbolj ponosni in kaj vas najbolj skrbi?

Obširne odgovore na ta vprašanja lahko vsakdo dobi v našem letnem poročilu, kjer smo letos dodali tudi statistični pregled utemeljenosti pobud po področjih. Sodelovanje varuha je vezano na tiste državne organe, organe lokalnih skupnosti ali nosilce javnih pooblastil, s področja katerih dobivamo pobude. Spisek tistih, s katerimi dobro sodelujemo, je dolg, podobno kot seznam tistih, s katerimi imamo komunikacijske težave. Kljub temu ocenjujem, da smo v naših prizadevanjih uspešni. Na zadnje vprašanje pa je težko odgovoriti, zdi se mi podobno, kot bi me vprašali, na ozdravitev katerega pacienta sem (bila) najbolj ponosna in za katerega me najbolj skrbi. Kot sem si v preteklosti prizadevala narediti najboljše za vsakega pacienta, tako zdaj obravnavam vse pobude.

11. Se vam je v vlogi varuhinje razkrila nova podoba/dimenzija slovenske duše ali pa so vaše izkušnje z ljudmi skladne s predstavo, ki ste si jo izoblikovali v zdravstvu?

Lahko rečem, da sem nekoliko spremenila svojo predstavo o "podobi slovenske duše", predvsem na področju pravosodje in politike. A o tem bom morda lažje spregovorila kdaj po koncu svojega mandata varuhinje.

12. Ste zadovoljni s kadrovsko zasedbo v vaši ustanovi? Kaj je pri sodelavcih za vas najpomembnejše? Upoštevate, da sta znanje/IQ, značaj/EQ, socialna inteligenca/SQ pri kadrovski presoji enakovredni kategoriji?

Smo neodvisna državna ustanova, ki pa izbira nove kadre v skladu z veljavno zakonodajo. Dejansko se na razpise za prosta delovna mesta vedno prijavi veliko kandidatov. Izbor opravi komisija na podlagi vnaprej pripravljenih kriterijev. Med temi pa ni IQ, EQ in SQ, vendar komisija poskuša oceniti tudi te dimenzije kandidata. Vsi novozaposleni pa gredo skozi preskusno dobo, ko je veliko več priložnosti za oceno o tem, kako se zaposleni znajde v odnosu do pobudnikov, do sodelavcev in do nadrejenih. V primeru, da ta odnos odstopa od pričakovanega, se o tem pogovorimo in ustrezno ukrepamo.

13. Nedavne zagate glede novele zakona o sistemu plač v javnem sektorju, s katero se med drugim znižuje plačilo za delo v dežurstvu, so povzročilo veliko vznemirjenja in žolčnih odzivov. Kakšen je vaš odnos do administrativnega urejanja tovrstnih zadev, brez soglasja zdravnikov? Ste bili v tem primeru na strani kolegov zdravnikov ali vlade? Si mogoče prizadevate (p-)ostati nevtralni, čeprav vam srce bije za stan, kateremu pripadate?

Kot varuhinja človekovih pravic sem dala prisego, da bom pri svojem delu spoštovala ustavo in veljavno zakonodajo in da bom pri svojem delu vestna in nepristranska, se pravi da moja poklicna pripadnost ne bo vplivala na moja mnenja. V primeru umika soglasij za delo preko polnega delovnega časa sem javno opozarjala, da imajo zdravniki pravico, da delajo le toliko, kot jim to nalaga zakonodaja, torej enako kot drugi zaposleni. Da imajo tudi njihove družine, predvsem otroci, pravico, da z njimi preživijo del svojega prostega časa. Vsakemu načrtovalcu delovanja zdravstvenega sistema je znano, koliko kadrov je potrebnih, da ta deluje. Ti kadri so lahko resnični ljudje ali pa fiktivni, "iz ur". In zdi se mi, da je politika to dvoje pomešala. Javno sem tudi opozorila, da bo umik zdravniških soglasij za prekomerno delo nedvomno povzročil motnje v delovanju zdravstvenega sistema. Nekateri so govorili o "beli stavki", vendar se umik soglasij bistveno razlikuje od stavke, ki mora potekati pod jasno določenimi pogoji. Umik soglasij – če bi zdravniki na njem vztrajali dalj časa, bi postal neobvladljiv problem, česar se je zavedla tudi oblast. Ob tem dogajanju pa so se tudi zdravniki začeli zavедati svojih pravic in ugotovili, da lahko tudi oni živijo z manjšimi obremenitvami. Nisem seznanjena z dinamiko vračanja soglasij, a posamezni kolegi so mi povedali, da jih ne bodo vrnili, saj so spoznali,



Skupna izjava z ministrom Marušičem po srečanju, 13. 7. 2010 (vir: arhiv dr. Zdenke Čebašek Travnik)

da je življenje še kaj drugega kot hitenje od enega do drugega dežurstva. V tem primeru moram torej ocenjevati morebitne kršitve pravic iz delovne zakonodaje (za zdravnike), po drugi strani pa pravico do zdravstvenega varstva, ki jo zagotavlja ustava (za bolnike). Pri pobudah, ki bi jih varuh dobil v tem primeru, je naše mnenje odvisno od tega, na katero pravico se pobudnik sklicuje, nikakor pa varuh ne more odrediti, kaj je kdo dolžan storiti, niti reševati nastale situacije.

14. Sodite med zagovornike 'stavke belih halj' ali pa ste bolj naklonjeni odločnim pogajanjem brez fige v žepu? Menite, da bi zdravniška stavka resnično povzročila veliko več težav in zapletov – škode kot koristi? Kdo bi lahko tovrstne nesporazume in eskalacije nezadovoljstva pravočasno preprečil?

Vprašanje stavke zdravnikov ima več dimenzij. Nedvomno imamo tudi zdravniki pravico do stavke, čeprav zanjo veljajo določene omejitve, pogojene z našim delom in poslanstvom. Sama ne sodim med zagovornike stavke, a hkrati razumem, da v določenih situacijah predstavlja učinkovit pritisk za določene spremembe. Homeostaza, o kateri smo se učili pri fiziologiji, nam pove, kaj se mora zgoditi, da se zamaje ravnovesje sistema. A to zamajano ravnovesje zdravstvenega sistema praviloma vpliva na zdravje ljudi, ki pa ne odločajo o pravicah zdravnikov, vsaj ne neposredno. Zapletom in škodi se v primeru stavke ne da izogniti. Zato sem prepričana, da bi morala izvršna oblast ravnati bolj modro in ne vleči potez brez dobre analize predvidenih posledic.

15. Kako argumentirate dejstvo, da zdravniki kot temeljni steber zdravstvenega sistema v Sloveniji nimamo možnosti dejavno in konstruktivno sodelovati v zdravstvenih reformah? Zakaj se MZ in vlada ne more sprijazniti z imperativom enakopravnega partnerstva, spoštljivega sodelovanja in uglajenega dogovarjanja brez 'nizkih udarcev'?

To so politična vprašanja, na katera kot varuhinja ne morem in ne želim odgovarjati. Rada pa bi omenila, da smo zdravniki, pa tudi drugi zdravstveni delavci, premalo angažirani v pripravi zdravstvenih reform tudi zaradi tega, ker dajemo prednost svojemu strokovnemu delu pred političnim udejstvovanjem. Težko pa bi rekla, da nimamo možnosti dejavno in konstruktivno sodelovati pri pripravi zdravstvenih reform.

– Sodelujemo že, vprašanje pa je, ali se naš glas sliši in naše pripombe dejansko upoštevajo.

Politična participacija je načeloma dosegljiva, res pa je, da je za vstop v krog odločevalcev potreben dodaten napor, pa tudi poenotenje znotraj stroke.

16. Ali ste v času zagat, ki so nastale med umikom soglasij medicusov nadurno delo, v Uradu zaznali večje število obiskov in intervencij? So se na vas pogosteje obračali zdravniki/njihovi najbližji ali bolniki in njihovi svojci? Kako lahko sami konkretno pripomorete h 'gašenju požarov v zdravstvu'? Je tovrstna svetovalna vloga varuha zadostna?

V omenjenem obdobju pri varuhu nismo zaznali povečanega števila pobud s strani pacientov, se je pa z vprašanji na nas obrnilo nekaj zdravnikov, ki smo jim dali ustrezna pojasnila. Varuh ne more prispevati h gašenju požarov v zdravstvu, saj nima izvršilne moči. S svojimi intervencijami lahko pomagamo izoblikovati stališča vpletenih, jih spodbuditi k dialogu ali mediaciji. To smo v preteklosti tudi naredili, večjih pristojnosti pa varuh po zakonu nima.

– Ali se v RS obeta kakšna institucionalna novost na področju varovanja človekovih pravic (ombudsman za pacientove pravice, za otroke)?

Menim, da v Sloveniji ni nujno, da bi imeli posebne ombudsmane, saj varuh deluje na vseh področjih. Uvajanje posebnih ombudsmanov ni opravičljivo ne iz ekonomskih, ne iz vsebinskih razlogov, pa tudi sicer večje države od Slovenije ombudsmanske službe združujejo, saj so tako lahko bolj učinkovite.

17. Zaradi pomanjkanja zdravnikov je veliko nadur pri medicinskih običajna praksa. Imate kak inovativen predlog za preprečevanje negativnih posledic aktualnega kadrovskega primanjkljaja in striktnega varčevanja? Kako pa kot zdravnica?

To je vprašanje za zdravstveno politiko. Kot varuhinja spremljam dogajanje, predvsem s stališča zagotavljanja pravic pacientov in zdravstvenega osebja.

– Kaj pa kot zdravnica?

Kot zdravnica se zavzemam za strokovno analizo (medicinsko in organizacijsko) in na podlagi rezultatov te analize prerazporeditev razpoložljivih kadrov ter več možnosti za zaposlovanje zdravnikov iz tujine.

18. Je v zdravstvu res potrebno nenehno in vedno intenzivneje varčevati? Kje je meja zategovanja pasu – kaj je sploh še sprejemljivo in dopustno? Menite, da bo kmalu nastopil trenutek, ko se lahko sistem sesuje in pogrezne sam vase? Kdo mora to nevarnost prvi zaznati in ukrepati, preden se zadeve postavijo na glavo?

Tudi to so bolj vprašanja za ministra za zdravje. Seveda pozorno spremljam, kako se spreminja dostopnost do zdravstvenih storitev in z ugotovitvami seznanjam oblast in javnost. Dejstvo je, da se je ta dostopnost zmanjšala in zelo neenakomerno porazdelila. To me resnično skrbi, kot zdravnico in kot varuhinjo človekovih pravic.

Bo zaskrbljenosti sledila konkretna akcija? Kako boste ukreпали?

Varuh človekovih pravic nima izvršilne moči, zato razen dajanja opozoril in priporočil odgovornim, ne more ukrepati. Izvršilna moč je v nasprotju z doktrino delovanja ombudsmanov, katerih naloga je odkrivati nepravilnosti v odnosu med posameznikom in delovanjem državnih organov, organov lokalne skupnosti in ustanov s pooblastili in na te nepravilnosti opozarjati izvršilno

oblast. Ta pa se na varuhova opozorila različno odziva. Kadar odziva ni, svoja opozorila ponavljam, tudi s pomočjo medijev.

19. Glavnina slovenskih zdravnikov je pri svojem zahtevnem poslanstvu preobremenjena? Ste vi danes bolj zaposleni in obremenjeni kot prej, v času svojega dejavnega zdravniškega kurikulumuma?

Časovne obremenitve so zdaj dejansko večje, saj funkcionarji nimamo klasičnega delovnega časa. Poleg obveznosti iz osnovne dejavnosti so tu še številni protokolarni dogodki in javni nastopi, ko se zgodi, da porabim cel delovni dan za enourno srečanje na drugem koncu Slovenije. Vendar pa je tudi delo v pisarni zelo obsežno: vsak dan osebno pregledam vse pobude, ki pridejo na naslov varuha in skrbno preberem vsa mnenja, ki jih pripravijo moji strokovni sodelavci, imam sestanke z ministri in drugimi državnimi organi, z nevladnimi organizacijami, s tujimi delegacijami, dajem izjave za javnost in intervjuje, skupaj s člani kolegija pripravljam stališča o določenih vprašanjih, ob tem se ukvarjam še z notranjo organizacijo in sodelujem na strokovnih sestankih. Veliko se posvečam tudi pripravi letnih poročil in drugih publikacij, ki jih izdajamo.

20. Kaj je najbolj problematično in skrb vzbujajoče na slovenski zdravstveni sceni? Je po vaši oceni v našem zdravstvu res ključno pomanjkanje denarja ali pa je veliko bolj problematično pomanjkanje spoštljive, razumljive komunikacije in odkritega, konstruktivnega sodelovanja, odsotnost vrednot in idealov ter pomanjkanje človečnosti?

Zdravstveni sistem zdaj lahko opazujem iz meta pozicije, saj v času mandata ne delam kot zdravnica in tudi nisem članica nobenega zdravniškega združenja. Sistem pa dobro poznam, saj sem med drugim opravljala tudi nadzorniško in izvedensko delo. Zato lahko pritrdim, da je bolj kot pomanjkanje denarja škodljivo pomanjkanje ustrezne komunikacije na vseh ravneh in med vsemi poklici v zdravstvu. O tem, kako naše izobraževalne ustanove vključujejo komunikacijo v svoje študijske programe, smo pri varuhu naredili manjšo raziskavo. Bili smo zelo veseli, ker smo prejeli odgovore od vseh naslovnikov, a manj zadovoljni, ko smo opravili analizo odgovorov. Ugotovili smo, da v Sloveniji nimamo enotne doktrine o tem, kako usposobiti strokovnjake v zdravstvu na področju komunikacije, še manj o tem, kako naj ravnajo v primerih napak. Ena od mojih sedanjih sodelavk se raziskovalno ukvarja z vprašanjem vrednot pri zdravstvenih delavcih. Ko bodo znani rezultati, bom lahko povedala kaj več.

Tega se že veselimo.

21. Kakšen je vaš recept za premagovanje in odpravljanje krize zaupanja, ki se je med zdravniki in bolniki pa tudi med medicusi samimi in njihovimi sodelavci v skrb vzbujajočih razsežnostih pojavila v zadnjih mesecih?

To je obsežno vprašanje, ki bi se ga morali lotiti na sistemski način. Prvi pomemben korak v to smer je bil narejen. Seznanjena sem s kvalitativnimi in kvantitativnimi raziskavami o medpoklicnem sodelovanju v zdravstvu (predvsem med zdravniki in medicinskimi sestrami), nimam pa podatkov o tem, ali in kako se ugotovitve teh raziskav implementirajo v praksi. Treba bi bilo tudi ugotoviti, na kakšen način vplivajo dejanja ene poklicne skupine na delovanje druge, kako se obravnavajo napake, kako šikaniranje in trpinčenje na delovnem mestu in kako vse to vpliva na delo s pacienti. Ko bi to ugotovili, bi lahko pripravili tudi »recept« za premagovanje krize zaupanja.

Recepta sicer res še ni, kaj pa kakšen koristen namig na to temo?

Nekaj takšnih namigov že uresničujem tudi v vlogi varuhinje. Skupaj z Visoko zdravstveno šolo v Celju pripravljamo posvet na temo Pravice in oskrba umirajočih, kjer bomo to temo osvetlili strokovnjaki različnih strok, ki se že tudi združujemo v timih. Kot predavateljica študentom medicine in višjih zdravstvenih šol in fakultet skušam prikazati pomen sodelovanja med različnimi poklicnimi skupinami.

22. Kako ocenjujete stanje na področju duševnega zdravja v Sloveniji? Kaj je na tem področju dobrega in kaj skrb vzbujajočega – potrebnega čimprejšnje intervencije?

Največji problem je ta čas neenaka možnost dostopa do psihiatrične strokovne pomoči – v Sloveniji imamo glede tega nedopustne razlike. Kolikor sem v stiku s samo stroko, se ta razvija podobno kot v tujini, tudi vprašanje skupnostne psihiatrije dobiva vedno bolj jasno podobo in uresničitev. Probleme vidim v pomanjkanju strokovnjakov, predvsem na področju obravnave demence, čakalne dobe so nedopustno dolge, možnosti za obravnavo na domu pa odločno preskromne.

23. Aktualni zakon o duševnem zdravju, ki ga ima veliko strokovnjakov za 'katastrofalnega', tudi vam vzbuja pomisleke in skrbi. Ga je treba revidirati? Bo zadostovala strokovna recenzija in dopolnitev ali bi ga bilo bolje sestaviti na novo (dotlej pa uporabljati starega)? Kako se v zdajšnjih zakonskih okvirih znajde psihiatrična stroka? Lahko učinkovito obvladuje razmere in rešuje problematiko na področju duševnega zdravja?

Kot problematično vidim tudi izvajanje Zakona o duševnem zdravju, o čemer sem se že večkrat oglasila tako v strokovni kot v splošni javnosti. Zakon bo treba revidirati v najkrajšem času oziroma se odločiti ali bo šel v spremembe ali ga bo treba napisati na novo. Pri Ministrstvu za zdravje že delajo analizo, rezultate pričakujem kmalu.

– Kaj pa medikalizacija duševnega zdravja?

Glede na meni dostopne podatke smo primerljivi z ostalimi evropskimi državami in tega ne vidim kot poseben problem.

24. Za Slovence je zdravje že dolgo najpomembnejša vrednota pa tudi ena ključnih ekonomskih in socialnih kategorij. Bi morali – upoštevajoč dejstvo, da perspektiva države temelji na zdravih, sposobnih in zadovoljnih prebivalcih – zdravje uvrstiti med državotvorne resorje?

Na to vprašanje pa ne znam odgovoriti, pa ne le zaradi tega, ker zveni »politično«. Bojim se, da prinaša tak pogled na zdravje nevarnost za vse tiste, ki ne bodo nikoli zdravi, sposobni in zadovoljni, a bodo kljub temu živeli med nami. Poudarjanje zdravja kot absolutno zaželene lastnosti lahko deluje izključevalno za vse, ki tega kriterija ne izpolnjujejo.

– Tokrat je vse skupaj mišljeno predvsem vključevalno, na osnovi sodelovanja, vzajemnosti in solidarnosti, kar v praksi pomeni, da zdravi spodbujajo bolne in nemočne, jim pomagajo (moralno, finančno) in (po potrebi) tudi skrbijo zanje.

25. Si zdravniki premalo prizadevamo, da bi zdravstvo končno prevzelo pomembno vlogo pri strokovnih pa tudi političnih in družbenih odločitvah?

Za oceno o tem bi morali povprašati zdravnike in politike ali še bolje, zdravnike-politike. Gre tudi za vprašanje o tem, koliki del časa in energije naj bi zdravniki posvetili svojemu strokovnemu delu in koliko politiki. Pomembno pa se mi zdi, da je minister za zdravje močna politična osebnost in da ima zares dobre sodelavce, ki pripravljajo predloge za strokovne in tudi politične odločitve.

– Zdravstvo se sicer ne more izogniti vplivu politike, a ključni ostajata strokovnost in človečnost.

Bojim se, da tisti zdravniki, ki na prvo mesto postavljamo človečnost in potrebo po iskreni komunikaciji s pacienti, izgubljamo veljavo in da so cele generacije študentov izgubile možnost za bolj poglobljeno izobraževanje na tem področju.

26. Za uspeh je na začetku ključen pogum, njemu ob bok stopata odločnost in potrpežljivost, šele nato pridejo na vrsto znanje, izkušnje in kompetence ter denar. Menite, da zdravnikom in zdravstvenim delavcem primanjkuje poguma in prodornosti, odločnosti in potrpežljivosti?

Moja splošna ocena bi bila, da zdravnikom omenjenih vrlin ne manjka. A dvomim, da so v posameznih okoljih vedno dobro sprejete in da z njimi dosežejo načrtovane spremembe. Tudi o tem bi bilo zanimivo opraviti anketo ...

– Katera lastnost/vrлина je po vaši presoji odločilna za uspešno in učinkovito delovanje varuha človekovih pravic? Kaj pa je ključno za dobrega zdravnika?

Za varuha je pomemben občutek za pravičnost in sposobnost za timsko delo z različnimi ljudmi, za zdravnika pa na prvo mesto postavljam sposobnost razumevanja človeka kot celostnega bitja.



Dr. Zdenka Čebašek Travnik, ombudsmanka pri delu v svoji pisarni (foto: Nina Mazi)

27. Katere so ključne naloge, ki slovensko zdravstvo čakajo v bližnji in daljni prihodnosti? Jih bomo sposobni in zmožni optimalno opraviti? Kako se lahko na nanje učinkovito pripravimo? Na katere pasti moramo biti posebej pozorni?

Kot ključne naloge vidim omogočiti dostopnost do zdravstvenih storitev vsem ljudem, ne glede na njihov ekonomskih položaj in povečati obseg preventivnih programov, v katere bi se moralo vključiti več ljudi. Vendar to niso naloge, ki bi jih lahko opravila medicina sama, temveč je nujno potrebno sodelovanje drugih strok. Moramo zagotoviti, da bo učenje ustrezne komunikacije dobilo enakovredno mesto med študijskimi vsebinami za poklice v zdravstvu. Če se to ne bo zgodilo v bližnji prihodnosti, bodo vsa druga vlaganja v to področje manj uspešna.

28. Je profitna naravnost za zdravstveni sektor koristna ali škodljiva? V kolikšni meri je potrebna, do kod je po vaši oceni še sprejemljiva in dopustna? Kakšno naj bi bilo v urejenem zdravstvu razmerje med poslom in socialo, med prostovoljnostjo in obveznostjo?

Mislim, da nisem prava oseba za odgovore na ta vprašanja, saj se s tem področjem nisem podrobneje ukvarjala. Vem le, da bi večje vključevanje prostovoljcev lahko bistveno izboljšalo

položaj pacientov, predvsem tistim, ki so kronično bolni ali gibalno ovirani.

29. Kakšen je vaš odnos do aktualne stavke javnega sektorja? Ste na to temo v Uradu že dobili kako pobudo, vprašanje, pritožbo? Kako je napetost med javnimi uslužbenci in vlado mogoče rešiti na prijazen način in zagotoviti 'win-win' zaključek pogajanj?

V zvezi s stavko javnega sektorja smo takoj v začetku stavke, 24.9.2010, dali javno izjavo, »Stališče in priporočila varuha ob stavki delavcev javnega sektorja«, ki je dostopna na spletu: Ob napovedani stavki delavcev javnega sektorja varuh človekovih pravic Republike Slovenije (varuh) opozarja, da organizacijo in izvajanje stavke še zmeraj ureja zakon bivše države iz leta 1991, ki bi ga morali nujno posodobiti.

V vseh področnih zakonih bi morali natančneje predpisati oziroma opredeliti storitve, ki morajo biti opravljene tudi v času stavke. Pravica do stavke namreč ne sme nesorazmerno posegati v pravice drugih ali celo onemogočati njihovega uveljavljanja. Stavkovni ukrepi morajo biti uperjeni zoper tistega, ki zaposlenim krši njihove pravice, ne pa neposredno prizadeti vseh ljudi, uporabnikov javnih služb in storitev.

Zato varuh poziva Vlado Republike Slovenije, da nemudoma nadaljuje pogajanja s sindikati in prepreči napovedano gospodarsko škodo ter kršitve človekovih pravic.

Organizatorje stavke pa varuh opozarja, da morajo javni uslužbenci tudi v času stavke opraviti vse naloge, ki lahko ogrozijo zdravje in varnost prebivalcev ali jim pomagajo pri ublažitvi socialnih stisk.

Varuh človekovih pravic Republike Slovenije bo v času stavke zagotovil tekoče opravljanje svojih nalog.

Osebnostno bi dodala še, da bi pogajalci bili nedvomno bolj uspešni, če bi imeli več znanja s področja komunikacije in mediacije oz. če bi k pogajanju povabili tudi strokovnjake s tega področja.

30. Einstein je poudarjal, da je iluzorno pričakovati, da bo enako razmišljanje, vedenje in ravnanje privedlo do drugačnih rezultatov. Katere spremembe so po vaši oceni v Sloveniji nujne za ureditev razmer v zdravstvu oz. za izboljšanje blagostanja/blaginje prebivalstva naše države? Je predpogoj za to sprememba mentalitete in družbene klime, h kateri bi verjetno odločilno pripomoglo tudi brez-kompromisno upoštevanje/spoštovanje človekovih pravic?

Strinjam se z Einsteinom (kako se le ne bi ... smeh). Za ureditev razmer v zdravstvu po moji oceni manjka dolgoročna strategija, ki bi se dejansko izvajala. Številni, sicer dobro zamišljeni projekti, so ostali na papirju, pa ne vedno zaradi pomanjkanja denarja, temveč tudi zaradi pomanjkanja konsenza med odločevalci. Jaz raje govorim o iskanju izgubljenih vrednot, s katerimi je odraščala naša generacija, predvsem mislim na medsebojno spoštovanje, solidarnost in dobronamernost.

31. Kaj boste počeli ob izteku svojega prvega mandata? Boste ponovno kandidirali za varuhinjo ali pa se nameravate vrniti k svojim kolegom in bolnikom ter nadaljevati svojo kariero v zdravstvu? Velik izziv vam kot strokovnjakinji gotovo predstavljajo alkoholna politika pa duševno zdravje, psihosocialni okvirji, družinska terapija ...

Tako kot nisem načrtovala »prehoda« na funkcijo varuhinje človekovih pravic, tudi nimam posebnih načrtov za obdobje po zaključku mandata. Vsaka sprememba bo zame nova priložnost in verjamem, da jo bom znala izkoristiti.

32. Še vedno ste v stiku s kolegi in sodelavci, ostajate zvesti psihiatriji, spremljate razvoj medicinske znanosti in razmišljate o svojih pacientih. Kaj je pri tovrstnih prizadevanjih za vas ključno:

občutek dolžnosti in obveznosti ali navdušenje in ambicije?

Res je, še vedno sem v stiku s psihiatrijo, spremljam novosti, sodelujem pri raziskovalnem in pedagoškem delu. Ključno pri tem je, da zdaj dosti bolj prepoznavam pomen ne-medicinskega znanja v psihiatriji, predvsem prava, filozofije, sociologije. Mislim, da bi nekaj znanja s teh področij morali imeti vsi zdravniki.

Kakšen je vaš odnos do poklicnega dela?

Delo jemljem kot izziv, rada se preskušam v novih situacijah in skupaj s sodelavci iščem najboljše rešitve. Sicer pa me veseli udejstvovanje tudi na področjih, ki niso neposredno povezana s poklicnim delom (bivanje v naravi, vrtnarjenje, branje, ...)

33. Kako preživljate dragocene proste trenutke, s kom in kje? Vam časa nenehno primanjkuje ali ga imate dovolj? Kaj bi počeli, če bi ga imeli več?

Proste trenutke preživljam v krogu družine. Občutek imam, da čas ne teče enakomerno, saj so obdobja, ko mi ga hudo primanjkuje, pa tudi takšna, ko se življenje nekako upočasni in si lahko malo oddahnem. Če bi imela več časa, bi ga porabila za klepet s prijateljicami (smeh).

34. Če bi se še enkrat odločali za študij, kaj bi izbrali? (Lahko celo dva študija hkrati – znanstveniki poudarjajo, da to sploh ni tako zapleteno, kot si mnogi predstavljajo, in da je predvsem stvar sistema in dobre organizacije.)

Verjetno bi se spet odločila za medicino, bi pa razmišljala tudi o pravu in antropologiji, a bolj kot o dopolnitvi študija medicine.

35. Želite za konec še kaj sporočiti bralcem revije Isis?

V času svoje zdravniške kariere sem večkrat skušala odpirati teme o tem, da se tudi zdravniki najdemo v stiskah in bi potrebovali pomoč od drugih. Žal so se tovrstne pobude vedno neke izgubile, stiske pa so ostale in se še povečale. Mislim, da bi zdravniki (in zobozdravniki) obeh spolov potrebovali miren kraj, kamor bi se lahko umaknili za nekaj dni, se tam posvetovali s strokovnjaki (psihiatri, psihologi, pravniki) in naredili načrt za naprej. Predvsem pa me skrbi, da se še nihče začel resno ukvarjati s tem, zakaj zdravnice umirajo tako mlade. Morda se bo enkrat v prihodnosti našlo sredstva tudi za to ...

Najlepša hvala za prijazen pogovor in veliko uspehov pri vašem zahtevnem poslanstvu!

Prva učitelja interne medicine in kirurgije na popolni Medicinski fakulteti v Ljubljani, Igor Tavčar in Božidar Lavrič

Zvonka Zupanič Slavec

Ponovno sta pred nami velika lika sodobne slovenske medicine iz časa po ustanovitvi popolne Medicinske fakultete (MF). Igor Tavčar in Božidar Lavrič sta zaznamovala sodobno znanstveno interno medicino in kirurgijo na Slovenskem. Izjemna človeka sta prihajala iz premožnih družin ljubljanskega pisatelja in politika Ivana Tavčarja oz. velikih posestnikov Lavričevih z gostilno na Notranjskem pri Blokah. Bila sta prava vrstnika, rojena skoraj na isti dan in tudi živila sta skoraj enako dolgo, dobrih 60 let. Inteligentna, poliglota in zvedava misleca sta se izšolala v svetu, med nemškimi, češkimi in francoskimi univerzami ter v manjšo ljubljansko bolnišnico prinesla svetovljanskega duha. Oba je na vodilna mesta postavila tudi politika z medvojnim sodelovanjem v partizanih, bila pa sta tudi v Titovi zdravniški ekipi. V obe največji kliniki – interno in kirurško – sta poleg strokovnega znanja prinesla nove ideje in subspecializacije, ki jih je sočasno razvijala svetovna medicina.

Spodbujala in podpirala sta sodelavce in naslednike ter jim v mednarodnem prostoru odpirala vrata, da so na klinikah hitreje razvijali subspecialistične stroke. V interni medicini so Tavčarju sledili profesorji endokrinologije Stanislav Mahkota, gerontolog Bojan Acceto, specialist nuklearne medicine Bojan Varl, revmatolog Bogomir Vargazon in drugi. Analogno so bili v kirurgiji z Lavričem oz. mu sledili kardiokirurg Miro Košak, plastični kirurg Mirko Derganc, urolog Slavka Rakovec, star., travmatolog Franc Žvanut, nevrokirurg Milan Žumer in drugi. Poleg praktičnega in teoretičnega znanja ter diagnostičnega mojstrstva sta portretiranca spisala tudi nekaj učbenikov za študente. Za znanstvene zasluge sta postala akademika in bila oba dekana MF ter Lavrič tudi rektor Univerze v Ljubljani. Veliki osebnosti sta bili značajsko različni: Tavčar zadržani gospod, Lavrič prodorni vodja, oba pa zahtevna eksaminatorja za študente medicine.

Igor Tavčar (1899–1965)

Tavčarjev rod izvira iz Visokega v Poljanski dolini. Domačijo, ki je pogorela, nadomešča čudoviti dvorec Tavčarjevina. Že Igorjev oče Ivan Tavčar se je preselil v Ljubljano in si uredil dom ob Ljubljani, Na Bregu 10, v meščanski hiši, ki je obeležena s spominsko ploščo. Oče se je izšolal za pravnika, a ga bolj poznamo kot pisatelja in politika. Zakoncema Ivanu in Franji, rojeni Košenina, se je kot četrti sin leta 1899 rodil Igor. Brezskrbno mladost je preživljal z drugimi otroki ob nabrežjih Ljubljane, med stavbami srednjeveške, renesančne in baročne Ljubljane, pod grajskim hribom, v krakovskem in trnovskem predmestju, polnem vrtov in njiv. Rad je imel barje in Krim z bogastvom tamkajšnje favne in flore. Doživljal pa je tudi meščansko ozračje svoje družine, v prelomnem obdobju slovenske zgodovine pa tudi domoljubni boj očeta ljubljanskega župana (1911–1921). Mama Franja je bila ena prvih ljubljanskih dam, ki je spodbujala umetnost, odkrivala literarne talente, med njimi financirala Josipa Murna med študijem na Dunaju. Na Igorjevem domu so se zbirali številni umetniki in slovenski kulturniki ter oblikovali njegovo osebnost in nazore.

Igorju Tavčarju je doživljajsko polno minevalo prvo šolsko obdobje v ljudski šoli na Grabnu. Zadnja leta na klasični gimnaziji so že prekrile sence 1. svetovne vojne in je maturiral že kot gojenec rezervne topniške oficirske šole Ebersdorf na Dunaju. Kot številnim drugim fantom tudi njemu ni bilo prizaneseno z vojnim vpoklicem – v letih 1917 in 1918 je moral na fronto



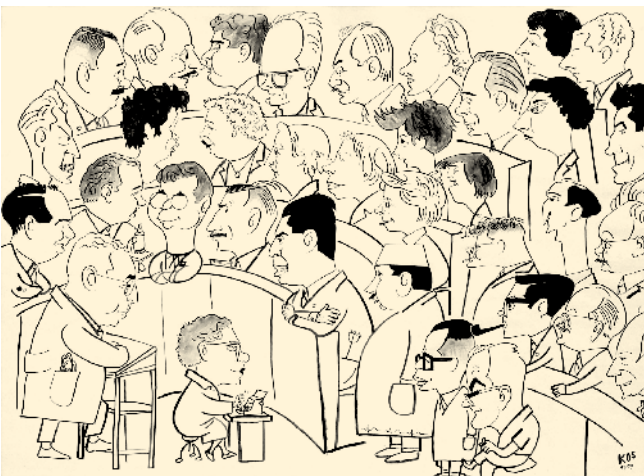
Portret akademika Igorja Tavčarja (1899–1965).



Tavčarjevina – domačija Tavčarjevih na Visokem v Poljanski dolini, kjer so živeli predniki Igorja Tavčarja, on in njegova družina pa so tam preživljali predvsem počitnice in so tam tudi pokopani.

v Galicijo in Ukrajino. Imel je srečo, da se je v razsulu takratne povojne Evrope leta 1919 iz Odese prek Romunije in Banata vrnil domov živ in zdrav. Kot 20-letnik je kljub krutim vojnim spoznanjem spodbudno razmišljal o življenjskih odločitvah. Čeprav mu je bila od doma blizu humanistika, je življenjsko poslanstvo videl v naravoslovju in zdravniškem poklicu, k čemer ga je spodbujal tudi gimnazijski zoolog prof. Verbič.

Narodna zavednost mu je narekovala, da podpre novonastalo slovensko univerzo in se je vpisal med prvo generacijo študentov na nepopolni MF v rodni Ljubljani (1919–1921). Nadaljnji rodoljubni, a hkrati svetovljanski koraki so ga vodili v slovansko Prago, na eno najstarejših evropskih vseučilišč iz leta 1348, Karlovo univerzo. Tam je študij nadaljeval in leta 1921 opravil prvi rigoroz. Poletno srečanje s pediatrom ljubljanskih korenin prof. Ernstom Morojem (1874–1951) in njegovo povabilo na



Zbor internistov leta 1959; predava jim prof. Igor Tavčar. Karikatura Boža Kosa je nastala ob Tavčarjevi 60-letnici.

najstarejšo nemško univerzo (ustanovljeno 1386) v Heidelberg je leta 1922 Igorja Tavčarja odpeljalo še na 3. medicinsko fakulteto v njegovem dodiplomskem študiju, kjer je leta 1924 študij tudi absolviral. V s tradicijo bogatem Heidelbergu se je srečeval s številnimi srbskimi in z bolgarskimi študenti, ki so tam imeli pravo kolonijo. Mladega inteligenta je v Heidelbergu opazil klinični patofiziolog prof. Ludolf Krehl (1861–1937), ki se ga je Igor Tavčar čvrsto oklenil. Prek njegove šole je spoznal pomen poznavanja patofiziologije človeškega telesa in vpletanje tega v procese diagnostike in zdravljenja. Prof. Krehl je diplomanta Tavčarja zaposlil in ga začel uvajati v klinično hematologijo, ki je tedaj doživljala razcvet v citološki diagnostiki in terapiji perniciozne anemije. Poslal ga je na polletno izpopolnjevanje v svetovno znani hematološki center, v švicarski Zürich, k takratnemu vodji prof. Ottu Naegeliju (1871–1938). Čeprav ga je prof. Krehl vabil, da ostane v Heidelbergu, je v Tavčarju prevladala želja, da se vrne domov.

Tavčarjev staž med letoma 1925 in 1926 je potekal v skromnih razmerah takratne ljubljanske bolnišnice, ki se je spopadala s hudo prostorsko utesjenostjo in pomanjkanjem strokovnega osebja. Specializacijo interne medicine je opravljal med letoma 1927 in 1928 na Dunaju, kjer je bila takrat klinična medicina v polnem razmahu in mu je dala veliko novega znanja. Takrat so hitro napredovale predvsem stroke, kot so: rentgenologija, endoskopska medicina in laboratorijsko delo. Specializacijo je formalno končal v Beogradu leta 1929. Specialistično znanje, ki ga je prinesel v Ljubljano, mu je dajalo krila in želel si ga je v polnosti izživeti in prenesti v slovenski zdravstveni prostor, predvsem na bolnike. A čas s svojimi političnimi in z družbenimi razmerami mu ni bil naklonjen. Bil je liberalno misleč, v desetletju v letih 1930–1940 pa je večinoma vladala konservativna politika. Že po kratkotrajnem delu na internem oddelku Splošne bolnišnice v Ljubljani (kot volonter in pozneje honorarni asistent) je zaradi nevdržnih in njemu nenaklonjenih razmer



Srečanje v dvorani Slovenske akademije znanosti in umetnosti. Akademik Tavčar sedi prvi z desne strani.

na oddelku – čeprav edini s širokim kliničnim profilom – moral zapustiti bolnišnico. Tavčar je poiskal samostojno pot, se zaposlil kot internist v ljubljanski železniški ambulanti in pozneje še v sanatoriju Šlajmerjev dom. Njegovo kakovostno delo je v železniško ambulanto kmalu pritegnilo toliko bolnikov, da je delo postalo neobvladljivo. Leta 1940 si je zato uredil zasebno prakso, kjer je lahko sam uravnaval število bolnikov, ohranil pa je delo v Šlajmerjevem domu (*Zdrav. vestn.* 1959 (28): 314).

Leta 1940 je ljubljanski MF pridobil poleg dotedanjih štirih še dva klinična semestra in z njima predmete patologijo, kirurgijo in interno medicino. Tavčar po odhodu iz ljubljanske bolnišnice za strokovno rast ni izgubil interesa, še naprej jo je z zanimanjem spremljal in se čutil poklicanega za vodjo novonastale Katedre za interno medicino. Prijavil se je na razpis, a so bili njegovi liberalni pogledi ponovno ovira, da tega mesta ni dobil; prevzel ga je dr. Karlo Lušicky (1892–1958). To je bilo Tavčarjevo drugo strokovno razočaranje.

Med 2. svetovno vojno se je Igor Tavčar kot domoljub uprl okupatorjem in leta 1943 podal v partizane. Kot pretanjeni mislec se je posvečal predvsem organizaciji zdravstvene službe in prirejal tečaje za partizanske zdravnike. Po očetu je podedoval tudi pisateljsko žilico in v slovensko-hrvaški partizanski bolnišnici v Žužemberku okrog sebe zbral nekaj partizanskih zdravnikov ter z njihovo pomočjo spisal prvi partizanski sanitetni učbenik. Prav tako je na osvobojenem ozemlju pripravljaval prispevke za Partizanski zdravniški vestnik. Postal je tudi upravnik Slovenske centralne vojno-partizanske bolnišnice (SCVPB) na Rogu in član Slovenskega narodnoosvobodilnega sveta (SNOS).

Takoj po vojni julija 1945 je dr. Igor Tavčar opravljaval posle ravnatelja ljubljanske splošne bolnišnice, po tem pa, ko so odvedli v zapor doc. Ivana Matka (1885–1945), kjer je tudi umrl, je prevzel vodenje internega oddelka ter bil ob ustanovitvi

popolne MF imenovan za rednega profesorja interne medicine in predstojnika novoustanovljene interne klinike, kjer je delal do upokojitve leta 1963. Profesor Tavčar je reševal pionirske probleme pouka interne medicine, urejal prostorske in kadrovske zadeve, se boril za prepotrebno študijsko opremo in se odločil za pisanje učbenikov. V zbirki *Osnove interne medicine* je v prvih povojnih letih objavil prve slovenske učbenike interne medicine za študente medicinske fakultete. Večinoma v



Enaka diagnoza kirurga Božidarja Lavriča in internista Igorja Tavčarja, ki si ob 60-letnici rojstva podajata roki. Karikatura Boža Kosa iz leta 1961.

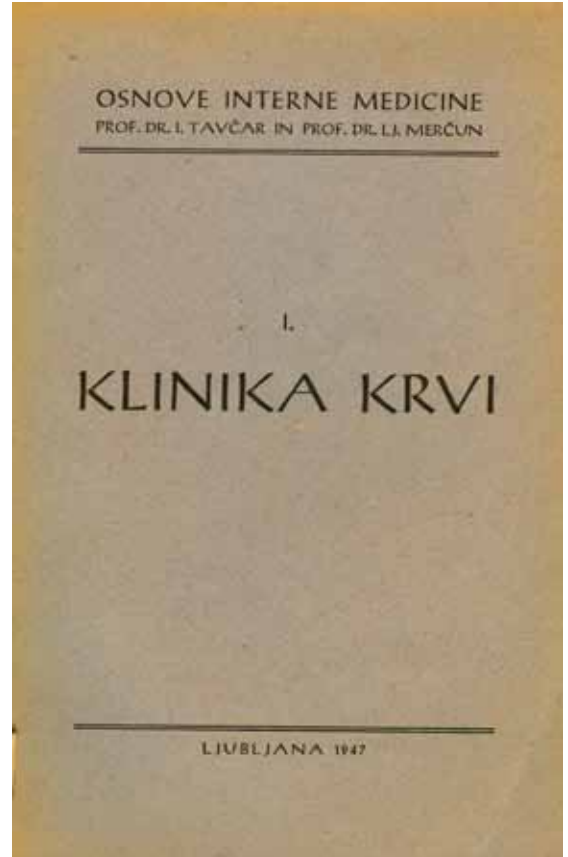


Medaljon Igorja Tavčarja (1899–1965).

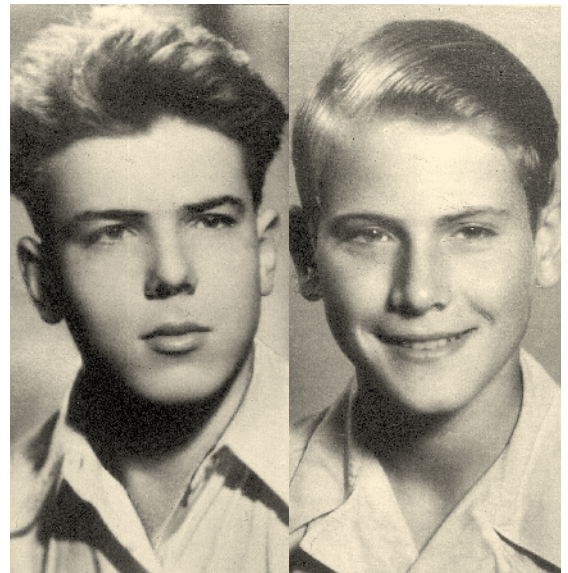
soavtorstvu z internistom prof. Ljudevitom Merčunom (1900–1954) in nekaterimi drugimi so nastala dela: *Klinika krvi*, *Klinika obtočil*, *Klinika ledvic in sečnih vodov* (vse 1947), *Klinika jeter*, *Klinika žolčnih vodov in trebušne slinavke* ter *Klinika sklepnih obolenj* (vse 1948). Pri tem sta se predvsem s prof. Merčunom dobro dopolnjevala, ker je bil prof. Tavčar predvsem teoretik, prof. Merčun pa njemu komplementarni praktik. Tudi kot predavatelja sta bila za študente na podoben način uspešen profesorski tandem. Prof. Tavčar se je teoretsko ukvarjal z mezenhimopatijami, ki so bile takratna novost. Študenti se spominjajo, da jim je velikokrat predaval o seroznih reakcijah in jim bil s svojimi teoretskimi razglabljanji precej tuj. Napisal je tudi veliko strokovnih in znanstvenih člankov o endokrinologiji, gastroenterologiji, hematologiji, kardiologiji, klinični patologiji in patogenezi, revmatologiji ter o splošni medicini. Udeležil se je številnih znanstvenih kongresov internistov doma in v tujini, tam referiral in kongrese tudi sam organiziral.

Leta 1949 je postal redni član Slovenske akademije znanosti in umetnosti in bil večkrat tudi predsednik njenega medicinskega razreda. Dlje časa je bil tudi poslanec. V letih 1951–1953 je bil rektor Medicinske visoke šole, ki se je odcepila od ljubljanske univerze. Bil je tudi »odbornik« za zgraditev nove stavbe kliničnega centra in leta 1963 predsednik Internistične sekcije Slovenskega zdravniškega društva.

Prof. Igor Tavčar velja za utemeljitelja slovenske znanstvene interne medicine; bil je prvi akademski učitelj interne medicine na popolni Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani. Kritično je presojal dela znamenitih zdravnikov (Rickett, Speransky ...) in svaril pred enostranskimi razlagami bolezenskih procesov. Leta 1948 je prejel Prešernovo nagrado za partizansko in družbeno udejstvovanje, leta 1946 red zaslug za narod III. stopnje, leta 1947 red bratstva in enotnosti II. stopnje, leta 1949 red dela II. stopnje in leta 1947 poljski partizanski križ (*Gorec S. Slovenski biografski leksikon*).



Naslovnica Tavčarjevega in Merčunovega učbenika interne medicine *Klinika krvi* iz leta 1947.



Tavčarjeva sinova, starejši Jorg in mlajši Ira, ki sta nesrečno umrla pri igri z orožjem septembra 1948 pri starosti 18 in 14 let.

Tavčar je bil osebnostno introvertiran, a v svojem bistvu dobroščen in izredno resnicoljuben, kar se je kazalo tudi pri njegovem delu. Vedno je znal prisluhniti bolnim in se tudi zavzeti za človeka, ki se mu je zgodila krivica. Ko je resno zbolel, je odstopil z vodilnega mesta in so njegovi nasledniki na katedri z lahkoto izbrali njegovega naslednika, široko razgledanega internista, prof. Stanislava Mahkota (1913–2010).

Zasebno življenje akad. Tavčarja ni bilo vedno srečno. Leta 1929 se je poročil z zdravnico pediatriinjo češkega rodu Ančo Konvalinka (1900–1976), ki se je leta 1926 zaposlila v ljubljanski Bolnici za dojenčke in Dečjem domu MLO (Mestnega ljudskega odbora) Ljubljana. Ukvarjala se je s socialno pediatrijo in veliko prispevala h gradnji dispanzerskega dela, patronažne službe, uvajanje rejništva ... Vse to je prispevalo z znatnemu padcu smrtnosti otrok, z 19 % leta 1918 na 5 % leta 1942. Prim. Konvalinka Tavčar si je tudi intenzivno prizadevala za novogradnjo Dečjega doma na Vrazovem trgu 2 (poznejše pediatrične klinike) in z njo do leta 1952 tudi uspela. Nekaj strokovnih napak na oddelku, ki ga je vodila, za katere pa ni bila kriva, a pravnoformalno odgovorna, je bilo vzrok za njeno takojšnjo upokojitev. Predstojnik pediatrične klinike je bil takrat prof. Marij Avčin. Tavčarjeva je pokončna prenesla politično diskvalifikacijo in golgotu krivičnih obsodb. Po tem sta z možem posvojila deklico.

Tudi sinova Ivan in Igor, doma imenovana Ira in Jorg, sta nesrečno končala 23. septembra 1948 pri starosti 14 in 18 let. Pri igranju z očetovo lovsko puško je starejši brat po nesreči ustrelil mlajšega brata, potem pa še sebe. Pokojni prof. nuklearne medicine v Ljubljani Bojan Varl je ob njuni smrti specializiral patologijo in fanta videl v obdukcijiški dvorani mi je pripovedoval o grozljivem dogodku. Igor Tavčar je pokojnima sinovoma za nagrobnik v rodbinski grobnici na Visokem v Poljanski dolini napisal naslednje žalostne stihe:

*kot podrasti gozda dvoje mladih debel
stremečih k solncu zraku in razgledu –
pa se je zmedlo nekaj v naravnem redu
česar sem se le pozno sam zavedel –*

*ni res da strela seka le v vrhove
v podrasti glej nje uničujoče delo
nesrečno to naključje vaju nam je vzelo
sam gledam na poljanske te bregove –*

*tu vajin bodi zadnji dom
kjer živi še mladostni so spomini
na lov in ribe – na izlete po dolini
bodili bomo skupaj – IRA-JORG*

Dogodek je globoko pretresel tudi družinskega prijatelja Alojza Gradnika, ki je za dečka sestavil *Nagrobni napis bratoma Igorju in Ivanu Tavčarju* (ki pa ni bil nikoli vklesan niti objavljen) in daljšo pesem z naslovom *Srečanje na Visokem*, ki jo je položil v usta pokojnemu staremu Tavčarju (*Miran Hladnik*). Začne se z obtožbo zle usode:

*Igor, Ivan – kaj sta res vidvá? / Tako kmalu sta prišla za nama? /
Kaj pa oče, kaj uboga mama? / O Usoda, kakor zver si zla!*

in konča z jezno pretnjo bogu:



V sredini pediatriinja češkega rodu Anča Konvalinka (1900–1976), žena Igorja Tavčarja. Bila je nosilka socialne pediatrije v otroški bolnici in dečjem domu v Ljubljani med letoma 1926 in 1952.

Bog – Usoda, res na vekomaj / širi sila tvoje se oblasti? / Vse, kar raste, mora zate pasti? / Kamen, jeklo – mora v prah nazaj?

Ah, nekoč ne bo več ruševin! / Vsemogočna roka bo človeka / in kot ob povodnji setvam reka, / sila bo njegova – tvoj pogin!

Ironija usode je, da Visoko ni prineslo sreče Tavčarjevim otrokom. Kot je rod prejšnjih lastnikov izumrl brez potomcev, tako je izumrl tudi Tavčarjev rod. Čeprav je imel Igor tri brate, za njimi ni bilo potomcev. Kmečki dvorec Visoko pa je danes v občinski lasti in zlepa ne more obdržati svojih najemnikov. V prelepem okolju sameva mogočni broneni kip Ivana Tavčarja, delo akademskega kiparja Jakoba Savinška iz leta 1957.

Med zdravništvom pa je prek vsakoletnih Tavčarjevih dnevoj, srečanj slovenskih zdravnikov splošne medicine, ki jih organizira Katedra za interno medicino MF v Ljubljani, ohranjeno Tavčarjevo ime. Tudi bronasti doprnsni kip akademika Igorja Tavčarja v razstavišču ljubljanskega kliničnega centra, delo akademskega kiparja Staneta Jarma iz leta 1975, spominja nanj kot utemeljitelja sodobne znanstvene interne medicine na Slovenskem.

Za intervjuje se zahvaljujem prim. Majdi Mazovec, prof. Jožetu Jerasu, prim. Dragici Vendramin in prim. Luki Pintarju.

Vse fotografije so iz fotoarhiva Inštituta za zgodovino medicine MF UL.

Božidar Lavrič (1899–1961)

Ob 100-letnici rojstva prof. Božidarja Lavriča novembra 1999 sva z anesteziologinjo prof. Darinko Soban (1921–2007), ki je s prof. Lavričem sodelovala od partizanskih let do povojnega dela na kirurški kliniki v Ljubljani in na Golniku, spisali jubilejno besedilo. K sodelovanju me je takrat povabila tudi akademikinja Lidija Andolšek Jeras (1929–2003) z Medicinskega razreda Slovenske akademije znanosti in umetnosti, ki je z osnovno šolo v Lavričevem rojstnem kraju organizirala jubilejno srečanje. Na njem so domačini proslavili stoletnico velikega sokrajana. V Cerknici je po Lavriču poimenovan zdravstveni dom, Inštitut za zgodovino medicine MF UL pa je pri Pošti Slovenije izdal priložnostno znamko. Tudi organizatorji vsakoletnih Kirurških dnevov so dali avtorici prispevka priložnost, da predstavi jubilitanta, senat MF pa je leta 1997 ustanovil Lavričevo priznanje za najboljše fakultetne učitelje in asistente. Tudi v avli ljubljanskega Univerzitetnega kliničnega centra se nahaja Lavričev doprski kip, odkrit ob odprtju nove stavbe UKC leta 1975. Zapisano kaže, da je lik profesorja Lavriča še vedno zelo živ, o njem pa je izšlo tudi veliko zapisov.

Redkim posameznikom sta bila njihov genij in čas, v katerem so ustvarjali, tako naklonjena kot enemu najbolj univerzalnih slovenskih kirurgov, Božidarju Lavriču. Ob izjemni strokovnosti je bil tudi sposoben organizator in velik humanist. Znal je stkati vezi zase in za sodelavce široko po svetu in je v slovenski povojni prostor hitro vnašal sodobno kirurško znanje.

Božidar Lavrič se je rodil v Novi vasi na Blokah 10. novembra 1899 v premožni kmečki družini z gostilno. Po končani osnovni in srednji šoli je študiral medicino v Zagrebu, Parizu in v Pragi, kjer je diplomiral leta 1924. Prva leta je služboval v Zagrebu pri hrvaškem pionirju sodobne kirurgije prof. Antunu Gottliebu (1880–1980), nato v Šibeniku, nakar je dobil mesto asistenta na kirurški kliniki ponovno v Zagrebu pri prof. Juliju Budisavljeviću (1882–1981). Leta 1933 je prevzel vodstvo kirurškega oddelka v mariborski bolnišnici, še istega leta v jeseni pa je privolil v željo primarija Mirka Černičiča (1884–1956) v zamenjavo za službeno mesto predstojnik 2. kirurškega oddelka v Ljubljani. Tukaj je po treh letih postal privatni docent za topografsko anatomijo. Na tedanji nepopolni medicinski fakulteti je poučeval tudi kirurško propedeutiko. Leta 1941 je bila iz 2. oddelka ustanovljena kirurška klinika.

Med 2. svetovno vojno je Božidar Lavrič nudil iz kirurške klinike veliko pomoči narodnoosvobodilnemu boju: zbiral je sanitetni material, poučeval principe vojne kirurgije in prvo pomoč v gverilskih razmerah ter na skrivaj zdravil ranjene partizane. Zaradi takih obtožb je bil dvakrat, leta 1942 in 1943, v italijanskem zaporu v belgijski kasarni v Ljubljani. Po drugi obsodbi je moral zapustiti Ljubljano; ponudili so mu delovno mesto po izbiri na kateri koli kliniki na italijanskem škorjuju, a je ponudbo zavrnil in bil zato konfiniran v neko vas v Apeninih. Prof. Sobanova je o tem obdobju zapisala: »V zapuščinem kraju province Pesaro, Macerata Feltria, je B. Lavrič s soprogo zobozdravnico Dušano Lavrič leta 1943



Portret kirurga Božidarja Lavriča v 60. letih.

dočakal kapitulacijo Italije. V tem kraju je bil že od prvih dni vojne interniran pravnik dr. Ferdo Majaron (1903–1996), pozneje dolgotrajni tajnik Odvetniške zbornice v Ljubljani. Bedo dolgih mesecev jim je lajšal študij tujih jezikov, posebno angleščine. Na begu pred nemško okupacijo Italije in med njo sta se interniranca, uglajena svetovljana in poliglota, spretno pomikala na jug in poleti 1944 prebila do zaveznikov v Bariju. V bližnji Andrii je B. Lavrič vodil kirurški oddelek zavezniške sanitete, poln ranjencev iz Slovenije. Od decembra 1944 je kot glavni kirurg jugoslovanske armade v Beogradu pripravil in nato vodil saniteto velike končne ofenzive od Šida prek Slavonije do Zagreba, Trsta in Ljubljane. 15. maja 1945, sedmi dan miru, se je demobiliziran vrnil k delu na kliniko, ki jo je šest let prej ustanovil.«

Ob ustanovitvi popolne MF je Lavrič postal njen prvi redni profesor kirurgije in do leta 1949 tudi njen dekan. Po odcepitvi Stomatološke fakultete kot samostojne enote je postal rektor nove skupne Medicinske visoke šole. Leta 1949 je bil izvoljen za rednega člana Slovenske akademije znanosti in umetnosti, pozneje je bil tudi podpredsednik te ustanove (1950–1961). Leta 1957 je bil rektor Univerze v Ljubljani.

Profesor Lavrič je v povojno Slovenijo vnesel številne spremembe v kirurgijo. Med prvimi v Jugoslaviji je odločno uvedel sodobno anestezijo kot *conditio sine qua non* za razvoj kirurgije, sodeloval pa je tudi pri ustanovitvi in organizaciji transfuzijskega zavoda,



Poseg na psu v kirurški predavalnici leta 1956/1957. Anesteziolog dr. Drago Hočevar, zadaj desno instrumentarka Marica Gorenc, na njeni levi instrumentarka Hedvika, ob operaterju prof. Lavriču sestra Livija Merlak.



Kirurg akademik Božidar Lavrič (1899–1961).

prepotrebne za kirurške posege. Obe novosti sta bili osnova za operacije v odprtem prsnem košu: na pljučih in srcu. Pri pljučni kirurgiji so se do takrat uporabljale le ekstrapleuralne operacije, kot npr. kirurške drenaže pri plevralnih empijih; pri kavernozni tuberkulozi pa pnevmolize, ki so jih opravljali fiziologi. Nato je uporaba endotrahealne anestezije omogočala obsežne operacije v širokoodprtem prsnem košu: pljučne resekcije zaradi tuberkuloze in raka, dekortikacije pljuč po zastaranih empijih, torakoplastike. Profesor Lavrič je opravljal te operacije s stalno ekipo poldrugi dan v tednu v takratnem Zveznem inštitutu za tuberkulozo na Golniku, kjer se je ob izvrstni diagnostično-laboratorijski ustanovi razvila izvirna kirurški enota za pljučne operacije. Z golniškim direktorjem prim. Tomažem Furlanom (1901–1961) sta na Golniku zasnovala kirurški pljučni oddelek za osrednjo Slovenijo. Drugo torakalno ekipo je prof. Lavrič usposobil iz vrst sodelavcev za podoben program v protituberkuloznem zdravilišču Topolšica (Vladimir Žakelj, Martin Benedik). Uvedba antibiotikov, v primeru

tuberkuloze streptomicina in drugih antituberkulotikov, predvsem pa penicilina, so tudi v kirurgijo prinesli znatne spremembe.

Na kliniki je profesor Lavrič razvijal tudi kirurgijo srca in ožilja. Operacije na odprtem srcu (prva 1958) je začel z uporabo aparature za zunajtelesno oksigenacijo in obtok krvi, ki je bila ob strokovnem vodstvu dr. Mira Košaka narejena v delavnici Avtoobnove v Ljubljani. Za ta izjemni dosežek sodobne kirurgije je prof. Lavrič s sodelavci leta 1959 prejel Kidričevo nagrado. S prof. Mirkom Dergancem (1914–1981) sta uvedla nov kirurški program v plastični kirurgiji. Z drugimi sodelavci je Lavrič razvijal nevrokirurgijo, travmatologijo in druge veje pa tudi zgodnjo pooperativno fizioterapijo. Profesor Lavrič je znal hitro oceniti, koga in kam je vredno poslati po novosti v napredne svetovne kirurške centre, kjer je s svojim strokovnim ugledom sodelavcem zagotovil dobro mentorstvo.

Profesor Lavrič je tudi bil – kar je večkrat sam poudarjal – eden zadnjih slovenskih univerzalnih kirurgov. Učence in mlajše



Prof. Božidarju Lavriču pri eksperimentalni operaciji na srcu leta 1957 asistirata kirurga Miro Košak in Pavel Jakovljevič.



1. kongres plastikov FLRJ leta 1957. Sprejem v Izvršnem svetu RS. Z leve: prof. Arneri (Zagreb), prof. Burian, prof. Skoog (Upsala), doc. M. Derganc, sir. H. D. Gillies (London), dr. Jakovljevič (Novi Sad), Dušana Lavrič, prof. Lavrič, prof. Čupar (ljubeznivo posodila Jasna in Dušan Müller).



Kip Božidarja Lavriča, delo akad. kiparja Marjana Keršiča, v avli Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani, odkrit ob slavnostnem odprtju zgradbe, 29. novembra 1975.



Ljubljanski kirurgi ob strokovnem srečanju leta 1954. Z desne stojijo: Slavko Rakovec, Božidar Lavrič, Lojze Kramarič, Vladimir Guzelj in Robert Blumauer.

sodelavce je zavestno usmerjal v subspecializacije in jim odpiral šolanje v vrhunskih evropskih centrih, kjer je nekoč sam nabiral obsežno razgledanost. Hkrati je bil pri delu intuitiven in je z lastno ustvarjalnostjo in znanjem prihajal do izvirnih rešitev. Ustvaril je zasnove po stroki razdeljenih oddelkov: za abdominalno (Vladimir Žakelj), nevrokirurško (Milan Žumer), plastično (Mirko Derganc), pljučno (Martin Benedik), urološko kirurgijo (Slavko Rakovec star.), kirurgijo srca in ožilja (Miro Košak) ter za travmatologijo (Franc Žvanut), skupaj s posebnim anesteziološkim oddelkom. Žal je prezgodnja Lavričeva smrt za dolgo odmaknila uresničenje tega načrta delitve, ki ga je pozneje izsilil čas.

Z bogatim delom, znanjem in s publiciranjem si je akademik Lavrič, ki je bil tudi poliglota uglašenega nastopa, pridobil v Evropi sloves odličnega kirurga in učitelja. Leta 1952, ko je za pljučnim rakom zbolel angleški kralj Jurij (oče kraljice Elizabete), so na dvor kot konsiliarnega zdravnika poklicali tudi profesorja Lavriča. Postal je častni član številnih kirurških društev: češkoslovaškega, bolgarskega, nemškega pa tudi Univerze v Nancyju. Bil je član Mednarodnega združenja kirurgov, dopisni član Jugoslovanske in Srbske akademije znanosti in umetnosti ter Francoske akademije za kirurgijo pa še Združenja kirurgov Velike Britanije in Irske ter Združenja kirurgov v Lyonu. Sodeloval je pri pisanju učbenika *Vojna kirurgija* in v uredniških odborih slovenskih in tujih strokovnih glasil. V domačih in tujih revijah je objavil okoli 80 strokovnih člankov. V osmih državah je dobil visoka odličja, med drugim francoski red častne legije 3. stopnje. Bil je nosilec partizanske spomenice 1941 in Titov osebni kirurg (*Musič, D. Ob jubileju našega velikega kirurga. Zdrav. vestn. 1959; 28: 381-2*).

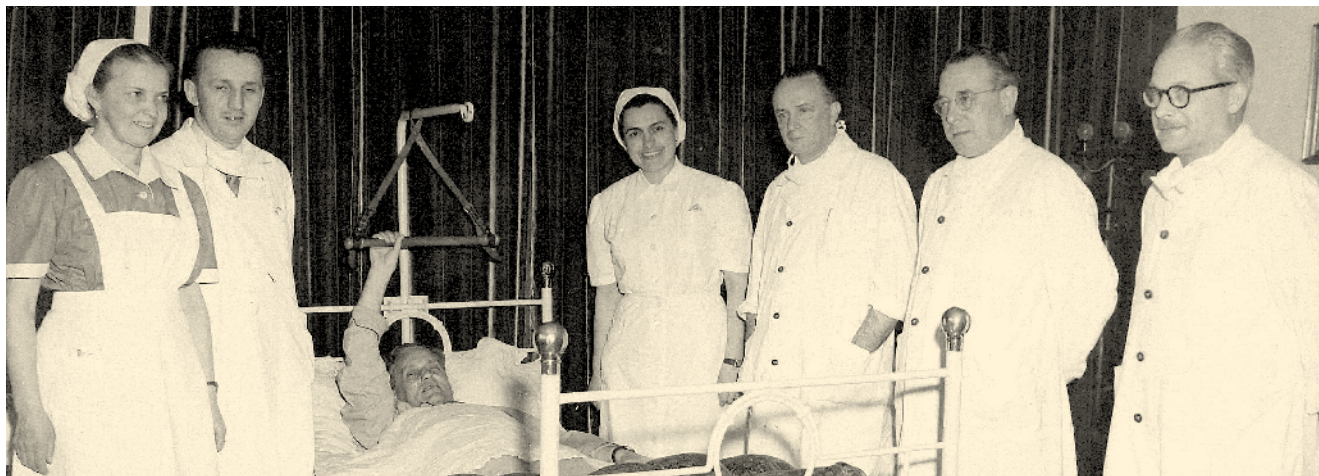
Profesor Lavrič je pripravil nešteto predavanj medicincem in zdravnikom doma, poročil na kongresih v tujini, več kot 40 člankov v domačem in tujem strokovnem slovstvu, prvi Zbornik kirurške klinike v Ljubljani in sodeloval pri velikem učbeniku *Vojna kirurgija*. Stresni delavniki, raztegnjeni daleč



Ob 100-letnici rojstva leta 1999 je Inštitut za zgodovino medicine pri Pošti Slovenije izdal znamko Božidarja Lavriča.



Častna straža kirurgov ob krsti Božidarja Lavriča v avli Univerze v Ljubljani 17. 11. 1961. Desno od spodaj navzgor: Žvanut, Rakovec, Blumauer, levo od spodaj navzgor: Derganc, Kramarič, Guzelj (ljubeznivo posodila Jasna in Dušan Müller).



Kirurška ekipa na Bledu v Vili Bled, kjer je bila opravljena operacija slepega črevesa takratnemu predsedniku Jugoslavije Josipu Brozu - Titu leta 1947. Anesteziral je Miro Košak pod najstrožjo kontrolo varnostne službe, ki je preverila vsako ampulo itn. Na sliki so ob Titovi postelji z desne Bogdan Breclj, Igor Tavčar, Božidar Lavrič, Jovanka Budisavljević, 1952 poročena Broz, NN (morebiti ruski kirurg Bakuljev?) in Livija Merlak.

čez fiziološko nujni čas počitka, so prehitro izčrpali njegovo življenjsko moč. Zadnja leta svojega življenja je bil bolan in je trpel zaradi hude ateroskleroze (zamašeni karotidi). Na ljubljansko kirurško kliniko ga je prišel januarja 1961 operirat znameniti angleški žilni kirurg Kenyon, a mu ni mogel pomagati. Umrl je v Ljubljani 15. novembra v starosti 62 let.

Zaradi izjemnega etičnega odnosa profesorja B. Lavriča pri zdravniškem delu in njegovih pedagoških sposobnosti – obisk ob bolnikovi postelji se je pogosto razširil v nepozaben pouk – se je Medicinska fakulteta na seji Senata 3. februarja 1997 odločila po njem imenovati najvišja priznanja učiteljem in asistentom na do- in podiplomskem študiju za uspešno pedagoško delo pa tudi za organizacijske, znanstvenoraziskovalne in strokovne dosežke, ki sodijo v okvir pedagoškega dela na MF.

Leta 1950 je profesor Lavrič skupaj z docentom Mirkom Der-gancem (1914–1981) uredil in izdal Zbornik kirurške klinike v Ljubljani ob njeni desetletnici, z abstrakti v angleškem jeziku. Po obsegu, obliki in po vsebini je ta knjiga popoln prototip poznejših Zbornikov predavanj podiplomskih tečajev iz kirurgije in jo lahko štejemo za kronološki uvod vanje. (*Zupanič Slavce, Z., Soban, D. Akademik profesor dr. Božidar Lavrič (1899–1961), znameniti slovenski kirurg – ob stoletnici rojstva. Zdrav. vestn. 1999; 68: 507–18.*)

Življenje prof. Lavriča je bilo mnogoplastno, a v največji meri posvečeno kirurškemu poslanstvu in bolnikom. Za zasebno življenje je ostajalo malo časa, čeprav je bil družaben in radoživ. Sodelavce je rad povabil v rodni kraj in jih gostil v družinski gostilni. Bil je tudi navdušeni lovec. Poročen je bil z zobozdravnico hrvaškega rodu Dušano Lavrič, s katero sta imela hčer. Lavričev osebni arhiv hrani Inštitut za zgodovino medicine in zapisano izhaja večinoma iz njega.

Velja omeniti še zanimivosti iz Lavričevega spremljanja Titovega zdravja. Kot član Titove zdravniške ekipe je z njim veliko

prepotoval in bil tudi zraven, ko so ga februarja 1947 operirali zaradi slepiča in mu pozneje odstranili žolčne kamne. Ker je bil Lavričev varovanec visoka politična osebnost, je bila še posebej leta 1947, ko so se že porajala trenja med Titom in Stalinom, operacija pod budnim nadzorom sovjetskih obveščevalcev in kirurgov. Operiral ga je ruski kirurg Bakuljev, Božidar Lavrič pa je asistiral.

Prof. Darinka Soban je o tokratnem portretirancu še zapisala: »Lavrič je odklanjal publiciteto. Čeprav se je zapiral pred mediji v delovne prostore klinike, je užival sloves ter spoštovanje doma in za mejami. Imeti ga za učitelja je bil privilegij. Kolikokrat je vizita ob bolnikovi postelji postala nepozabna učna ura stroke in etike! Bolnike je rad poslušal, jih podrobno spraševal o boleznih in natančno pregledoval. Zbujal jim je zaupanje in upanje. Loteval se je najbolj potrebnih in tveganih operacij. Tudi zato, da bi bolnike obvaroval pred mogočo travmo od zunaj, je odločno obdajal intimnost njihovih boleznih in zdravljenja z »zidom« humanizma in molčečnosti. Za tem »zidom« je brez prisile ostajala z Božidarjem Lavričem tudi velika večina njegovih sodelavcev.«

Vse zapisano govori o mojstrstvu akademika Božidarja Lavriča, ki je prvi pri nas začel multidisciplinarno sočasno kirurško obravnavo bolnikov, posebej pri politravmi, kjer so pogosto sodelovali specialisti ORL, čeljustne kirurgije in drugi. Slovenska medicina, predvsem pa slovenski kirurgi, so lahko upravičeno ponosni nanj. Ali ne bi kazalo razmisliti, da bi – ob obstoječih Tavčarjevih, Derčevih, Bedjaničevih, Čelešnikovih, Pintarjevih, Ješetovih, Kanonijevih in drugih dnevih, kjer se srečujejo slovenski zdravniki specialisti in skrbijo za strokovni razvoj – tudi kirurgi preimenovali svoje kirurške dneve v Lavričeve dneve?

Za intervju se zahvaljujem doc. Dušanu Müllerju in prim. Jasni Müller.

Večina fotografij je iz fotoarhiva Inštituta za zgodovino medicine MF UL.

Medicinske zanimivosti s Korzike

Tomaž Rott

V tem prispevku ne nameravam podati klasičnega turističnega opisa potovanja po Korziki, ampak sem izbral nekaj zanimivosti, ki so nedvomno zanimive tudi za medicinece.

Dama iz Bonifacija

Zgodovina Korzike se začne vsaj pred 9.000 leti, ko so prišli ali zašli prvi prebivalci iz zdajšnje Toskane. Predvsem na južnem delu otoka to dokazujejo številna najdbišča iz prazgodovinskih obdobj, kjer so se razvile za Korziko značilne megalitske kulture.

O korziški prazgodovini govori tudi najdba okostja 30–35 let stare in 154 cm visoke gospe med apnenčastimi sloji na jugu Korzike (večji del otoka sicer sestavlja granit), ki so jo pokopali enkrat med letoma 7923–7105 pred današnjim časom oz. po zadnjih ocenah leta 6570 (+/- 150 let) pr. Kr. v kraju Araguina - Sennola. Predstavlja najstarejši ostanek otoške preteklosti. Danes jo poznamo kot damo iz Bonifacija. Desetkratno izkopavanje v kraju Araguina - Sennola v letih 1966–1975 je dokazalo, da je bil kraj naseljen od mezolitika do srednjega veka, kar lahko stratigrafsko sledimo v 53 zemeljskih slojih, ki predstavljajo 18 arheoloških obdobj. In v najglobljem 6-metrskem sloju so odkrili omenjeno okostje.

Pokojnico so pokopali v že izdolbeno ali umetno izkopano podolgovato jamo. Na hrbtu ležeče truplo z glavo, obrnjeno na desno stran in zaprtimi usti, so premazali s temnim rdečerrjavim mineralnim prahom, obdali s kamenjem in prekrili s peskom. Ob okostju niso našli nobenih grobnih dodatkov.

Izredno dobro ohranjeno okostje slabotne ženske je kazalo na to, da brez pomoči življenjskih sopotnikov ne bi mogla preživeti. Okostje kaže motnje rasti z znaki rahitisa, posledice več poškodb (teh verjetno ne moremo pripisati mogočemu moškemu nasilju v skupnosti, kar je danes pogosto priljubljena

tema za razprave), ki so med drugim pripeljale do ohromitve leve roke in okvare komolca, prisotne so tudi določene prirojene anomalije z okvaro pete, kar ji je močno oviralo hojo. Prisotna zobna gniloba je povzročila osteitis na mandibuli in z razvojem septikemije verjetno povzročila smrt.

Omenjeno okostje je eden najzanimivejših eksponatov muzeja pokrajine Alta Rocca v kraju Levie. Kopija neprimerno slabše prikazanega okostja znamenite dame je razstavljena tudi v obrambnem stolpu citadele mesteca Bonifacio, ki stoji deloma nad previsnimi apnenčastimi sloji.

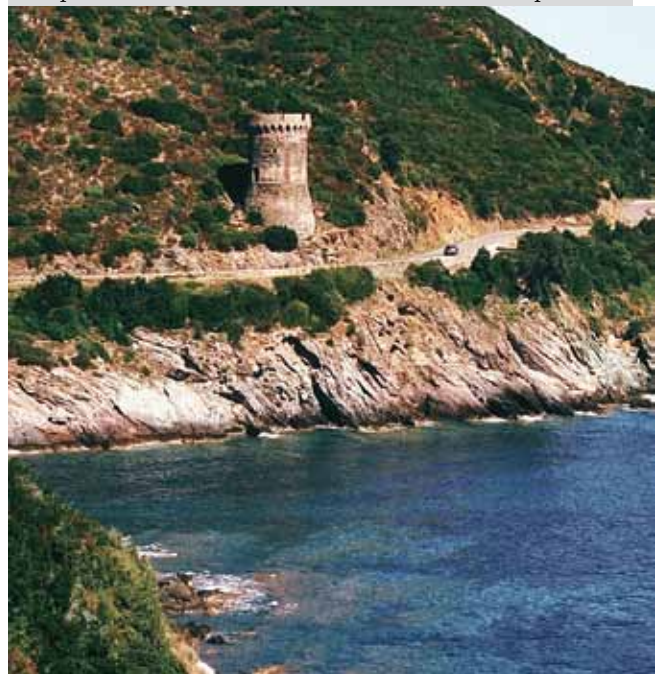
V muzeju kraja Levie je tudi okostje ženske iz rimskega obdobja. Zanimivo je, da naj bi imela gospa iz Bonifacija precej večje možgane kot rimska staroselka.

Gospa je gotovo morala biti čudodelka (ne upam si izreči besede čarovnica, da ne bi bile užaljene in prizadete predstavnice nežnega spola). In zakaj? V muzeju sem vprašal, ali je dovoljeno fotografirati, kar so mi brez težav dovolili. Okostje sem poslikal od blizu in od daleč, v celoti in detajlih. In glej ga, zlomka, ko sem hotel pripraviti slike za ta prispevek, posnetkov preprosto ni bilo. Ohranili so se posnetki do prihoda v muzej in se znova pojavili nekoliko pozneje, po odhodu iz muzeja. Kako naj si drugače razložim to izgubo slik kot z mogočo čudodelno delujočo sramežljivostjo stare gospe, ki ni pustila fotografirati svojih sicer nič spetakljivih ostankov? In res mi je žal za posnetke

Bonifacio, mestece nad apnenčastimi previsi.



Stolp Tour de l'Osse blizu mesta Pietracorbara (Cap Corse)



iz muzeja, predvsem okostja omenjene dame, o zgodovini prastarih prebivalcev Korzov in arheoloških ostankov iz bližnjih približno 4000 let starih megalitskih kultur v krajih Cucuruzzu in Capula, ne pa toliko npr. posnetkov okostja prakrave.

Cap Corse je polotok na severnem delu Korzike, ki ga najbolje ponazarja kazalec ob stisnjeni k obrazu obrnjeni pesti desne roke. Sredinec ne bi bil ustrezen, ne samo zato, ker ni spodobna primerjava, ampak se polotok dejansko nadaljuje od Bastie navzgor proti severu po skrajnem vzhodnem delu Korzike. V kraju Pietracorbara so leta 1990 tudi odkrili okostje, ki izvira iz obdobja približno 6000 let pr. Kr., kar je še en dokaz starih kultur na Korziki. Ob bližnji obali je eden od 67 še ohranjenih pretežno okroglastih ali kvadratastih obrambno opazovalnih stolpov, podobnih tudi šahovskim »trdnjavam«, z značilnimi zaradi strelnih lin nazobčanimi venci. Ob nevarnosti prihajajočih piratov so na vrhni terasi zakurili opozorilni kres. Ti stolpi, ki so nastali po letu 1530, v času genovske vladavine (med 13. in 18. stoletjem, po dveh stoletjih povezanosti s Pizo), imajo različna imena, večinoma po krajih. Nomen est omen: stolp v bližini Pietracorbare verjetno ni dobil imena šele po odkritju starega okostja nedavnega leta 1990. In vendar se imenuje namreč Tour de l'Osse, kostni stolp.

Megalitske kulture – antropomorfni menhiri

Megalitske kulture so se na sredozemskih otokih Sardiniji, Malti, Majorci in Minorci razvijale med letoma 6000 in 2000 pr. Kr., na Korziki pa predvsem v južnem delu v letih 3500–1000 pr. Kr. in so prešle tri obdobja. Njihovi spomeniki so častili pokojne. Med njimi so določene razlike, saj niso vse

Filitosa nad zalivom Valinco. Sveti prostor z antropomorfni menhiri.



Vescovato, po umiku pred Vandali in malarijo nekaj stoletij škofjski sedež.

vzcvetele v istem obdobju in tudi niso bile med seboj povezane. Že v sorazmerno bližnjih krajih, kjer so odkrili kulture z značilnimi stoječimi podolgovatimi kamni, menhiri, se ti razlikujejo. Ponekod gre samo za v vrstah urejene menhire brez kakšnih zunanjih značilnosti. Ponekod pa imamo opraviti s t. i. antropomorfni menhiri: na eni strani posameznih menhirov lahko opazujemo zelo stilizirano nakazan obraz s prikazom oči in ust, med napadi na otok je bilo na prsih prikazano tudi orožje. Na drugi strani antropomorfni menhirov pa lahko vidimo anatomsko prepričljivo prikazan moški spolni organ v erekciji, ki mu tudi današnji anatomi ne bi mogli kaj očitati (Verjetno pa ta erekcija ni pomagala pri dviganju velikih kamnov). Urška mi je na moj komentar, da so nekateri menhiri prepričljivo podobni moškim spolnim udom, karajoče očitala, da mi blodijo samo neumnosti po glavi. Vendar mi je po prebiranju komentarjev ob najdbiščih morala priznati, da me moje morfološko naravnane oči le niso prevarale.

Poudarjanje rodovitnosti in spolnosti najdemo v različnih starih kulturah, od paleolitika naprej, tj. kot bogato obdarovana ženska telesa v obliki pretirano obilnih Vener ali s poudarjanjem moških spolnih organov, saj sta bila spolna moč moških in rodovitnost žensk pomembni za preživetje majhnih kulturnih populacij.

Malarija

Korzika je najbolj gorat otok v Sredozemlju s povprečno višino 600 m in s kar dvajsetimi hribi, ki segajo prek 2000 m visoko nad morje. Najvišji vrh, M. Cinto, dosega kar 2710 m. Kljub temu je na vzhodni obali nekaj ravninskega dela, kjer je tudi močvirski svet, pojavljajo se lagune. Dovolj vode za življenje komarjev, ki so širili malarijo. Na deloma močvirnati vzhodni obali Korzike so v sredini 6. stoletja pr. Kr. Grki ustanovili oporišče z imenom Alalia, ki je omogočilo trgovanje z lesom, s svincem in z bakrom z otoka. Rimljani so kraj preimenovali v kraj z imenom Aléria, ki je postala glavno mesto Korzike v času rimskih cesarjev Avgusta, Hadrijana in Diokleciana. Arheološke raziskave so dokazale tudi močne vplive Feničanov in tukaj naseljenih Etruščanov. Nekoliko višje nad Alerio se je razvijalo



Sartene, mesto živih in pokojnih – z lepim razgledom.

drugo pomembno rimsko mesto, Mariana, po rimskem generalu Mariusu, ki je 100 let pr. Kr. ustanovil mesto. V 5. stoletju so napadi Vandalov in pogostejši pojav malarije prisilili prebivalce, da so obe mesti zapustili. V hriboviti pokrajini Castagniccia (kjer je tudi doma veliko kostanja) se je med drugimi zaselki razvilo mesto Belfiorito, kamor so se deloma preselili prebivalci iz ogroženih nižinskih mest. Mesto se je preimenovalo v kraj Vescovato, ker je po preselitvi škofije iz La Canonice blizu kraja Mariana postalo sedež škofije v letih 1269–1570. Šele v 16. stoletju se je škofjski sedež preselil v Bastio.

Sprašujem se, ali je bil l. 1872 namen ustanovitelja hiše Mattei, Louisa-Napoléona Matteia tudi preprečevanje malarije, saj je svojim alkoholnim pijaçam dodajal kinin.

Pokopališča, mavzoleji in mesteca posmrtnega prebivanja

Zaradi vremenskih razmer in večinoma granitnega terena trupel ne pokopljejo v zemljo, ampak jih naložijo na police hišk, ki sestavljajo kar miniaturna mesteca v bližini večjih krajev. Te hiške dejansko predstavljajo posmrtno domovanje, kjer verjetno zaradi vetra, suhega in vročega zraka pride do mumifikacije trupel. Posmrtno domovanje do neke mere predstavlja tudi statusni simbol Korzičanov. Veliko jih je odhajalo v tujino, da so si poleg izboljšanja ekonomskega stanja prislužili dovolj denarja za gradnjo posmrtnih prebivališč, skromnejših hišk ali bogatejših mavzolejev. Zanimivo je, da živi na Korziki približno 260.000 prebivalcev, med njimi skoraj 10 % doseljencev iz severne Afrike. V diaspori pa večinoma zaradi ekonomskih razlogov najdemo kar 800.000 Korzičanov.

Azbest

Na prvi videz zelo atraktivne plaže na območju med krajema Marina d'Albo in Nonza, ki se raztezajo v dolžini 1.400 m, imajo privlačen črno-sivo-modrikasto obarvan pesek, kar pa ni posledica mogočeg a vulkanskega delovanja, ampak odlaganja neuporabne rudnine iz bližnjega kamnoloma v morje ter odvrženih neugotovljenih količin azbestne rude z onesnaženjem



Sivomodrikaste plaže med Albo in Nonzo, posledica onesnaženja z azbestom

morja in plaž po prenehanju rudarjenja.

Zadrževanje in kopanje na teh plažah ni dovoljeno, na kar menda opozarja tabla z obledelim napisom v francoščini. Vendar veliko turistov prepovedi ne upošteva ali pa zanjo sploh ne vedo. Pesek na plaži poleg odvrženih azbestnih rudnin še vedno vsebuje nadpovprečne vrednosti kroma in niklja.

Povpraševanje po azbestu se je namreč zdela tudi Korzičanom dobra priložnost za zaslužek. Tako so na zahodni obali polotoka Cap Corse v obdobju 1932–1966 predvsem v zadnjih letih vsako leto nakopali približno milijon ton rude z azbestnimi vlakni. Žal, ali pa še bolje, na srečo, so se v šestdesetih letih prejšnjega stoletja pojavili Kanadčani z nizko ceno azbestnih rudnin. Korzika ni bila več konkurenčna, zato so rudarjenje in predelavo azbestnih rudnin leta 1966 opustili. Ob tem so zmetali v morje neugotovljeno, vendar veliko količino neprodanih azbestnih rudnin, povzročili ekološko katastrofo z vplivom na morski živalski svet in močno onesnažili sicer zelo lepe in slikovite plaže med omenjenima krajema. Poleg tega je prenehanje proizvodnje pustilo »rane« na razkopanem hribovitem terenu in za okolico moteči propadajoči industrijski objekti. Dodatno so se tudi začeli pojavljati zdravstveni problemi pri delavcih, ki so nezaščiteni pridobivali azbest. Nihče ne ve, koliko jih je zaradi azbesta umrlo ali zbolelo. Povezavo med azbestom, azbestozo in pljučnim rakom so namreč začeli dokazovati šele na začetku 60. let preteklega stoletja. Še pomembneje pa je, da so lahko tudi kratke ekspozicije azbestnim prašinam, kot ga lahko »nudi« nedovoljeno kopanje na teh plažah, lahko vzrok za nastanek mezoteliomov tudi več desetletij po stiku z azbestom.

Prehrana

Na Korziki si je mogoče privoščiti dovolj zdravo in kakovostno hrano z nekaterimi posebnostmi. Čeprav je mogoče dobiti dobrote, ki jih nudi domače morje, dagnje, škampe, jastoge in različne vrste rib, kamor pa gotovo ne sodi losos, ki ga večkrat ponujajo v jedilnikih. Morje okrog Korzike ni zelo bogato z ribami, saj je malo planktona, manj pa je tudi slano kot npr. Jadransko morje (je pa po drugi strani izredno čisto, prosojno,

ZANIMIVO

intenzivne modre barve, pravi užitek za kopalce in potapljače). V jedilnikih priporočajo njihovo »celinsko« ponudbo. Lahko si je privoščiti odlične narezke salam, pršuta, ki imajo verjetno manj nezdravih aditivov, ampak je večji poudarek na dobrem sušenju. So okusni, večinoma manj slani. Postrežejo jih bogatene z ovčjimi in s kozjimi siri, z olivami in z raznovrstno zelenjavo. Svinjsko meso je gotovo bolj zdravo, saj se veliko prašičev preprosto pase ob cestah in po cestah, predvsem tam, kjer je veliko kostanja. Ob prometnih znakih, ki opozarjajo na srnjad, je treba paziti predvsem na črede prašičev. Pogosto ponujajo meso divjih prašičev, ki pa jih vseeno verjetno ni toliko, kot je ponudbe. Mogoče namesto pravega divjega prašiča kdaj dobiš meso omenjenih potepuških »nomadskih« prašičev, ki se veliko več gibljejo in bolj naravno prehranjujejo.

Kostanj, da, kostanj. Lahko bi mu rekli – glede na količine in pomen v prehrani – korziško žito. Toliko kostanja še nisem videl. Čeprav so nekateri kostanji stari tudi več sto let in štrlijo iz njih gole suhe veje, pa so v preostalih živih delih ježica pri ježici. In ni čudno, da iz kostanja pripravljajo različne jedi. Iz moke lahko skuhamo polento, spečemo kruh v obliki simpatičnih kostanjevih ježic. Uživaš lahko v dobrem kostanjevem pireju, kostanjevih pitah, tortah, piškotih in vse skupaj zaliješ s pivom, ki mu med zorenjem dodajajo kostanj. Je odlično, s 6 % alkohola nekoliko močnejše od običajnih piv. Več vinorodnih okolišev zagotavlja kakovostna vina. Raznovrstno sadje in podrast makije so osnova za odlične marmelade. Ne manjka medu. Žal so se nekatera področja zaradi različnih razlogov spremenila v opustelo pokrajino; to velja še posebej za »puščavsko« področje Desert des Agriates, kjer pa že iz imena lahko sklepamo, da so nekdanj predstavljal bogato kmetijsko zemljišče.

Šport in rekreacija

Poleg vodnih dejavnosti, kopanja, potapljanja, jadriranja, vožnje z vodnimi skuterji, surfanja itn. je na Korziki veliko priložnosti za kolesarjenje, zaradi razgibanega terena včasih zelo zahtevnega. Pri kopanju je treba vedeti, da so izjemno redke sicer številne čudovite plaže, kjer si pod drevesi lahko najdeš senco. Zato pa toliko bolj pride prav večji dežnik. Mogoče so različne stopnje hribolazništva – od navadnih sprehodov prek planinarjenja na vršace do zahtevnejših alpinističnih podvigov. Čiste vode, čist zrak, skoraj ni polucije zraka, niti svetlobne polucije. Res, po dolgem času sem znova lahko videl bogato zvezdno nebo in rimsko cesto v vsem njenem sijaju.

Alternativna medicina

Na Korziki poleg tradicionalne medicine, vključno s talasoterapijo, ponujajo tudi nekatere oblike alternativne medicine z oglaševanjem na tablah ob glavnih prometnicah. Žal si tudi nisem uspel ogledati stavbe, ki ima na eni strani napis Pharmacie, na drugi pa Parapharmacie. Mogoče bi kaj podobnega morali uvesti pri nas, saj so marsikje v prodaji preparati dvomljive vrednosti.

In končno, nehote se ponuja primerjava, kam na psihofizično

relaksacijo in regeneracijo – ali na dalmatinske otoke ali na Korziko. Čas potovanja je skoraj enak, vse drugo pa je za objektivno oceno najbolje presoditi sam. Naju je Korzika s svojo heterogenostjo navdušila.



Kruhki, na desni kruh z bodicami, je iz kostanjeve moke.



Za zdravje v prometu skrbijo simpatične policistke.

Zdravnik in pisatelj Mihail Afanasjevič Bulgakov

Dušan Sket

M. A. Bulgakov (1891–1940) sodi med največje ruske pisatelje 20. stoletja. Poznamo ga po romanih (Bela garda, Mojster in Margareta ...), krajši prozi (Pasje srce, Usodna jajca ...) in po dramah (Škrlatni otok, Zarota svetohlincev - Molière, Don Kihot, Vrtoglavci ...). Pri branju njegovih del pa radi pozabimo, da je bil po izobrazbi zdravnik.

Leta 1916 je diplomiral na Medicinski fakulteti Univerze v (rodnem) Kijevu. Kot zdravnik začetnik je delal v letih 1916–1917 v Smolenski guberniji, večji del tega časa je prebil v bolnišnici Rdečega križa v kraju Nikolsko, kamor je bil poslan kot rezervist teritorialne obrambe. Zbirka kratkih zgodb Zapiski mladega zdravnika z močno avtobiografsko noto opisuje njegovo življenje in delo v tem času. V letih 1918–1919 je bil kot vojaški zdravnik mobiliziran v Belo gardo in potegnen v vrtnec državljanske vojne najprej v Kijevu in nato na Kavkazu (glejte Doktorjeve nenavadne dogodivščine, Nova revija 1999; 18: 49–57). Po letu 1920 se je z ženo Tatjano, s katero se je poročil že leta 1913 in ki ga ni spremljala v Nikolsko, preselil v Moskvo in se posvetil pisateljevanju ter gledališki umetnosti. Od Tatjane se je ločil leta 1924, pozneje pa se je še dvakrat poročil. O motivu zdravnika v ustvarjanju Bulgakova je pri nas pisal Miha Javornik v eseju Motiv zdravnika v ustvarjanju M. A. Bulgakova kot simptom preloma v kontinuiteti kulture (Sodobnost 1995; 43: 310–315).

Zdravniške zgodbe je Bulgakov začel pisati leta 1919, izšle so v letih 1925–1926 kot posamezni prispevki v dveh literarnih revijah (Rdeča panorama, Medicinski delavec). Te zgodbe so posthumno združili v zbirko z naslovom Zapiski junogo vrača – Zapiski mladega zdravnika. Naslov zbirke so izbrali uredniki. Svoje pisanje opiram na francoski prevod iz leta 1995, ker Zapiski mladega zdravnika še niso prevedeni v slovenski jezik.

Dogodki, ki jih opisuje v zdravniških zgodbah, so se zgodili v letih 1916 in 1917, med službovanjem v Nikolskem. Ko se mu je iztekla obveznost, ki ga je vezala na to delovno mesto, je imel opravljenih 15.631 pregledov in precej operacij. Moje zanimanje ni bilo usmerjeno v literarno-estetsko stran zgodb, ampak v razmere, v katerih je mladi zdravnik delal, v boleznih prebivalstva in načine zdravljenja.

V Zapiskih mladega zdravnika nastopa Bulgakov v prvi osebi kot komaj diplomirani zdravnik, ki nastopi svojo prvo službo septembra 1917 v bolnišnici v vasi Murjevo, 40 vrst (vrsta = 1,0668 km) oddaljeni od glavnega okrajnega mesta Gračovka. V Gračovki (ali Gorjelovem – po zgodbi Morfin) imajo železniško postajo, kjer se ustavlja hitri vlak iz Moskve, elektriko, kinematograf, trgovine in bolnišnico s petimi zdravniki (oddelki za kirurgijo, porodništvo, infekcijske bolezni, otroške bolezni in za druge bolezni). Iz Gračovke v Murjevo potuje mladi zdravnik s konjsko vprego, potovanje traja 24 ur (vključno s prenočevanjem v neki vasi). Ko prispe v Murjevo,

se najprej seznanj z bolniškim osebjem. To so felčer (precej samostojen medicinski tehnik v carski Rusiji; *nem.* Feldscher), dve babici, hišnik (vratar) in hišnikova žena, ki bo gospodinjala tudi njemu, edinemu zdravniku. Mladi zdravnik si ogleda majhno bolnišnico, ki ima nekaj sob za bolnike (kapaciteta okoli 40 postelj), ambulanto, operacijsko sobo in lekarno. Lekarno vodi ena izmed babic. Na podeželju ni elektrike. Zdravnikovo zasebno življenje poteka v kabinetu s pisalno mizo, knjižno omaro, slamarico in z drugo potrebno opremo. Prve dneve preživlja novopripeli zdravnik v strahu pred mogočimi porodnimi zapleti in kirurškimi operacijami (npr. kaj bi storil, če bi prišel bolnik z ukleščeno kilo). Srečna okoliščina je bila, da je njegov predhodnik zapustil odlični kirurški instrumentarij, dobro založeno lekarno in knjižno omaro z okoli tridesetimi strokovnimi knjigami v ruskem in nemškem jeziku.

Prva zgodba Prtiček z uvezenim petelinom opisuje nezgodo mladega dekleta, ki ji je terilnica za lan poškodovala nogi (leva noga je bila od kolena navzdol zmečkana, na desni pa je bil odprt zlom golenice). Mladi zdravnik operira ponoči, ob svetlobi inkandescenčne petrolejske svetilke (inkandescenca je belo razžarjenje z magnezijem impregnirane mrežice okrog plamena). V pripravi na operacijo si umiva roke z milom in s ščetko, nato sledi obliv rok z jodovo tinkturo, gumijastih rokavic ne uporabljajo. Prvo nogo amputira nad kolonom (anestezija s kloroformom), drugo nogo zamavči, v mavcu pusti okno za oskrbo rane. Dekle, ki je v šoku, dobi pred operacijo dve injekciji kafe (ampula kafe v olivnem olju, za podkožno injekcijo, kot srčni stimulan), med operacijo injekcijo kofeina (ampula kofeina v vodni raztopini, za podkožno injekcijo, kot srčni stimulan) in proti pričakanju zdravnika in osebja preživi. Infuzije niso poznali, fiziološko raztopino so uporabljali le za čiščenje ran in kože. Z uspelo operacijo pridobi zaupanje pri sodelavcih, ki so ga ob prihodu zbadali z njegovim mladeniškim videzom. Po dveh mesecih in pol pride dekle z opornicama v bolnišnico, zdravnik zanjo v Moskvi naroči protezo. Dekle mu v zahvalo podari prtiček z uvezenim rdečim petelinom.

Druga zgodba Krst z obratom opisuje zapleten porod (prečna lega). Spet je noč, v porodni sobi sveti inkandescenčna petrolejska svetilka. Anestezija bo s kloroformom. Do takrat je kot študent videl dva normalna poroda. Medtem ko pripravljajo porodnico za poseg, stopi v kabinet in prelista nemški priročnik za porodniške operacije znanega Alberta Döderleina. Sledita umivanje z milom in obliv rok z jodovo tinkturo. Potem opravi notranji obrat ploda na nožico. Poseg uspe, otrok se rodi mrtev, oživijo ga z izmeničnim potapljanjem v hladno in vročo vodo.

Tretja zgodba ima naslov Grlo iz jekla. V tej zgodbi imenuje sedež bolnišnice s pravim imenom, Nikolsko. Bolnica je triletna deklica z difterijskim krupom in s psevdOMEMBRANAMI v žrelu. Otrok se

duši. V bolnišnico jo prineseta mati in stara mati. Zdravnik ordinira injekcijo kafe in predlaga traheotomijo. Mati in stara mati se upirata, češ, ne dovoliva prerezati grla, rajši ji dajte kapljice. Končno pridobi soglasje. Medtem ko se prekuhavajo instrumenti, stopi v kabinet in prelista ilustrirani kirurški priročnik. Vrne se v operacijsko sobo, zareže, zmoti ga krvavitev, v operacijski rani panično išče sapnik, asistent felčer omedli in zgrmi na tla, končno zareže v sapnik in vstavi srebrno kanilo, deklica neovirano zadaha, še šiv ali dva in vseh težav je konec. Dober glas o zdravniku gre v deveto vas, kmalu ima več kot sto pregledov dnevno.

V četrti zgodbi z naslovom Snežni vihar dobi mladi zdravnik pismo kolega venerologa, ki je na obisku pri družini v bližnji vasi, s prošnjo, naj takoj pride na pomoč. Mlada ženska je pri padcu s kočije dobila udarec v glavo. Krvavitev iz nosu kaže na zlom lobanjskega dna. Zdravnik pripravi torbo, ki vsebuje: ampule kofeina, kafe, morfina, adrenalina, prijemalke za žile, sterilno gazo, brizgo, sonde, pištola (znamke Browning), cigaretno dozo, vžigalice, štoparico in stetoskop. Ponj so poslali vprego s sanmi, zunaj vihra snežni vihar. Ko prispe, da bolnici injekcijo kafe. Bolnica izdihne, opiše, kako se telo pod odejo napne, nato ohlapne. Nesrečno mater pomiri z injekcijo morfina. Ponudijo mu posteljo za čez noč, a se kljub snežnemu viharju hoče vrniti v svojo bolnišnico, dvanajst vrst daleč. Tam namreč ležijo trije tifusni bolniki. Med potjo doživita s kočijažem napad volkov; zdaj vemo, čemu pištola.

Naslov pete zgodbe Egipčanska tema se nanaša na temo o bolnišnici v kraju, kjer ni električnih in sploh nobenih cestnih svetilk, simbolično pa tudi na takratno zaostalost ruskega podeželja. Izraz je povzet iz Sv. pisma (Eksodus 10: 21–23). Dolge mesece imajo tamkajšnji zdravstveni delavci opraviti le z bolniki. Sami so socialno izolirani, včasih si pripravijo kozarček pijače in sedejo k pogovoru (lekarniški alkohol razredčijo z vodo). O revoluciji, ki v tistem času vihra v Petersburgu in Moskvi, nimajo pojma. Sicer pa je glavna oseba te zgodbe vaški mlinar, ki se oglasi nekega poznega večera in pove, da ima vsako noč po polnoči napade vročice. Diagnoza je malarija (*Malaria quotidiana*). Bolnik naj bi ostal v bolnišnici, kjer bo deset dni zaporedoma ob polnoči vzel odmerok kinina.

Zdravnik napiše recept:

- *Chinini mur. 0,5*
- *D. T. dos. N° 10*
- *S. Kudov, mlinar*
- *1 vrečko naenkrat, ob polnoči*

Mlinar dobi predpisanih deset vrečk, namestijo ga v bolniški sobi. Ob 6. uri zbudi gospodinja zdravnika z novico, da bolnik z malarijo umira. Mlinar sedi v postelji, cianotičen in dispnoičen. Zaužil je vseh deset vrečk kinina. Dobi injekcijo kafe, felčer mu izpere želodec z gastrično sondo. Zastrupitev ni smrtna. Zdravnik ga vpraša, kako se počuti. Mlinar odgovori: »V očeh imam egipčansko temo.« Vpraša ga še, zakaj je vzel vseh deset odmerkov hkrati. Odgovor je približno takšen: »Čemu bi čakal deset dni, vzel sem vse, da se ne bo vleko.«

Šesta zgodba ima naslov Izginulo oko. Opisuje več primerov: dva poroda, ekstrakcijo zoba in bulo na mestu očesa. Prvi primer

je nosečnica, ki se sama odpravi peš roditi v bolnišnico, pet vrst daleč, ker ji tast ne dovoli prevoza s konjem. Češ, naj gre peš, saj je krepka, čemu utrujati žival. Porod jo prehiti na mostu, babica in zdravnik pomagata pri porodu dečka, nato porodnico na nosilu prenesejo v bolnišnico. Drugi primer prečne lege se slabo konča. Otrok se rodi mrtev, zdravnik pa mu pri notranjem obratu zlomi ročico, kar ga močno potre. Tretji primer je ekstrakcija zoba. Navadno sicer ruva zobe felčer, včasih pa tudi zdravnik. Vojaku izruva zob s koščkom kosti, kar ga vrže popolnoma iz tira (premišljuje o zlomu čeljusti, gangreni). Odhiti na posvet h kolegu v okrajno bolnišnico v Gračovki. Ta ga potolaži, da ima premočno roko in da je odlomil del zobnega alveola. Naslov zgodbe predstavlja primer enoletnega dečka, ki ima na mestu očesa bulo velikosti majhnega jabolka. Mati pove, da je bula zrasla v tednu dni. Mladi zdravnik si razbija glavo z mislimi na možgansko hernijo ali tumor. Meni, da je potrebna operacija, svetuje okrajno bolnišnico. Mati ne privoli, čez teden dni pride pokazat otroka z že zdravim očesom. Tumor je počil in se izpraznil sam od sebe; zdravniku je takoj jasno, da ni diagnosticiral velikega abscesa na spodnji vek, ki je prekril oko.

Zadnja zgodba z naslovom Zvezdasti izpuščaj govori o sifilisu. Bolniku v drugem stadiju sifilisa predpiše črno živosrebrovo mazilo (*Unguentum hydrargyrosi cineris*) za vtiranje v kožo, izmenično po udi. Predpiše mu tudi raztopino za izpiranje ustne votline zaradi toksičnega učinka živega srebra. Bolnik se po kratkem dopustu v domači vasi vrne v Moskvo. Čez pol leta pošlje pismo svoji ženi, v katerem ji svetuje, naj obišče doktorja v Murjevki. Pri prvem pregledu zdravnik ne odkrije ničesar sumljivega. Nesrečnica hodi na tedenske kontrolne preglede, po štirih mesecih sledi olajšanje, ni okužena. V okoliške vasi so sifilis zanesli moški, ki so obiskovali bordele v mestih ali za fronto. Žene so od njih dobile genitalni sifilis, otroci in drugi člani družine pa s telesnim stikom ali z okuženimi predmeti ekstragenitalno obliko bolezni. Drugi stadij sifilisa je mladi zdravnik zdravil z živosrebrom mazilom, tretji, gume, pa s peroralno danim kalijevim jodidom. Za ti zdravili je napisal brez števila receptov. Dve bolniški sobi, eno za moške, drugo za ženske, je napolnil s sifilitičnimi bolniki. Za injiciranje takrat še skrivnostnega salvarsana je imel na voljo le dve brizgi. Vendar se je, kakor sam prizna, večina bolnikov izmuznila zdravljenju in nadzoru.

Marsikateri vidik delovanja Bulgakovove bolnišnice nam ostane neznanka. Ne vemo, kako so se bolniki prehranjevali, kuhinja za bolnike ni omenjena. Mogoče so jih oskrbovali svojci. Prav tako ne izvemo, kako je bila bolnišnica financirana, nikjer ni govora o plačevanju zdravljenja. Domnevam, da je bila zdravstvena oskrba v tej bolnišnici Rdečega križa za bolnike brezplačna.

Poleg zbirke Zapiski mladega zdravnika je zanimiva zgodba Morfin z opisom zdravnika, ki ne zmore obremenitev poklica in ki je obremenjen z izgubljenostjo ljubeznijo v daljni Moskvi, zato se v stiski zateče k vbrižgavanju morfina. Zgodba je izšla leta 1927 v reviji Medicinski delavec. Opisuje mladega zdravnika, ki dela, prepričan sam sebi, v bolnišnici na podeželju. Pretresljiv je opis razvoja tolerance s potrebo po vedno večjih odmerkih, zdravnikovih zvijač pri nabavljanju droge, poskusa zamenjave morfina s kokainom, poskusa detoksikacije na kliniki v Moskvi in abstinenčne reakcije,

bega iz Moskve nazaj na delovno mesto, halucinacij in samomora s strelom v srce. Pisec nastopa kot bralec dnevnika kolega morfinista, vendar je bil morfinoman kar Bulgakov sam. Morfin si je začel vbrizgavati, ko je dobil alergijsko reakcijo po vbrizganju antidifterijskega seruma. Očitno pa se je izvil iz objema droge in ni končal kot njegov literarni dvojnik.

Bulgakov je imel zaradi kritičnosti do sovjetske oblasti in družbe veliko težav pri objavljanju in zaposlitvi. Večina njegovih proznih

del, med njimi roman *Mojster in Margareta*, je izšla šele po Stalinovi smrti. Za čuda pa ni končal kot veliko drugih družbenokritičnih pesnikov in pisateljev, v gulagu. Užival je nekakšno simpatijo, vendar ne podpore, samega Stalina. Njegova drama *Dnevi Turbinovih* je bila Stalinu tako všeč, da si jo je menda 15-krat inkognito ogledal v gledališču. Drama je odrska priredba romana *Bela garda*, ki pa je lahko izšel šele leta 1966. Pisatelj je umrl leta 1940, še ne 50 let star, zaradi kronične ledvične okvare s spremljajočo izgubo vida.

Razvoj medicine v starem Egiptu

Smiljana Valcl

Človek je bitje, ki je od svojega obstoja naprej odkrival svet kos za kosom. Skladno s tem je želel bolje spoznati sebe, svojo notranjost, delovanje organov, svoje telo, skratka sebe kot celoto, kot telesno in duhovno bitje. Pomembno znanje o človeku so ljudje začeli nabirati že v prazgodovini ob ranah, ki so jih dobili na lovu za preživetjem. Videli so, kaj se skriva pod kožo človeka, in to primerjali z živalmi, ki so jih ubili na lovu ali pri daritvi božanstvu. Tako je nastajalo osnovno znanje o zgradbi človeškega telesa, o njegovi anatomiji. Vsako ljudstvo, pleme ali rod je v preteklosti imel različne nazore in znanje o delih človeškega telesa.

Civilizacija starega Egipta je poleg starega Rima in stare Grčije tista, ki je imela velik vpliv na razvoj poznejših civilizacij, saj je skozi tisočletja vse do danes vzbujala zanimanje in navdušenje predvsem s svojo visokorazvito kulturo. Nedvomno je kultura starega Egipta pustila globoko sled v razvoju svetovne kulture in prav gotovo so Grki, Rimljani, ljudstva na Bližnjem vzhodu in v Afriki veliko črpala iz bogate egipčanske kulturne in znanstvene zakladnice. Egipt je zaslovel s svojo sužnjelastniško družbeno ureditvijo, ki je trajala več kot 3000 let, kjer je vladajoči sloj izkoriščal delovno silo sužnjeve, vojnih ujetnikov in svojih podložnikov. Močno so razvili poljedelstvo in živinorejo, gradbeništvo, arhitekturo in rokodelstvo. Poleg matematičnih, astronomskih, zemljepisnih, ladjedelniških in živinozdravniških znanosti so vztrajno razvijali tudi medicinsko znanost, kjer največje dosežke v razvoju egipčanske medicine postavljajo v obdobje starega kraljestva. Začetek medicine se je tako pojavil že tisočletja, preden so se pojavili Grki, za katere so dolgo mislili, da je prav v njihovi domeni zametek zdravstva in medicinske miselnosti.

Viri, s katerimi proučujemo razvoj egipčanskega zdravstva, so: napisi v piramidah, ostanki templjev in napisi v njih, mumije, numizmatika, paleobotanika, kiparstvo, človeške in živalske kosti, sarkofagi in pričevanja, ki so jih zapustila sosednja ljudstva o Egipčanih.

Medicinski papirusi starega Egipta

Znanje o razvoju egipčanske medicine temelji predvsem na ohranjenih pisnih virih, kjer so najdragocenejši prav egipčanski papirusi; ohranilo se jih je zelo malo zaradi njihovega rastlinskega izvora. Papirusi so iz različnih obdobj, krajev, razlikujejo

se po vsebini in ohranjenosti. Ime papirusa je vedno povezano z njegovim odkriteljem ali s krajem, kjer so ga raziskovalci odkrili. Papirusi z medicinsko vsebino so zdravstveni zborniki, v katerih je opisanih veliko znakov, diagnostika bolezni, zdravljenje, anatomska zgradba telesa in številni recepti, ki so jih uporabljali za ozdravitev določene bolezni. Bogata vsebina medicinskih papirusov je plod nenehnih ogledovanj bolnikov, lastnih izkušenj in izkušenj starejših tujih dognanj, ki so jih egipčanski zdravniki prevzeli in prepisovali. V papirusih lahko zasledimo, kakšna je bila njihova predstava glede izvora nekaterih bolezni v različnih obdobjih egipčanske medicine. Najpomembnejše papiruse so odkrili sredi 19. stoletja in na začetku 20. stoletja. Večino papirusov so našli v grobnicah zdravnikov, vendar jih nikakor ni mogoče povezati z znanimi zdravniki. Napisani so, z izjemo papirusa *Ramesseum V*, v hieratični pisavi, horizontalno, pisani so od desne proti levi. Izjema so papirusi *Ramesseum III.*, *IV.* in *V.*, ki so napisani v vertikalnih stolpcih, značilnih za srednje kraljestvo. Med ropanjem grobnic je bilo veliko medicinskih papirusov uničenih. Nekatere so uporabljali kot gorivo, druge za pripravo magičnih zdravil, veliko pa so jih prodali brez kakršnega koli znanja o njihovem izvoru oziroma znanstvenem pomenu papirusa za zgodovino medicine. Največjo izgubo je predstavljal požar v Aleksandriji leta 47 pr. Kr. in 389, čeprav ni podatkov, da bi v tej knjižnici hranili medicinske papiruse. Najstarejši medicinski papirusi so nastali proti koncu starega kraljestva, to je v 3. tisočletju pr. Kr. Prav ti, najstarejši papirusi, poudarjajo predvsem dognanja empirične medicine, medtem ko je bilo verskih primesi še izredno malo. V papirusih so našli številni dobri, a preprosti zdravilni nasveti, kar kaže na izredno dobro poznavanje zdravniškega znanja in dobro razvito medicino. Iz papirusov je razvidno, da so zdravniki velikokrat pomešali znake, vzroke in učinke določenih bolezni. Značilnost egipčanskih papirusov je, da so v njih navedene nekatere operativne metode, česar pri Babiloncih ni zaslediti. Egipčani so dosledno zapisovali vsako s poskusi ali z izkušnjo pridobljeno znanje, kar potrjuje dejstvo, da so imeli Egipčani visokorazvito medicinsko znanje, čeprav jim niso bile jasne oziroma znane telesne funkcije, o čemer pričajo navedbe magično-teurgičnih receptov in navodil, ki so vrinjene med ranocelniške formule. Kljub različnim namernim in nenamernim uničenjem pomembnih dokumentov v obliki papirusov so se nekateri ohranili do današnjih dni in

nam s tem omogočili razumevanje in vpogled v staro egipčansko medicino.

Zdravniki starega Egipta

Za zdravniški stan starega Egipta sta značilna zgoden razvoj in dejstvo, da so prvotne zdravnike predstavljali laiki, pozneje pa so vodilno vlogo prevzeli svečeniki, za katere ni znano, ali je vsak svečenik opravljal zdravniška dela ali pa so bili zdravniki tisti, ki so pripadali svečeniški kasti in so v okviru le-te tvorili zdravniško skupino, kar je tudi bolj verjetno. Prav gotovo so bili vsi trije – svečeniki, zdravniki in magi – močno vpleteni v zdravljenje. Po vsej verjetnosti so vsi zdravniki sodili v duhovniško kasto. Iz Edwin-Smithovega papirusa in delov Ebersovega papirusa je razvidno, da so zdravniki starega Egipta pri zdravljenju bolnikov uporabljali tri faze. Najprej je zdravnik poslušal pacientove znake in nato pri pregledu uporabil svoje oči in roke. Primer tega je:

„Pregleduješ pacienta med zaprtjem, ki se ob hranjenju ne počuti dobro. Njegov želodec je skrčen in srce prešibko, da bi delovalo normalno. Bolnik trpi za vnetjem anusa. Potem ga moraš pregledati tako, da bo pacient ležal, poiskati trebuh, ki je vroč, in tam je zaprtje njegovega trebuha.“ (Ebers 188)

Zdravnik je postavil diagnozo, temu pa je sledila formalna izjava, ki je bila po navadi kratka ponovitev pomembnih kliničnih odkritij. V Edwin-Smithovem papirusu se ta del konča z odločitvijo zdravnika, ali bo to bolezen zdravil, se z njo boril ali pa je ne bo zdravil. Ko je opravil obe fazi, je sledila tretja, torej zdravljenje, ki je temeljilo na preteklih izkušnjah in pacientih s podobnimi težavami. Če se je bolnikovo stanje spremenilo, so vse tri faze ponovili. Formalno strukturo in logični pristop k pacientu lahko spoznamo tudi kot osnovo današnjega pregleda bolnikov, čemur so sledili neprekinjeno in vztrajno skozi Hipokratovo šolo, šolo Galena in vse do današnjih zdravnikov. Velik napredek je bil dosežen v diagnosticiranju bolezni, za katere so zdravniki kazali močno zanimanje. Domneva se, da je bilo zdravljenje predvsem empirično, vendar so skozi tisočletja pridobili pomembne izkušnje o uporabi zdravil, ki so obrodile obilne sadove. Poznali so najmanj 15 različnih vrst bolezni trebuha, 11 bolezni mehurja, 10 bolezni rektuma in anusa, 29 bolezni oči, 6 vrst bolezni ušes in 18 kožnih bolezni. Iz medicinskih papirusov je na osnovi opisov znakov razvidno, da so poznali več kot 250 vrst različnih bolezni. Izredno velik in pomemben korak so naredili pri kliničnih raziskavah, diagnostiki in pri terapiji. Natančno so poznali človeški skelet in način uspešnega zdravljenja raznih oblik zlomov kosti. Znana jim je bila funkcija trebuha in črev, prav tako pa so že vedeli, da velike žile potekajo od srca proti vsakemu delu telesa.

O egipčanski medicini največ izvemo iz bolezenskih slik, ki so bile dobro opredeljene, saj so zdravnikom tistega časa nudile posebno osnovo za terapevtsko odločitev. Slike so zdravniki vedno ustvarjali na osnovi vsestranskih simptomov bolnika, kar je pokazatelj visokorazvite diagnostike in tudi smisla zanjo, predvsem pa, da so bili mojstri in opazovanju. V staroegipčanski diagnostiki jasno zasledimo najpomembnejše elemente današnjih fizikalnih preiskovalnih metod: *ogled, otipavanje in poslušanje*. Ogled je namenjen ugotovitvi sprememb v obliki, barvi in v legi zunanjih delov telesa, kože, las, urina in drugih izločkov. Otipavanje je namenjeno ugotovitvi sprememb

v trebušni votlini. Poslušanja so se posluževali pri preiskovanju pljuč, kar dokazuje tudi stavek iz Ebersovega papirusa, 'uholiši spodaj'.

V Egiptu so imeli zdravniki številne nazive, ki so bili mogoče tudi zemljepisno pogojeni, saj je zdravniškemu nazivu sledila zemljepisno opredeljena avtoriteta, ki je bila določena glede na to, ali je imel zdravnik avtoriteto v Zgornjem ali Spodnjem Egiptu ali pa v obeh. V Egiptu so bili nadvse pomembni in predvsem cenjeni zdravniki tisti, ki so delovali na kraljevem dvoru. Ti zdravniki so imeli naziv *swnw per aa*. Kraljica in kralj sta imela kopico zdravnikov, ki so zdravili samo njiju, in prav ti zdravniki so se od drugih zdravnikov razlikovali po drugačnih nazivih. Njihovo privilegiranost se da razbrati iz zdravniških nagrobnih spomenikov.

Herodot je okoli leta 450 pr. Kr. slavnostno obiskal Egipt in opazil, da so se tam zdravniki specializirali. Omenja tudi, da je bila medicina razdrobljena na določene posebne veje, saj papirusi iz zgodnje-ga obdobja govorijo o tem, da je imela egipčanska medicina več zdravnikov specialistov. Prav tako Herodot v svoji knjigi Euterpe pripoveduje o razširjenosti zdravnikov specialistov, ki so bili značilni za Egipt in tako edino upanje za obolele, saj so bili znani v vsem takratnem omikanem svetu. V knjigi je zapisal: '*Zdravilstvo je v Egiptu razdeljeno na stroke; vsak zdravnik zdravi le po eno bolezen, ne po več. Zdravnikov je vsepovsod na prebitek: eni za oči, drugi za glavo, tretji za zobe, četrti za želodec, peti za notranje bolezni*'. V Mezopotamiji in Egiptu je namreč obstajala močna težnja po določeni smeri specializacije, ki se je razvila skladno z razvojem zdravstva. Zdravilstvo je bilo v Egiptu razdeljeno na stroke, kjer je vsak zdravnik zdravil le po eno bolezen in ne več. Pri specializaciji ne smemo potegniti paralel z današnjo specializacijo zdravnikov, saj je bila ta v Egiptu še zelo primitivna. Tako so Egipčani poznali več vrst zdravnikov: kirurge, interniste, okuliste, zobozdravnike ... Specializacije so bile označene s kvalifikacijskimi besedami, po navadi glede na dele telesa. Tako na primer *swnw khet* pomeni zdravnik abdominalna, kar lahko interpretiramo z gastroenterologom. Pogostejši je bil naziv *swnw irty*, ki pomeni očesnega zdravnika ali okulista. Posamezne specializacije je zelo težko prevesti in interpretirati, kot na primer *nerupehoyt*, kar lahko prevedemo kot, 'varuh anusa'. Še bolj nenavaden je bil naziv *aaa mu m-kbenu netnetet*, ki so ga po navadi prevajali interpret tekočin. Zobozdravniki so imeli poseben naziv *ibeh*. Egipčanski zdravniki so veliko potovali po svetu. Povezani so bili v mednarodne zdravniške zveze, katerih težnja je bila, da bi izmenjali mnenja in izkušnje. Takšni stiki niso bili pogosti, saj je bil svet takrat bolj omejen. Že v najzgodnejših časih so nastale zveze z maloazijskimi deželami. Iz Indije so dobivali začimbe, ki so jih potrebovali za farmacevtske namene. Zdravniki v Perziji so širili egipčansko strokovno medicinsko slovstvo. Izkušnje egipčanskih zdravnikov so se s posredovanjem antičnega sveta pozneje prenesle v evropski zgodnji srednji vek. Homer in Herodot sta menila, da je imel Egipt zelo dobre zdravnike, celo strokovnjake, med katerimi so najbolj sloveli tisti, ki so delovali kot faraonovi zdravniki na dvoru.

Anatomija, fiziologija, patologija in psihologija

V papirusih ni jasnega nakazila, da je kirurgija bila ločena veja medicine tako kot danes. Ne gre dvomiti o njihovem odličnem

poznavanju poškodb, vendar Kahunov papirus kaže na to, da so zdravniki v Egiptu do neke mere obvladali le *lažje kirurške posege*, ki so jih očitno opravljali na živalih, saj za posege na ljudeh ni nikakršnih otipljivih dokazov. Uporaba noža in izžiganje sta bila tako omejena na preproste operacije, ki so jih izvajali na glavi, vratu in na okončinah, vendar kirurgi niso odpirali trebuha ali izvajali operacije v notranjosti trebušne votline. Tako o kirurškem znanju starega Egipta ne vemo veliko. Iz slik v grobnicah lahko ugotovimo, da so znali poravnati izpahe kosti. Poleg poškodb so poznali tudi njihove nevrološke učinke. Opisovali so, kako človek s poškodovano lobanjo v nekaterih primerih ne čuti nog ali rok oziroma da pri poškodbi enega dela lobanje (možganov) ta poškodba vpliva na drugi del telesa. Ker niso poznali funkcije možganov, so te poškodbe razlagali različno. Obrezovanje in kastracija sta bili luksuzni operaciji in znani iz zgodnjih dob najrazličnejših kultur. Nedvomno so bili že pravi mojstri v zdravljenju različnih zlomov okončin, saj so za zdravljenje uporabljali opornice, narejene iz lesa.

Predvsem mumije so pokazatelj uspešnega zdravljenja, saj je na njih videti, da je bilo zraščanje in celjenje kosti v večini primerov uspešno. Velika uganka, ki je staroegiptovskim kirurgom povzročala težave, je bila, kako po odstranitvi novotvorbe ustaviti krvavitve. Niso imeli dovolj znanja o vzroku nevarne krvavitve, tako so proti krvavitvi imeli veliko čarovniških rekov.

Prav tako je iz mumij razvidno, da so *zobozdravstvo* spretno obvladali. Ženske mumije imajo na splošno dobro ohranjeno zobovje, pri moških pa je bila izguba pri sekalcih zaradi travme zelo pogosta. Te zobe so nadomestili s preluknjanimi kronami na pletenju iz zlate žice, podobno kot danes pri mostičkih. Zobni karies, čeprav ekstremno redek pred dobo piramid, je postal splošen takoj, ko so ljudje začeli uživati razkošje. Na pokopališču pri piramidah v Gizi iz časa starega kraljestva, kjer so kopali arheologi Hearstove ekspedicije, so našli več kot petsto okostij aristokratov iz časa, ko so te piramide gradili, in v vseh okostjih odkrili zobni kamen, zobni karies. V vsakem poznejšem obdobju egipčanske medicine najdemo isto stvar – veliko splošno razširjenost vsake oblike zobnega obolenja med bogatimi ljudmi, ki se razvajajo z razkošno hrano, in sorazmerno imunost pred tovrstnimi boleznimi med revnimi ljudmi, ki so večinoma živeli od surove neprekuhane zelenjavne hrane. Egipčani so veliko vedeli o zdravljenju zob, saj so gnile zobe izpraskali in izvrtali ter vanje vložili plombe iz dragih kovin ali slonove kosti, ki so jih pritrdili z asfaltu podobnim lepilom. Za higieno in telesno čistost so dobro skrbeli, obe pa sta bili vedno povezani z verskimi motivi, saj je človek pred božjim obličjem moral vedno nastopati telesno čist.

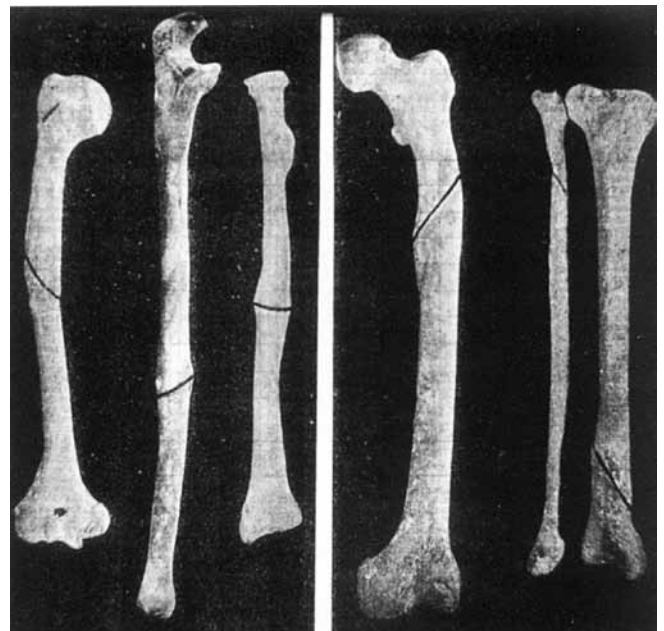
Pomembne dele o anatomiji najdemo v Edwin-Smithovem papirusu, kjer so razlage sistematično razdeljene od glave do prsnega koša. Anatomsko znanje je omejeno le na določene dele zgornjega dela telesa, najbolj podrobno pa je opisana lobanja. V jeziku starih Egipčanov obstaja veliko besed, ki opisujejo zunanje dele telesa, zelo malo pa je besed za kosti. Izjema so: lobanja, spodnja čeljust, hrbtenica, rebra in ključnica. Od notranjih organov so poznali srce, za katero so uporabljali dva naziva, ki se v zapisih pojavljata izmenoma. Imeli so tudi besede za želodec, jetra, pljuca, vranico,

mehur in možgane. Pljuca, jetra, želodec, črevesje in možgani so bili pri balzamiranju odstranjeni iz telesa, srce pa je ostalo na svojem mestu. Ledvice so skrite v perinejni maščobi in zato je zelo verjetno, da jih zaradi tega pri balzamiranju niso odkrili. Za začetnika znanstvene anatomije velja *Herofilos iz Halkedona*, ki je deloval kot zdravnik v Aleksandriji okoli leta 300 pr. Kr. Načrtno je raziskoval anatomijo človeškega telesa in se pri tem ni hotel omejiti na proučevanje in opis posameznih delov telesa in organov, ampak je poskušal raziskati in opisati njihova medsebojna razmerja. Tako je bil prvi, ki je spoznal zvezo živčnega sistema z možgani in s hrbtenjačo. Bil je pomemben tudi pri razvoju fiziologije, saj je življenjsko dogajanje pripisoval štirim močem:

- moči prehranjevanja, katere sedež je v prebavnih organih in jetrih,
- moči ogrevanja s sedežem v srcu,
- moči mišljenja, katere glavni organ so možgani,
- moči čutenja, ki počiva v živcih.

Raziskoval in natančno opisal je človeško oko in spoznal zvezo vidnega živca z očesom in možgani. Ugotovil je, da je utripanje arterij posledica delovanja srca (sistola in diastola).

Drugi pomemben zdravnik je bil *Erastrotos Keoski*, ki je deloval okoli leta 310 do 250 pr. Kr. in je nadaljeval Herofilove raziskave na področju anatomije in fiziologije. V okviru anatomije mu je uspelo ločiti živčni sistem od žilnega sistema in odkril je razliko med gibalnimi in čutilnimi živci ter da so izhodišče le-teh možgani. Odkril je tudi zaklopke v človeškem srcu. Njegov fiziološki nauk je bil zasnovan na domnevi, da povzročata vse delovanje organizma kri in „pneuma“, dih, ki se v raznih sistemih pretakata skozi telo. Menil je, da človek iz hrane pridobiva kri, ki teče iz jeter



Primeri dobro zaceljenih zlomljenih kosti, najdenih v Nubiji.
Vir: John F. Nunn, *Ancient Egyptian medicine*, British Museum Press, London 1997, str. 178

skozi vene in gradi vse organe oziroma jih oskrbuje s hranilnimi snovmi, osrednji organ krvnega obtoka pa je srce. Pneuma, ki jo telo sprejema z zrakom skozi pljuča, je nosilka življenjske sile, saj se iz pljuč izliva v levi srčni prekat in od tod po arterijah k različnim telesnim organom, ki jih različno preobražajo. S tem naukom se je Erasistratos zelo približal današnjim pravilnim dognanjem o krvnem obtoku. Vzrok, zakaj je bil nekoliko oddaljen od pravilne razlage fiziologije, je verjetno v tem, da arterije, ki po njegovem mnenju prevajajo pneumo, medtem ko teče kri po venah, v seciranem truplu ne vsebujejo več krvi. Po njegovem mnenju uravnava vse telesne funkcije mehanski zakon. Na primer: premik mišic razlaga tako, da iz možganov izhajajoči podnet volje prek živcev stisne pneumo v tiste mišice in napihne prazne prostore, s tem pa povzroči, da se skrčijo.

Ločeval je nauk o bolezenskih pojavih in njihovem zdravljenju od svojih naravoslovnih raziskovanj in naukov, ker je menil, da ti niso vedno uporabni v praktični medicini. Za najpomembnejši vzrok vseh boleznij je štel prenapolnjenost organov s hranilnimi snovmi, krvjo ali s pneumo. Pljučnico je razlagal kot posledico nakopičenja in zastoja pneume v pljučnih arterijah. Zato je v njegovem zdravljenju prevladovalo predpisovanje diete, ki jo je izvajal s predpisovanjem odvajalnih in bljuvalnih sredstev ter higienskimi ukrepi (na primer kopel). Ni informacij, ki bi pričale, da je v starem Egiptu obstajalo kakšno delo o fiziologiji. V medicinskih papirusih lahko najdemo koncepte fiziologije, ki so bili preprosti in največkrat napačni. Tudi ni dokazov, ki bi potrdili, da so Egipčani poznali funkcijo možganov, ki so jih odstranjevali pri balzamiranju. Cenili so življenjsko pomembno dihanje, vendar ne vemo, kaj so menili, da se zgodi z zrakom, ko ga vdihnemo. Glede na shemo, kakršno so imeli o srčnodihalni funkciji, se zdi, da so menili, da gre zrak skozi nos v pljuča, v srce, in od tukaj naprej kroži po vseh delih telesa in omogoča pulz. O drugih fizioloških sistemih nimamo primerov, ki bi dokazovali poznavanje le-teh. Iz Ebersovega papirusa lahko razberemo, da so trdili, da hrana in pijača prideta v želodec in njun ostanek do anusa. Vedeli so, da pri tem procesu lahko pride do napak, vendar ni dokazov, ki bi govorili o razumevanju prebavil. Urinarni sistem je v medicinskih papirusih redko omenjen. Vedeli so, da mehur vsebuje urin, vendar ledvice v medicinskih papirusih niso omenjene. Zelo dobro so poznali pomen reprodukcije in spolnega odnosa za potomstvo. Maternico so poznali in ji pripisovali vlogo okolja, v katerem dozorevajo moške semenčice. Genetske vloge matere niso poznali.

Zelo težko je reči, kdo je praktical na področju ginekologije in porodništva. Ne poznamo nobenih besed, ki bi bile povezane z babištvom, ginekologi in porodništvom. Zdravljenje je potekalo z zdravili za oralno uporabo in materiali za lokalno uporabo, najpogosteje so zdravila uporabljali vaginalno. Veliko zdravil so predpisovali za ohladitev maternice. Poznali so veliko primerov sprostitev in ublažitve težav s sečili, med mehurjem in vagino. Uporabljali so zdravila za težave z dojkami. V nekaterih primerih so žensko po prsih, trebuhu in po bedrih namazali s krvjo druge ženske, ki je pravkar imela mesečno perilo. Poznali so tudi teste plodnosti, nosečnosti in določanja spola, ki so jih opisali v papirusih Kahun,

Berlin in Carlsberg. Zelo pomembno je, da so določevali, kdo je bil ploden in kdo ne. Testi so bili sestavljeni iz številnih postopkov, vse od pregleda telesnih tekočin do pregleda oči. Veliko testov je sorodnih tistim, ki so jih uporabljali v grški medicini. Za prve znake nosečnosti so imeli razširjene žilice na dojkah. Porodništvo je bilo ženska domena. O običajnem porodu iz medicinskih papirusov izvemo zelo malo, saj v njih ni zapisov o porodu. Pri nekaterih ženskah naj bi pri porodu pomagala celo božanstva, zato so pri porodih izgovarjali magične besede. V nekaterih primerih so ženski povežali trebuh, včasih pa je zdravila morala zaužiti oralno ali pa so ji jih vstavili vaginalno. Porod je vodila višja babica, ki je pred porodnico čepela, dve pomožni babici sta porodnico podpirali z leve in desne strani, tretja pa pod pazduhami ali za glavo. Porodnica je sedela na porodilniku.

Ni podatkov, ki bi se nanašali na to, da so v starodavnem Egiptu imeli knjige o psihologiji. Tako na primer o delovanju živčnega sistema niso vedeli veliko, saj papirusi govorijo samo o živčni paralizi, ki po navadi prizadene le eno stran obraza. Ohranjeni medicinski papirusi nam povedo, da so bili koncepti psihologije preprosti in pogosto napačni.

Bolezni v Egiptu

Predvideva se, da so Egipčani boleli za podobnimi boleznimi, kot jih poznamo danes. To velja predvsem za degenerativne bolezni, kakor sta osteoartritis in arterioskleroza. Do danes so določeni paraziti spremenili svoje lastnosti (npr. bakterije in virusi so vedno odpornejši). Parazitske bolezni so bile v Egiptu velik zdravstveni problem. Kljub temu, da so takrat poznali veliko izrazov za različne bolezni, ki so zapisani v medicinskih papirusih, težko razberemo oziroma prepoznamo, katere parazite so takrat poznali. Alternativni vir informacij o tem je morebiti preučevanje človeških ostankov. Ena izmed parazitskih bolezni je malarija, ki je bila v faraonskih časih mnogo bolj razširjena predvsem zato, ker so pogoji za prenašalca komarja bili veliko bolj ugodni. Komarjevemu pikju je sledila vročina v 3–4 dnevni intervalih. Pri malariji so ugotovili povečano vranico in jo zaradi tega uvrstili med 'abdominalne' bolezni. Zdravili so jo s sredstvi za bljuvanje – emetiki. Patološke spremembe pri malariji je v mumijah težko zaslediti, prav tako v medicinskih papirusih, čeprav je vročina pomemben sindrom.

Črevesne bolezni so bile za Egipt zelo značilne. Iz nekega papirusa naj bi bilo razvidno, da je veliki vezir Imhotep, ki je vodil graditev Džoserjeve stopničaste piramide v Sakkari v obdobju tretje dinastije, po zgledu Sumercev ukazal, da morajo sužnji poleg običajnega obroka hrane zaužiti še določeno količino česna, čebule in redkvice. Domovina te zelenjave je Azija in Egipt jo je od tam uvažal. O tem je nekaj poročil tudi v judovski zgodovini. Judje so proti razširjenemu črevesnem obolenju uživali velike količine česna. Zaradi črevesne epidemije je po pričevanju Stare zaveze umrlo ogromno Asircev. Tako so v Egiptu česen, čebula in redkvice rešili življenje desetstisočim sužnjem. Leta 1947 so biokemiki v semenu redkvice odkrili snov proti po Gramu pozitivnim in Gramu negativnim bakterijam. Imenovali so jo rafanin. Zadnja desetletja so znanstveniki odkrili v česnu in čebuli specifične žveplene spojine,

imenovane alliine, ki z encimi učinkujejo na povzročitelja tifusa, paratifusa, tuberkuloze in na nekatere glivice kožnih plesni kot antibiotiki. Egipčani so za bljuvala uporabljali mešanico iz bakrenih soli, medu in kisa. Proti črevesnim zajedavcem so uporabljali granatna jabolka, česen in čebulo.

O deformacijah je veliko več dokazov iz časa starodavnega Egipta predvsem zaradi trajnosti v mumificiranih ostankih v kapelicah grobnic, nasprotno pa o njih ne pišejo medicinski papirusi. *Pritlikavost* se je v starodavnem Egiptu pojavljala že v zgodnjih obdobjih dinastij vse do 21. dinastije. Pritlikavce so zaposlovali kot osebne pomočnike, nadzornike platna, čuvaje živali, draguljarje in zabavljace. Tisti, ki so dosegli visok položaj, so bili deležni privilegiranega pokopa. Egipčani so poznali okrog 207 vrst pritlikavcev. Najpogostejša značilnost je bila, da sta glava in trup normalne velikosti, okončine pa so neprimerno krajše. Pritlikavosti niso smatrali za bolezen. Veljala je bolj za božansko manifestacijo, saj je Bes, bog prijaznega zaščitništva, kazal velike značilnosti pritlikavosti. Pri upodabljanju družine so Egipčani skrbno upoštevali proporcije človeškega telesa. V primeru pritlikavega moža oziroma očeta je bil ta postavljen višje od žene, čeprav je bil od nje nižji, otroci pa so stali pod njim, in sicer s prstom v ustih, kar je predstavljalo mladost.

V starodavnem Egiptu niso poznali nobenega učinkovitega zdravljenja *kepaste noge*, čeprav je bil primer te bolezni zelo pogost. Opazili so jo pri mumijah, pri katerih je bila ena noga krajša ali pa je bilo stopalo deformirano. V starem Egiptu so poznali kar nekaj primerov, kjer je bilo stopalo obrnjeno navznoter. Podobno kot pritlikavi ljudje so bili tudi ljudje, ki so bolehalo za to boleznijo, odgovorni za vzdrževanje domov pri lastnikih grobnic.

Starodavni Egipčani so dobro poznali boleznijo ušes in nosa. Gluhoto so dobro poznali – predrt bobnič so si razlagali kot vnetje srednjega ušesa. O poškodbah nosa je veliko zapisanega v Edwin-Smithovem papirusu, medtem ko Ebersov papirus omenja boleznijo nosa le v štirih poglavjih. Različna bolezenska stanja so

zdravili z različnimi sokovi oziroma s tekočinami, kot na primer z mlekom matere, ki je rodila sina, izgovarjanjem magičnih besed in z dišečimi lepili, ki so jih namazali na nosnice. Prav tako so veliko vedeli o kožnih boleznih in prehranjevalnih, endoksinah in metaboličnih motnjah, kjer so ločili bolezni jeter kot znak debelosti in slabo prehrano oziroma podhranjenost. Veliko pozornost so v egipčanski medicini namenjali očem. Oči igrajo v egipčanski mitologiji pomembno vlogo, zato je veliko ljudi nosilo amulete s podobo očesa, kar naj bi jih varovalo pred drugimi boleznimi. Starodavni egipčanski zdravniki so bili znani po svojih sposobnostih zdravljenja oči. V papirusu Ebers je o okulistiki več poglavij, kjer so točno popisane bolezni vek, veznice, roženice, šarenice ter škilavost. Mnoga zdravila so aplicirali neposredno na obolelo oko, zelo malo pa je zapisanega o kirurških posegih. Ebersov papirus kot zdravilo omenja tekočino iz prašičjih oči, katero naj bi pacientu vlili v uho, ki je na strani obolelega očesa, zasledimo pa tudi uporabo prašičjega žolča. Za večino bolezni oči so uporabljali rastlinska sredstva, kot na primer: smolo, rastlinsko olje, vodo iz sladkega janeža in mineralnega izvora, kot na primer: svinčev sulfid, antimonov sulfid ...

Tako so za krmežljave oči uporabljali mazila iz bakrovega oksida in čebule. Od organskih snovi so uporabljali na primer človeški seč in človeško mleko za pranje oči, kri kuščarja, netopirja, goveda, osla, svinje, psa, koze. Zelo verjetno je, da so snovi omenjenih živali le nazivi za imena nam neznanih rastlin. Zdravili so še očesne tujke, zunanje poškodbe oči, težave s trepalnicami, ki rastejo navznoter, krvavitve oči in vnetja le-teh.

Za izboljšanje vida so uporabljali različne losjone oziroma tekočine za izpiranje, ki so največkrat vsebovale sveže mleko. Poznali so tudi različne obkladke, namočene v med, gosjo mast in vodo. Del poglavja iz Ebersovega papirusa, ki obravnava očesne bolezni, je feničanskega izvora. Zelo verjetno je, da so Feničani posredovali uvoz arabskih in indijskih drog v Egipt.



Seneb, klasičen primer pritlikavosti, z dvema otrokoma, ki nekako nadomeščata položaj nog. Primerek so našli v njegovi grobnici v Gizi in izhaja iz obdobja starega kraljestva, nekje med četrto in zgodnjo peto dinastijo. Vir: John F. Nunn, *Ancient Egyptian medicine*, British Museum Press, London 1997, str. 79



Faraon Saptah iz 19. dinastije, čigar mumija se nahaja v Kairskem muzeju, je trpel zaradi deformacije, imenovane *kepaste noga*. Vir: John F. Nunn, *Ancient Egyptian medicine*, British Museum Press, London 1997, str. 79

S seciranjem živali za obredne namene in z mumificiranjem so Egipčani spoznali človekovo notranjost in sklepali na delovanje posameznih organov. Kljub vsemu temu pa medicina ni napredovala tako, kot bi lahko. Znali so si razlagati poškodbe, rane na površini telesa, prelome kosti, ki so bile posledice udarca, padca. Drugače pa je bilo z obolenjem, ki je nastalo nenadoma. Nejasen izvor takšne bolezni in strah, ki ga je izzvala sprememba v počutju,

sta pogojevala mistične predstave. Medicina je začela vse bolj padati pod vpliv religije. Razvila se je demonistična medicina. Ta se je za izganjanje demonov in drugih zlih duhov oziroma za preprečitev njihovega vstopa v telo posluževala različnih magičnih formul, obrednih plesov, amuletov ...

Viri so na voljo pri avtorici.

Ladak – dežela visokih prelazov, molilnih mlinčkov in nasmejanih ljudi

Stanka Jelenc

V začetku avgusta se je v Ladaku zgodila velika naravna katastrofa. V pokrajini, skriti za himalajsko verigo, tako da jo monsunsko deževje ne doseže, se je utrgal ogromen oblak in povzročil pravo opustošenje. 215 mrtvih, več kot 70 ljudi pogrešanih, 600 ranjenih, med njimi tudi turisti, več kot 1.000 uničenih domov, uničene ceste in prevozna sredstva ... to je precej žalostna statistika.

Zdaj je oktober, turistična sezona se počasi končuje, bliža se dolga in mrzla zima. Le kako jo bodo Ladačani preživeli in kako si bodo opomogli?

Naj ta zgodba razkrije tudi lepšo stran Ladaka, ki sem jo imela možnost spoznati ob večkratnih obiskih. Pa nisem edina, saj je mali Tibet pri Slovencih in tujih popotnikih zelo priljubljen.

Ladak je najvišje ležeča indijska pokrajina, v kateri visokogorski prelazi ponekod segajo nad 5000 metri, medtem ko se najvišji vrhovi vzpenjajo do višine 7000 m. Drobna lisa na zemljevidu sveta, ki na zahodu meji na muslimanski Kašmir, na drugi strani se dotika Tibeta. Nekdaj so tu mimo vodile stare trgovske poti proti Kitajski, trgovalo se je s svilo, z dragulji, s preprogami in z

začimbami. Po l. 1959 so Kitajci zaprli meje s Tibetom, na drugi strani pa se je začelo rožljanje z orožjem med Pakistanom in Indijo, ki se že vse od indijske neodvisnosti pogajata za košček ozemlja, imenovanega Kašmir, preo katerega poteka ločitvena črta. Ladak pravzaprav leži na strateško zelo občutljivem ozemlju, ki so ga Indijci pred tujci skrivali vse do leta 1974.

Glavno mesto Leh leži na višini 3.500 m, kjer življenje poteka po vzoru majhnih mest tretjega sveta, v katerem ni v nebo segajočih nebotičnikov, tovarniških dimnikov in moderne infrastrukture. Vsekakor se je Leh precej spremenil od mojega prvega obiska leta 2003. Turizem postaja vse pomembnejša gospodarska panoga, ki v pretežno agrarni deželi predvsem mlajšim generacijam nudi možnost dobrega zaslužka in s tem boljšega življenja, kot ga živijo njihovi starši, vsaj v gmotnem pogledu.

Mesto oživi predvsem od junija do septembra, med glavno turistično sezono, ko sem letno zaide približno 18.000 tujih obiskovalcev. Večina se odloči za krajše ali daljše trekinge po skritih delih Ladaka, kjer vodi na tisoče pešpoti. Ko spiš pod šotorskim krilom in si odvisen le od tega, kar prineseš s seboj, življenje



Mesto Leh na višini 3.500 m



Tipična puščavska pokrajina v Ladaku, kjer zelo redko dežuje, saj včasih je bilo tako.



Budistična stupa nad mestom Leh

naenkrat postane zelo preprosto. Za zahodnjake, vajene prebivanja v velikih mestih, je to pravzaprav pravo duhovno prebujenje.

Ponudba se prilagaja povpraševanju, vsako leto je več turističnih agencij, cenениh hotelov in prenočišč, restavracij ter trgovin.

Računalniki, internet in telefon so tujim obiskovalcem na voljo na vsakem koraku.

»Pridi, zate imam najboljšo pašmino!« vabi v svojo trgovino Shah, mlad Kašmirec s temnimi očmi, ki na ulicah Leha poleti prodaja dragulje in preproge ter dragoceno tkanino, imenovano pašmina, stkano iz dlak istoimenskih himalajskih koz. Kašmirci, spretni trgovci, tu obvladujejo večji del trgovine. Potem so tu Tibetanci, večinoma begunci oziroma njihovi potomci, ki so se sem zatekli pred kitajsko okupacijo. Večino najdeš na tržnicah, pod velikimi šotorskimi platni prodajajo oblačila, nakit iz turkizov in rdečih koral, molilne zastavice in pripovedujejo zgodbe o svojem izgnanstvu in uničeni domovini.

V vasi Choglamsar blizu Leha jih živi približno 6.000. Le kaj je tokrat ostalo od njihovih prebivališč?

Na srečo v Lehu še ni barov in lokalov s hrupno zahodnjaško glasbo. Življenje povsem zamre po 10. uri zvečer, ko se zaprejo vrata še zadnje restavracije. Alkohol, največkrat pivo, je zelo redkokdaj na prodaj v restavracijah. Domačini se radi poveselejo ob čangu, doma pridelanem ječmenovem pivu, ki ima okus po skisanem, in je na voljo v vsaki vasi.

Ladak je že na prvi pogled precej drugačen od svoje matere Indije. Mali Tibet so ga pred več desetletji poimenovali prvi tuji obiskovalci, pa ne zaradi tibetanskih beguncev. Večina prebivalcev je namreč budistov, tibetanski budizem pa prevladujoča religija. Na hribih je že od daleč opaziti budistične samostane, v teh krajih imenovane gompe. Menihi so oblečeni v temno rdeča ogrinjala, ki se v zgodnjih jutranjih urah posvetijo obrednim molitvam, čez dan pa se pomešajo med lokalne prebivalce. Na strehah hiš, prelazih in mostovih, na gorskih vrhovih so izobešene molilne zastavice,

tanki koščki tkanine v petih različnih barvah: rumeni, zeleni, rdeči, beli in modri, na katerih so natisnjene mantrе. Ko zapiha veter, molitve odnaša na vse štiri strani neba. Stare, raztrgane in obledele zastavice človeka opominjajo na minljivost vsega na tem svetu, na njih znova in znova nameščajo nove. Kot prisposodba za življenje, ki vedno teče v istem krogu, od rojstva do smrti.

Ladačani so s svojimi temnimi obrazi pravilnih potez, s poševnimi očmi in črnimi lasmi bolj kot Indijcem podobni Tibetancem. So skromni in pošteni ljudje, njihovo precej težko življenje je prežeto z vsakodnevno molitvijo. Vsepovsod je opaziti veliko predanost svojemu duhovnemu voditelju Njegovi Svetosti dalajlami, ki živi v izgnanstvu v Dharamsali, le nekaj sto kilometrov stran. V vsakem samostanu je slika z njegovo podobo, obdana z bankovci, dišečimi palčkami, s svilenim šalom, pred njo pa se spoštljivo priklanjajo domačini.

Umirjenosti in preprosti Ladačanov se slej ko prej naležeš tudi sam, ko v vasi zavrtiš molilni mlinček od leve proti desni, ob sončnem vzhodu pa se v vaški gompji udeležiš pudže, jutranje molitve.

Pokrajina je večinoma puščavska, vegetacija je redko posejana, tako kot so redki njeni prebivalci. Oko vajeno zelenih gozdov in cvetočih travnikov bo tu našlo le osamljene topole in vrbe, šipkove grme in šope trav. Več zelenja je le ob rekah in potokih, kjer je človek posadil ječmen, grah in druge kulture, kar mu omogoča preživetje v ekstremnih razmerah. Pozimi se namreč ponekod temperature spuste tudi do 30 stopinj C pod ničlo; takrat se vaščani zavijejo v debele, jakove kože in se stisnejo k ognju, na katerem kurijo čez poletje nabrane jakove iztrebke. Drv in premoaga tu namreč ne poznajo. Pičle obroke največkrat sestavljajo pražena ječmenova moka – campa, namočena v čaj, koščki posušenega sadja in zelenjave. Številne vasi so povsem odrezane od preostalega Ladaka, prelazi so zasneženi ali pa poledeneli in tako povsem neprehodni, ponekod pa veliko nevarnost za ljudi in živali pomeni snežni leopard, ki se potika naokrog.



Festival v vasi Lamayuru – dnevi radosti v težkem življenju

V zadnjih letih je v številnih skromnih domovih zasvetila žarnica in vnesla nekaj svetlobe v težko življenje ljudi. Ladak ima namreč kar 300 sončnih dni letno, kar so s pomočjo številnih tujih projektov domačini začeli uporabljati v svojo korist. Male sončne kolektorje je zdaj mogoče videti na strehah preprostih bivališč, gomp in celo nomadskih šotorov. Cena te naprave je še precej visoka, tako da indijska vlada revnejšim prebivalcem subvencionira nakup.

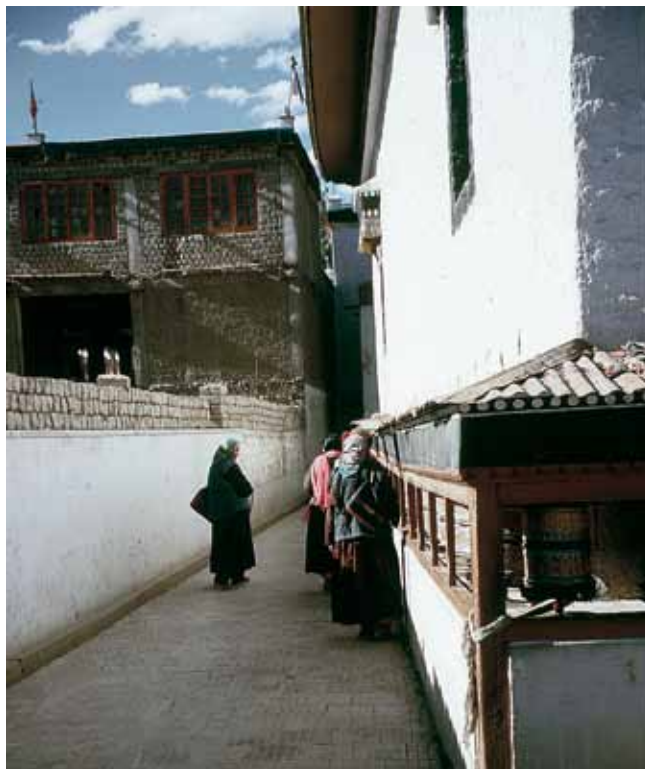
Voda iz pip priteče le v hotelih v Lehu, kjer prebivajo tujci, vajeni vsakodnevne prhe in čiščenja zob. Življenje v deželi, kjer v enem letu pade le tolikšna količina padavin kot pri nas v enem mesecu, je povsem odvisno od talečih se ledenikov. Od tam potoki pritekajo v dolino, tam pa jih marljive roke ustrezno zajezijo v kanale, tako da je vode dovolj za vse, za ljudi in živali, za kuhanje in pranje. Tokrat je bila voda pogubna.

Globalizacija in naraščajoči turizem v Ladak prinašata spremembe veliko hitreje, kot bi si domačini želeli. Številni tujci vzljubijo to deželo že prvič, nato pa se znova vračajo, tudi z namenom, da bi skupaj z Ladačani zaščitili njihovo kulturo, zadržali ekološko ravnovesje in socialno harmonijo.

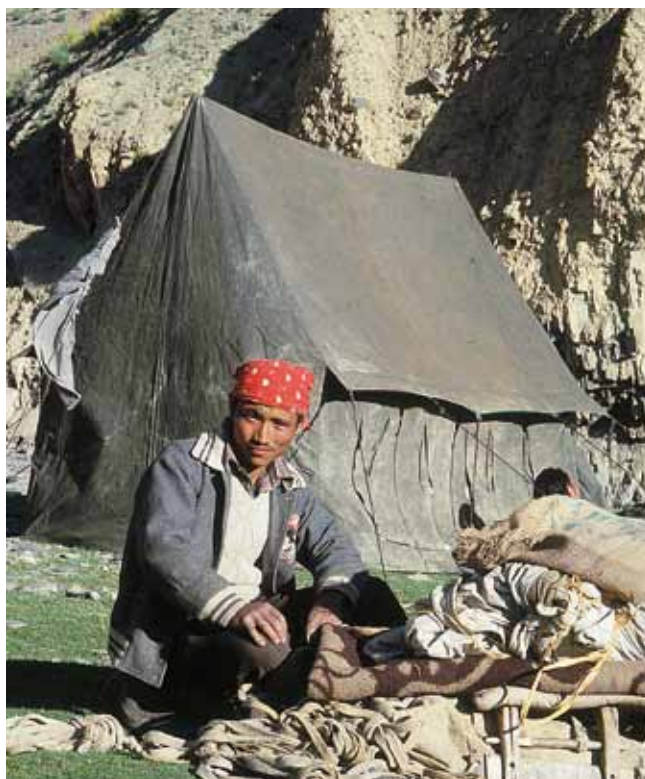
»Uporabite prekuhano vodo! Ne kupujte plastičnih steklenic,« poziva Ladags Melong, Ogledalo Ladaka, mesečnik, ki izhaja v ladaškem in angleškem jeziku. Izredno zanimivo in poučno branje o vsem, kar se dogaja v tej idilični pokrajini.

Plastične vrečke so tu prepovedane, namesto njih je v uporabi časopisni ali ovojni papir. Ta prepoved je stopila v veljavo leta 1998, za kar ima glavne zasluge Zveza ladaških žena – Women's Alliance, ki je na splošno zelo aktivna organizacija. Pod vodstvom ambiciozne Dolme Tsering in mentorstvom Švedinje Helene Nordberg, znane zaščitnice ladaške kulture, se ženske, oblečene v svoja tradicionalna oblačila, večinoma srečujejo pozimi, ko ni dela na poljih. Čeprav večinoma manj izobražene se lotevajo tako pomembnih vprašanj, kot so: položaj in ugled žena v družbi, uporaba kontracepcije, problem ločitve, primeri posilstev itn. Trenutno v zvezi deluje 5.000 žena, njihovi glasovi so vse bolj slišni, njihova mnenja pa vse pogosteje upoštevana.

Čeprav je življenje domačinov težko, je na njihovih obrazih opaziti veselje in optimizem. Po mesecu dni se vračaš nazaj domov, v svoj duhovno osiromašeni svet, obdan z molilnim mlinčkom in s pisanimi zastavicami. Nič čudnega, da se v Ladaku zatakneš že ob prvem obisku, nato pa se znova vračaš tja.



Vrtenje molilnih mlinčkov – vsakodnevni obred Ladačanov



Prijatelj Punchok, ki si poleti kruh služi s turizmom

Mednarodna izmenjava specializantov družinske medicine na Nizozemskem

Tea Stegne Ignjatovič, Saš Jurij Tašič

Nizozemska organizacija specializantov družinske medicine LOVAH in njeni energije polni predstavniki so od 25. do 29. maja 2010 organizirali mednarodno izmenjavo mladih specializantov družinske medicine. Da je bila izmenjava resnično mednarodna, pove že dejstvo, da je na Nizozemsko, vključno z nama iz Slovenije, prišlo 32 mladih zdravnikov iz 16 evropskih držav.

Vsakemu izmed nas je bil dodeljen nizozemski specializant družinske medicine (DM), pri katerem smo prva dva dneva gostovali in z njim preživeli tudi službeni dan v ambulanti družinske medicine (DM), v kateri opravlja specializacijo. Ker dejansko večina Nizozemcev odlično govori angleški jezik, s sporazumevanjem nismo imeli težav.

Na Nizozemskem je okoli 8.200 družinskih zdravnikov za 16 milijonov prebivalcev, celotno primarno zdravstvo pa deluje na koncesijski sistem. 8.200 družinskih zdravnikov tako dela v 4.600 praksah, posamezna praksa pa ima opredeljenih 2.350 pacientov. Ena ključnih značilnosti nizozemskega osnovnega zdravstva, primerljiva s slovenskim, je t. i. »gatekeeping« princip oz. princip vratarja zdravstvenega sistema, ko ima pacient dostop do hospitalne specialistične obravnave, z izjemo urgentnih življenjsko ogrožajočih stanj, izključno na osnovi napotnice, ki mu jo izda izbrani družinski zdravnik. V ambulanti DM je zaposlena tudi višja medicinska sestra s 3-letno fakultetno izobrazbo iz »družinske medicine« in je zato kompetentna samostojno triažirati in naročati paciente ter tako že sama v računalnik vpiše vzrok prihoda bolnika. Običajno pomeni en obisk pri zdravniku tudi konzultacijo o enem problemu, kar so ljudje na Nizozemskem sprejeli. V večjih skupnih praksah imajo zaposleno tudi za to usposobljeno sestro, ki sama vodi nezapletene primere kronične terapije ter se po potrebi posvetuje z družinskim zdravnikom. V primarnem zdravstvu pacient ne plačuje ničesar, vse storitve so namreč kriče iz osnovnega zdravstvenega zavarovanja. Ambulante oz. družinski zdravniki niso plačani glede na glavarino, ampak izključno po storitvah, to pomeni glede na število pregledov, št. telefonskih konzultacij, št. hišnih obiskov in št. posegov. Pacientova kartoteka je elektronska, na roke se ne piše ničesar, pregledane EKG-posnetke sestra skenira in jih vnese v elektronsko kartoteko, napotnice za kliničnega specialista v bližnji bolnišnici se pošljejo večinoma po elektronski pošti.

Delovni čas je od 8.00 do 17.00 in časa je na pretek (vsaj tako se je zdelo nam, specializantom držav iz t. i. nekdanjega vzhodnega bloka, navajenih na svojih 6–7 minut na pacienta).

Pacienti so naročeni na 10–15 minut od 8.00 do 10.00 in od 15.00 do 17.00, tako da na dan pride do zdravnika običajno 20–30 pacientov. Od 12.00 do 13.00 oz. po potrebi tudi več je čas rezerviran za hišne obiske, ki so posebej plačani in včasih vsaj po naših izkušnjah tudi bolj socialne narave, saj se vsakega starostnika starejšega od 80 let kljub odlični patronažni službi obiskuje tudi iz nemedicinskih indikacij. Na dan naredi tako zdravnik vsaj 1 hišni obisk. Od 13.30 do 14.30 je rezerviran čas za posvete s pacienti po telefonu. Za telefonske posvete se pacienti pri sestri naročijo in zdravnik jih nato ob določenih uri pokliče. Posvet po telefonu se šteje kot storitev in je kot tak tudi plačan. Ena ura dnevno dopoldne je namenjena konzultaciji mentorja s specializantom ali pa z drugimi zdravniki, zaposlenimi v praksi DM. Dodatna popoldanska ura je namenjena konzultaciji po telefonu s kliničnimi specialisti in z lekarniškim farmacevtom.

Ker v primarnem zdravstvu nimajo pediatrov in ginekologov, kar dejansko velja za večino evropskih držav, družinski zdravniki delajo tudi preventivne brise mat. vratu, vodijo nosečnice, uvajajo kontraceptive in hormonsko nadomestno terapijo, zdravijo bolne otroke. Za preventivne preglede otrok obstaja posebna služba zdravnikov, specializiranih izključno za preventivo in cepljenja otrok.

Udeleženci kongresa na sklepni slovesnosti v Den Haagu.



Obetavno strokovno področje

Medicina ostaja tudi v kriznih časih v samem vrhu lestvice najbolj obetavnih strokovnih področij. Strokovnjaki mednarodne organizacije za delo (ILO) na podlagi raziskave »The Jobs of the Future« napovedujejo, da bodo do leta 2018 največjo rast in napredek na medicinskem področju dosegli naslednji poklici oz. področja: biomedicinski inženiring (72 odstotkov), omrežni sistemski analitiki v zdravstvu (53 odstotkov), zdravstvena pomoč na domu (50 odstotkov), nega in pomoč na domu (46 odstotkov), strokovnjaki za finance v zdravstvu (41 odstotkov), medicinski raziskovalci in znanstveniki (40 odstotkov), zdravstveni tehniki in asistenti (39 odstotkov), dermatologi in dermatokozmetiki (38 odstotkov), biokemiki in biofiziki (37 odstotkov), športno-medicinski strokovnjaki (37 odstotkov), strokovnjaki za zdrav življenjski slog itd.

Vira: ILO, Labor Department »Occupational Outlook Handbook«

Nina Mazi

Bolniških staležev na Nizozemskem in tudi v večini evropskih držav v ambulantah DM ne izdajajo. Bolniške staleže, če je treba, izdajajo zdravniki specialisti medicine dela. Za krajše staleže zaradi npr. viroze ljudje v večini zahodnoevropskih držav ne potrebujejo bolniških listov, ampak se dogovorijo z delodajalcem. Tako je razumljivo, da so dnevne obremenitve s številom obiskov v ambulantah DM v teh državah manjše.

Tretji dan smo se vsi tuji specializanti srečali na Medicinski fakulteti v Leidnu, kjer smo se med seboj spoznali in izmenjali izkušnje preteklega dne v ambulanti gostitelja. Vsak izmed nas je predstavil kratek seminar, večina na temo primarnega zdravstva ali pa specializacije DM v svoji državi. Tako je bilo zanimivo slišati, da imajo tudi v Veliki Britaniji dolge čakalne dobe za posamezne diagnostične preiskave, npr. za UZ abdomna par mesecev, da si mora družinski zdravnik v Nemčiji sam organizirati in tudi plačati svojo specializacijo iz DM ter da v Avstriji specializacija iz DM sploh ne obstaja in da po 3 letih klinične prakse v ambulanti DM lahko dela vsak ali pa vpiše klinično specializacijo. Tudi za obisk pri kliničnem specialistu v Turčiji in zanimivo tudi v Avstriji posameznik ne potrebuje napotnice, kar ima za posledico preobremenjeno sekundarno raven in dražji zdravstveni sistem.

Specializacija DM na Nizozemskem je 3-letna. Prvo in zadnje, tretje leto specializant dela v ambulanti DM, običajno sta to za vsako leto dve različni ambulanti, tj. ena na podeželju, ena v mestu. Specializant dela samostojno v svoji ambulanti, vendar vzporedno z mentorjem, vsak dan ima na voljo 1 uro organizirane konzultacije z mentorjem. Drugo leto specializacije predstavlja klinično kroženje, ki obsega 6 mesecev kroženja v različnih urgentnih ambulantah in kliničnih oddelkih, 3 mesece kroženja na geriatriji in 3 mesece na psihiatriji.

Enkrat tedensko se vsi specializanti v skupinah po 10–12 udeležijo neke vrste modulov na Katedri DM na medicinski fakulteti. Ker je poudarek specializacije iz DM

komunikacija med zdravnikom in pacientom, se morajo v ta namen specializanti med delom v ambulanti tudi občasno snemati. Posnetke pogovorov s pacienti (brez kliničnega pregleda) nato komentirajo že s svojim mentorjem in pa tudi na modulih enkrat tedensko. Enega takih posnetkov smo si ogledali tudi mi in ga nato s pomočjo posebnih vprašalnikov o komunikaciji tudi ocenili. Naj omeniva tudi, da imajo specializanti DM posebej za njih pripravljene učbenike posameznih specialnosti, npr. interne medicine, kirurgije itn., torej s poudarkom, kaj naj obvlada družinski zdravnik in ne kakšen drug specialist.

Četrty dan smo se tuji in nizozemski specializanti DM udeležili mednarodnega kongresa, ki ga je organizacija LOVAH odlično organizirala v Haagu, s številnimi predavanji in z delavnicami v angleškem jeziku. Teme kongresa niso bile klinične oziroma strogo medicinske, ampak so bile zastavljene bolj človeško, s pogleda mladega zdravnika, ki se srečuje ob svojem delu z veliko vprašanji. Kot primere naj navedeva predavanje o pisanju kakovostnih člankov v medicini, pogovor o vlogi družinskega zdravnika ob pandemiji prašičje gripe, razpravo o strasti do življenja pri skrbi za umirajoče, razkrivanje mnenj, zakaj bi kdo želel delati kot zdravnik v drugi državi, in ne nazadnje tudi tema o tem, kako pomagati zdravnikom, ki zbolijo.

Mednarodno izmenjavo smo sklenili z večerjo s plesom in z željo, da se še kdaj vidimo. Ob tej priložnosti bi se rada zahvalila organizaciji LOVAH, še posebej pa organizaciji WES, tj. nizozemski skupini za mednarodno izmenjavo, ki nama je omogočila in tudi financirala udeležbo na mednarodni izmenjavi specializantov DM na Nizozemskem. Srečanje, ki je bolj ali manj vsakoletne narave, iskreno priporočava tudi drugim slovenskim specializantom družinske medicine, saj ti, verjemite, da občutek, da v tem poklicu nisi sam s svojimi pacienti, ampak so po svetu še drugi, tebi podobni, z enakimi željami in upi na boljšo prihodnost.

17. nefrološka šola v Budimpešti

Boštjan Kersnič

Od 26. do 31. avgusta 2010 je v Budimpešti potekala 17. nefrološka šola z 280 udeleženci iz 28 držav, kjer so bile v ospredju države »vzhodnega« bloka, nekaj pa je bilo tudi izjem. Šola je bila organizirana pod okriljem madžarske ledvične fundacije v okviru univerze Semmelweis v sodelovanju z mednarodno nefrološko skupnostjo – ISN – in evropsko ledvično asociacijo – ERA-EDTA. Šola zajema celotno množico znanja, ki se začne z nadomestnim zdravljenjem, s hemodializo, peritonealno dializo, transplantacijo ledvice, hipertenzijo in s klinično nefrologijo. Glede na sorazmerno »mlado« specializacijo iz nefrologije v naši državi se nas je omenjene šole udeležilo – zaradi bližine – kar lepo število udeležencev iz Slovenije.

Prvi dan srečanja se je začel kot običajno, tj. z registracijo udeležencev in s predstavitvijo šole. Uvodne besede je imel profesor Laszlo Rosivall kot predsednik narodne madžarske ledvične zveze. Že takoj po tem pa smo začeli program, in sicer z zelo zanimivo zastavljenim predavanjem, kjer nam je bolnik s kronično ledvično boleznijo predstavil svoj pogled na zdravljenje. Per Ake Zillen iz Švedske je predstavil svojo izkušnjo s kronično ledvično boleznijo, ki ga je doletela iznenada, saj je po 10-letnem premoru na sistematskem pregledu ugotovil, da ima le 10-odstotne ledvične funkcije, anemijo, acidozo ... Spopadanje s težavami je bilo precej težko, dramatično, vendar je uspel 6 let prebroditi z natančno dieto, s skrbjo za krvni tlak, redno fizično aktivnostjo, da je uspel priti do presaditve ledvice, kar se mu je zgodilo pred letom dni in pol. Zelo zanimivo je bilo poslušati razmišljanja bolnika in vprašanja glede njegove compliance. Kljub bolj filozofskim začetkom pa smo nadaljevali kar udarno, saj so sledila odlična predavanja. Janos Peti - Peterdi iz Združenih držav Amerike je predstavil eno izmed najbolj fascinantnih predavanj na tej šoli, kjer je pokazal delovanje na ravni posameznega glomerula v ledvici v živo s pomočjo posebnega mikroskopa. Kot prvi na svetu je tako prikazal, kako med samo

ultrafiltracijo podociti potujejo znotraj glomerula. Sledilo je predavanje Jensa Titzeja, ki je prikazal novosti pri uravnavanju natrija v telesu. Neverjetno je, da je tako skromno in preprosto predlagal eno izmed najpomembnejših odkritij zadnjega časa, da se v koži nabira osmotsko neaktivna oblika natrija. Nato je predaval še zelo eminenten in znan profesor Eberhard Ritz in Nemčije. Velika večina predavanj je bila več kot odlična, na zelo visoki ravni. Predavanja so zajemala tematiko, ki se je raztezala od hipertenzije, dialize, peritonealne dialize, transplantacije do klinične nefrologije.

V tem poročilu bi poudaril še dve ekselentni predavanji po mojem mnenju, in sicer: Balazs Szamosfalvi iz Združenih držav Amerike je predstavil kontinuirane metode pri intenzivni nefrologiji, kjer na univerzi Henryja Forda uporabljajo najsoodnejše metode, ki so tako dobro računalniško podprte, da so stvari mejile na pravo znanstveno fantastiko. Drugo predavanje pa je imel Karl Skorecki iz Izraela, ki je predstavil povezavo med molekularno genetiko in renalno odpovedjo. Neverjetno je, kako lahko spletemo zgodbe, ki jih oblikuje evolucija, ki je pravzaprav zmožna v prvi vrsti zaplesti in nato razplesti stvari – zgodba o polimorfizmu gena MHY9.

Za konec še nekaj strnjenih misli in vtisov iz šole. Po mojem mnenju je ta šola ena izmed boljših šol, ki pokriva celoten spekter nefrologije, transplantacije in dialize, ki sem jih obiskal; preseneča me sorazmerno majhen obisk, še posebej glede na predavatelje, ki so bili skrbno izbrani in v samem svetovnem nefrološkem vrhu. Sklep: obvezen obisk za vsakega pripravnika nefrologa in pripravnika internista, ki se bo ukvarjal z nefrologijo.

Zahvalil bi se podjetju Amgen, ki mi je v glavnini omogočilo obisk omenjene šole.

Še več informacij o preteklih in prihodnjih šolah lahko najdete na spletnem naslovu <http://www.bns-hungary.hu/index.php?headlabel=2>.

Skupina aktualnih in bodočih nefrologov iz Slovenije (foto: Maja Gams)



15. kongres IPNA

Matjaž Kopač

Z veseljem sem izkoristil priložnost in se udeležil 15. svetovnega kongresa mednarodnega združenja za pediatrično nefrologijo – IPNA, ki je potekal avgusta 2010 v kongresnem centru hotela Hilton v New Yorku. Udeležilo se ga je prek 1.000 pediatrov nefrologov z vsega sveta. Z našega kliničnega oddelka za nefrologijo sta se kongresa poleg avtorja prispevka udeležila še predstojnica oddelka doc. dr. Tanja Kersnik Levart, dr. med., in vodja dializne enote asist. dr. Gregor Novljan, dr. med. Potovali smo z letalom prek Frankfurta. Po prihodu v New York v zgodnjih popoldanskih urah in namestitvi v hotelu smo si ogledali predel Manhattna v okolici hotela.

Že naslednje jutro se je začel strokovni program, in sicer s simpozijem o Alportovem sindromu (AS), ki je potekal ves dan. V uvodnem predavanju, bogatem s slikovnim gradivom, smo obnovili znanje o fiziologiji in strukturi ledvic, glomerulnega aparata in glomerulne bazalne membrane ter o patofiziologiji AS, ki pogosto pripelje do končne ledvične odpovedi. Kot mogoče terapevtske tarče za zdravljenje v prihodnosti so navedli gensko in celično zdravljenje ter zdravljenje na osnovi zamenjave kolagena. V nadaljevanju smo se seznanili z genetsko diagnostiko AS in s korelacijo genotipa s fenotipom. Obstaja širok spekter klinične slike v različnih družinah, s pogosto izraženo končno ledvično odpovedjo šele v zrelejših letih. Za pediatra je to pomembno zato, ker pri otrocih v teh družinah klinična slika in izvid biopsije ledvic lahko posnemata nefropatijo tanke glomerulne bazalne membrane. Genetska diagnostika daje informacijo ne le o diagnozi bolezni, ampak tudi o prognozi, kar je pomembno zaradi zgodnjega terapevtskega ukrepanja. V predavanju o biološkem zdravljenju so nato predstavili vzpodbudne izsledke študij živalskih modelov o zdravljenju s presaditvijo kostnega mozga, vendar ostaja odprtih še preveč vprašanj in so potrebne nadaljnje raziskave. Nadalje smo slišali, da imajo tudi prenašalci na X-kromosom vezanega AS tveganje za končno ledvično odpoved, še zlasti ob prisotni proteinuriji ali izgubi sluha. Prenašalci AS s proteinurijo in/ali z izgubo sluha niso primerni kandidati za darovalca ledvice. Seznanili smo se tudi s pomenom registra bolnikov z AS. Poleg tega so raziskave med drugim potrdile, da zgodnje zdravljenje z ACE-inhibitorji ali blokatorji angiotenzinskih receptorjev upočasni napredovanje ledvične bolezni, zlasti če se začne še pred pojavom mikroalbuminurije. V zaključku je bil poudarek na vedno pereči problematiki o (ne-)sodelovanju otrok in mladostnikov s kronično ledvično boleznijo pri zdravljenju. Znanih je več razlogov za slabo sodelovanje, kot so: zapletene sheme jemanja zdravil, neugodne družinske razmere, slab nadzor staršev, slaba samopodoba in podobno. Različne metode nadzora jemanja zdravil se niso izkazale za zelo natančne in praktične. Po drugi strani pa kronični ledvični bolniki, še zlasti pa otroci na dializi, kakovost svojega življenja ocenjujejo slabše kot otroci in mladostniki z drugimi kroničnimi boleznimi.

Naslednji dan je bil v znamenju simpozija o hipertenziji pri otrocih. Znatno del je bil posvečen zdravlilom, ki neposredno inhibirajo renin, kot je na primer aliskiren. Gre za obetavna zdravila, pri katerih ni treba prilagajati odmerka pri okrnjeni ledvični funkciji, ker se izločajo z blatom. V primerjavi z ACE-inhibitorji ne povzročajo dviga plazemske reninske aktivnosti. Na žalost pa še ni zadosti podatkov o uporabi pri otrocih. Glede zdravljenja urgentne hipertenzije smo slišali že znano dejstvo, da je zelo visok krvni tlak treba zniževati postopoma in da pri tem ni priporočljivo uporabljati kratko delujočih Ca-antagonistov. Na koncu smo se seznanili še z izsledki študije, na osnovi katere je pri bolnikih s kronično ledvično boleznijo in hkratno proteinurijo priporočljivo vzdrževati krvni tlak pod 50 percentilo za starost in telesno višino, pri tistih brez proteinurije pa pod 75. percentilo. Dan smo sklenili s simpozijem o obravnavi najpogostejših glomerulnih bolezni pri otrocih. Poudarili so, da je pri otrocih z nefrotskim sindromom priporočljivo uporabiti dolgotrajnejšo shemo prejetanja kortikosteroidov, saj je ob tem verjetnost dolgotrajne remisije večja.

V nadaljevanju sem se udeležil skupnega nefrološko-urološkega simpozija. V začetnem delu so nam predstavili spoznanja o vplivu motene strukture in funkcije sečnega mehurja na razvoj ledvic v najzgodnejšem obdobju življenja, do katerih so prišli v veliki meri s študijami živalskih modelov, zlasti z modeli valvule sečnice pri plodovih ovc. Predstavili so nam izsledke genetskih študij pri otrocih z vezikoureternim refluksom (VUR), pri čemer so med drugim navedli tudi skupno slovensko-britansko študijo. V nadaljevanju smo slišali o nekaterih že znanih in tudi novejših kazalnikih za večjo verjetnost VUR in poznejše brazgotine ledvic pri otrocih z okužbo sečil. Ena izmed raziskav je kot najzanesljivejši ultrazvočni (UZ) kazalnik za VUR poudarila razširitev sečevoda, od laboratorijskih kazalnikov pa koncentracijo prokalcitonina (PCT) med okužbo sečil, zlasti če je ta večja od 0,6. Opravljanje mikcijskega cistograma so na osnovi tega priporočili pri otrocih z okužbo sečil s hkratno UZ-razširitvijo sečevoda in/ali koncentracijo PCT nad 0,6. Glede zaščite pri otrocih z VUR so predstavili različne argumente za in proti, sklenili pa so, da je zaščita smiselna pri deklicah do osvojenih mikcijskih navad, pri dečkih pa le v prvem letu starosti oziroma dokler menimo, da je otrok ogrožen pred nastankom ledvičnih brazgotin. Operativno zdravljenje pride v poštev zlasti pri recidivnih okužbah sečil in pri nastajanju novih ledvičnih brazgotin, ni pa enotnega mnenja, kakšno naj to bo – klasična ali endoskopska operacija, obravnava je lahko tako precej različna in individualna. Predstavili so tudi obetavne izsledke glede bioinženiringa sečnega mehurja, vendar so še potrebne študije o učinkovitosti in zlasti varnosti omenjene metode. Sklenili so s predavanjem o presaditvi ledvic pri otrocih z nenormalnim mehurjem, pri čemer naj bo obravnava disfunkcijskega mehurja enaka, če je otrok kandidat za presaditev ali ne.

V predavanju o »transplantacijskem turizmu« smo spoznali številne nevarnosti tovrstnega početja, kar je bilo zlasti razvidno iz prikazanih primerov iz Bližnjega vzhoda. Starši palestinskih otrok s končno ledvično odpovedjo, ki se zdravijo z dializo v izraelskih bolnišnicah in so enakovredno uvrščeni na izraelske čakalne liste za presaditev, se pogosto odločijo za presaditev ledvice v drugi bližnjevzhodni državi. Ob tem običajno izvor ledvice ni znan, zaradi pomanjkljive perioperativne oskrbe pa je tudi več zapletov.

Dan smo sklenili s simpozijem o atipičnem hemolitično-uremičnem sindromu (HUS), ki predstavlja manjši del vseh otrok s HUS, vendar je pomemben zaradi slabše prognoze, saj se lahko večkrat ponovi, pri večini povzroči rezidualno nefropatijo, hipertenzijo, pogostejša je končna ledvična odpoved, rezultati presaditve ledvice pa so slabši. Atipični HUS povzročajo motnje v alternativni poti komplementa. Specifične genetske mutacije (z variabilno penetranco) napovedujejo resnost poteka bolezni in ponavljanje. Na koncu smo se seznanili še z novjšimi načini zdravljenja, zlasti z ekulizumabom, ki je humanizirano monoklonsko protitelo proti sestavini komplementa C5. V posameznih primerih, odpornih na standardno plazmaterapijo, se je izkazal za učinkovitega, zlasti ob zgodnjem začetku zdravljenja. Potrebne pa so še nadaljnje raziskave, ki bi učinkovitost in varnost pri otrocih bolj prepričljivo dokazale.

Nadaljevanje kongresa je bilo v znamenju sklopa predavanj o biologiji podocitov, kjer smo slišali nekatera novejša spoznanja na področju molekularne biologije in celične fiziologije podocitov. Glede na predstavljene izsledke se tukaj nahajajo potencialne terapevtske tarče pri nefrotskem sindromu in nekaterih glomerulopatijah. Med njimi so npr. kalcijzaznavajoči receptorji na podocitih, katerih vzpodbujanje s kalcijmimetiki je v študijah stabiliziralo citoskelet podocita, zmanjšalo njihovo apoptozo in posledično tudi proteinurijo. Za zdaj pa še ni dovolj podatkov za klinično rabo. Popoldne pa sem se udeležil simpozija o nefrotskem sindromu in fokalni segmentni glomerulosklerozi (FSGS), ki se je začel s predstavitvijo dognanj na področju molekularne biologije in genetike teh bolezni, ki je predmet intenzivnih raziskav in v prihodnje bodo ta spoznanja verjetno v večji meri usmerjala zdravljenje. V nadaljevanju je bila zlasti zanimiva predstavitev študij, ki proučujejo nove snovi v zdravljenju FSGS. Pri adalimumabu, monoklonskem protitelesu proti TNF- α , in še zlasti pri rosiglitazonu so ugotovili več resnih stranskih učinkov. Kot potencialno zdravilo pri FSGS intenzivno proučujejo tudi galaktozo, ki je sposobna vezati in aktivirati permeabilnostni faktor v krvi, ki je odgovoren za proteinurijo in slabšanje ledvične funkcije. Opisani so že bili primeri uspešne rabe galaktoze pri bolnikih s FSGS, z rezistentno na druga zdravila. Ob koncu so nam predstavili različne registre bolnikov z nefrotskim sindromom in s FSGS, ki prinašajo novo kakovost v obravnavi teh bolnikov, poleg tega pa predstavljajo osnovo za mednarodno primerljive študije.

Naslednji dan smo začeli s sklopom predavanj iz hipertenzije, s poudarkom na ambulatornem merjenju krvnega tlaka z avtomatskim merilcem (ABPM) in njegovi klinični uporabi, zlasti pri oceni prizadetosti tarčnih organov. Metoda se je

izkazala za zanesljivo in dobro ponovljivo. Med drugim so izpostavili pomen maskirane hipertenzije, ko je krvni tlak v ambulanti normalen, izmerjen z ABPM pa povišan, kar zlasti aktivno iščemo v primeru obremenilne družinske anamneze. V nadaljevanju smo se seznanili z nekaterimi novjšimi vidiki slikovne diagnostike bolezni sečil. Sledil je sklop predavanj o akutni ledvični odpovedi v sklopu multiorganske odpovedi. Seznanili smo se s prednostmi in z omejitvami posameznih metod dializnega zdravljenja. Ob tem so poudarili, da moramo stanje ledvic vedno vrednotiti v celotnem kontekstu klinične slike, saj je prognoza teh bolnih otrok obratno sorazmerna s številom prizadetih organskih sistemov.

Udeležba na kongresu se mi je zdelo nadvse koristna, saj sem imel priložnost slišati nekatera nova spoznanja s področja pediatrične nefrologije. Sicer je bila večina novosti bolj znanstvenoraziskovalne narave, vendar bodo v prihodnosti zelo verjetno vplivale tudi na vsakdanje klinično delo. S tovrstnimi ugotovitvami se je mogoče seznaniti le na takšnih kongresih, saj veliko predstavljenih stvari še ni bilo objavljenih, poleg tega raziskav v takšnem obsegu ni mogoče in tudi ne bi bilo smiselno opravljati v našem, slovenskem prostoru. Poleg tega je bilo nekaj možnosti za dragoceno srečanje in izmenjavo izkušenj s kolegi iz drugih držav in celin, spoznal pa sem tudi nekaj novih. Zanimivo je srečati ugledne tuje strokovnjake, ki so pred časom npr. recenzirali ali citirali katerega izmed mojih člankov. Glede postopkov diagnostike in zdravljenja tudi najtežjih ledvičnih bolezni pri otrocih v klinični praksi pa smo se lahko prepričali, da delamo skladno s svetovnimi smernicami. Na nekaterih področjih, kot je npr. manj invazivno odkrivanje prirojenih anomalij sečil (zlasti VUR), pa smo naprednejši celo od nekaterih priznanih svetovnih centrov, za kar ima veliko zaslug zlasti strokovni direktor Pediatrične klinike prof. dr. Rajko Kenda, dr. med. Svetovni kongresi IPNA so le enkrat na tri leta, kar dodatno poudari pomen udeležbe na njem.

OBVESTILO

Obveščamo zainteresirane, da Ustanova Martin Devetak – fundacija za razvoj zdravstva na Severnem Primorskem, v skladu z namenom in cilji ustanove objavlja razpis za (so) financiranje izobraževanja, raziskovalnih projektov, nabave opreme, itd. za leto 2010 v skupnem znesku 30.000,00 EUR.

Razpisni pogoji so razvidni na spletni strani www.martindevetak.org.

Rok za prijave na razpis je 30. 11. 2010.

Ustanova Martin Devetak – fundacija za razvoj zdravstva na severnem Primorskem
Nova Gorica, Sedejeva ulica 6
www.martindevetak.org.

Predsednik uprave:
Emil Mozetič

3. Zdravčevi dnevi

Erika Zelko

Sredi septembra se nas je 55 zbralo v hotelu Vivat v Moravskih Toplicah na 3. Zdravčevih dnevih, katerih tema je bila letos sodelovanje zdravnika družinske medicine z različnimi zavodi, ustanovami in z društvu. V dvodnevem srečanju gotovo nismo uspeli naštetih in obdelati vseh, s katerim sodeluje zdravnik pri svojem delu v skrbi za bolnika. Obravnavati pa smo skušali vsaj tiste, s katerimi se najpogosteje srečujemo. V uvodnem predavanju je profesor Švab predstavil udeležencem vizijo novega zdravstvenega doma in ob koncu predavanja je na vprašanje enega izmed udeležencev, **zakaj tega še ni predstavil v parlamentu**, odvrnil, da ga še tja niso povabili. Najbrž dovolj zgovorno o tem, kakšen vpliv ima zdravništvo na politiko. V nadaljevanju srečanja je spec. medicine dela in športa Ksenija Šterman, dr. med., predstavila možnosti in potek poklicne rehabilitacije, o kateri – kakor se je pozneje na delavnicah izkazalo – zdravniki pogosto premalo ali nič ne vemo. Izjemno načrtno in pregledno je Boris Kramžar, dr. med., nato v nadaljevanju orisal vlogo družinskega zdravnika v postopkih ZPIZ-a. Poudaril je, da naj **ob napotitvah na sekundarni ali terciarni ravni za potrebe postopkov na IK na napotnice zapišemo prošnjo za oceno funkcionalnega statusa**, ki ga ocenjuje kolega, **ne mnenja**, saj zdravniki ne poznamo opisa del in nalog, ki jih bolnik opravlja na svojem delovnem mestu.

Moram pa priznati, da smo se ob predstavitvi prof. Kegljevičeve iz Zagreba kar nekoliko boljše počutili, ko smo ob navedenih podatkih ugotavljali, da imamo sicer nekaj sistemskih razlik, vendar zelo podobne težave in skrbi pri obravnavi naših varovancev. Prof. Imre Rurik iz Madžarske je predstavil zanimive podatke o spremembah in razvoju primarnega zdravstvenega varstva v državah vzhodnega bloka, kjer so bili navedeni tudi nekateri zanimivi podatki za Slovenijo. Kolegica iz Avstrije pa je predstavila model razvoja akademske medicine na področju družinske medicine v Avstriji in sodelovanje njihovih družinskih zdravnikov s fakulteto v Gradcu.

Naslednja predavatelj, mag. Aleksander Jevšek in prof. Jože Balažič, sta se dotaknila problematike **mrliskopregledne službe in postopkov sodne prakse**, kjer se vse pogosteje kot priče, izvedenci, strokovnjaki ali le izvajalci posameznih nalog najdemo tudi zdravniki družinske medicine.

Na vprašanje, **ali sta plačnik in stroka na isti strani**, je pritrnilno odgovoril Jurij Furst, dr. med., če seveda upoštevamo načela dobre strokovne prakse in ekonomske učinkovitosti. Svojo trditev je podkrepil s primeri in poznejšim delom v delavnici ZZZS. Delo imenovanega zdravnika na ZZZS je lahko izjemno zahtevno, včasih poraja konflikt interesov, vendar ga lahko dobro opravlja zdravnik le v sodelovanju z izbranim zdravnikom bolnika, ki podaja **objektivna mnenja ter zahteve v postopkih pridobivanja pravic** o staležu in nekaterih drugih zahtevkih na ZZZS. Nadgradnja dela s praktičnimi primeri, ki

jih je pripravila dr. Masten Cuznarjeva, pa je sledila v delavnici.

Pogosta polipragmazija, še posebej starejših, lahko vodi v različne interakcije med zdravili, ki jih žal zdravniki ne prepoznamo vedno. Ob tem nam je lahko v pomoč **lekarniški farmacevt**, kar je v svojem prispevku praktično predstavil Bojan Madjar.

Popoldanski prvi dan našega srečanja smo sklenili s predstavitvijo posterjev društev bolnikov, študentov in pogovorom z našimi tujimi gosti. Dan smo končali ob neformalnem druženju, ob zvokih tria Dober večer. Naslednji dan je imela uvodno predavanje dr. Čebašek Travnikova, ki se je dotaknila vloge zastopnikov pacientovih pravic in še posebej pacientovih pravic v povezavi z novim zakonom o duševnem zdravju, ki ga je dan prej natančno predstavil Josip Lukač, direktor zavoda Hrastovec.

Združenje Europa Donna je predstavila Mojca Senčar in ob tem opozorila na velik pomen dobrega medsebojnega sodelovanja bolnika in zdravnika, ki imata v tem odnosu oba dolžnosti in tudi pravice.

Naš kolega Dean Koveš je predstavil maluse in bonuse sodelovanja zdravnika z lokalno skupnostjo. Primerjal je vlogo zdravnika, zaposlenega v javnem zavodu, in kolega koncesionarja.

Mediji postajajo pogosto nočna mora zdravništva, zato je praktično, jedrnat in izjemno zanimivo predavanje Valentina Hajdinjaka izzvalo kar nekaj razprave, katere sklep je bil predlog **skupnega izobraževanja** novinarjev in zdravnikov o medsebojnem sodelovanju ter komuniciranju, kot ga poznajo na Hrvaškem, oziroma **priprava osnutka komunikacijskega načrta Zdravniške zbornice** za javne zavode, ustanove in koncesionarje, s pomočjo katerega bodo lahko učinkoviteje komunicirali z mediji takrat, ko je to potrebno ali priporočljivo.

Časa za delo v delavnicah je bilo skoraj premalo, a kljub temu so nastali zelo dobri predlogi, katerih večina bi bila lahko izvedljiva in bi tako pomenila začetek boljšega sodelovanja z različnimi akterji pri obravnavi naših skupnih varovancev.

Sklepi delavnic:

I. ZZZS

- **Racionalno vodenje staleža**
 - neodvisna izvedenska komisija
 - »začasna« upokojitev po 1 letu staleža, dokler se zdravljenje ne konča
 - mnenje pooblaščenega specialista MDPŠ obvezujoče za delodajalca
- **Zakaj staleža naj ne bi vodil OZ?**
 - nima vpogleda v delovni proces
 - konflikt interesov
 - BS je pogosto odvisen od drugih nemedicinskih okoliščin
 - stalež naj bi vodili še izbrani ginekolog, pediater in zobozdravnik

- alternativne možnosti vodenja staleža do 30 dni (delodajalec, spec. MDPŠ, izkušnje iz tujine)
- **spremeniti zakonodajo**
- **aktivirati pacienta**

CILJ: učinkovitejše delovanje sistema, ki bi zagotavljalo prihranek sredstev in razbremenitev osebnega zdravnika glede administrativnih zadev

2. ZPIZ

- Sodelovanje izbranega zdravnika s pooblaščenim spec. medicine dela v postopku IK.
- **Ocena oziroma opis funkcionalnega statusa v specialističnih izvidih** – mnenje o delazmožnosti v izvidih specialistov ni pomembno.
- Seznam obvezne medicinske dokumentacije skladno s predpisi in z individualno situacijo.
- Seznanjanje izbranih zdravnikov z oblikami – možnostmi rehabilitacije (zaposlitvena, poklicna).
- Delovno mesto pred IK in po IK (sodelovanje izbranega zdravnika, pooblaščenega spec. MDPŠ, delodajalca).
- Možnosti o pridobivanju informacij o postopku IK na ZPIZ.
- Motivacijska vloga izbranega zdravnika pri postopku IK – poklicna rehabilitacija.
- Seznanitev s kriteriji za oceno delazmožnosti in pojmom »končano zdravljenje« skladno z doktrino

3. ZAVOD ZA ZAPOSLOVANJE in CENTER ZA SOCIALNO DELO

- **Pisanje zdravniških potrdil, ki imajo krajšo časovno veljavnost** (ne 6 mesecev in več) ob opravičevanju

nesposobnosti za aktivno iskanje dela.

- OIZ seznanil osebo pred izdajo potrdila, da bo napotena pred zaposlitvijo na predhodni zdravniški pregled in ugotovitev delazmožnosti.
- Zdravniška potrdila naj upoštevajo izključno zdravstveno stanje in ne socialnega.
- Skupno sodelovanje s CSD.
- Medsebojno informiranje in sodelovanje.

4. VARSTVO PACIENTOVIH PRAVIC

- **Težave je treba reševati tam, kjer nastanejo** – zdravniki pogosto niti ne vedo, da so neprimerno komunicirali.
- Veliko novih zakonov, navodil, pravil ..., zaželeno bi bilo, da se zdravniki med seboj obveščajo in si tako medsebojno olajšajo delo.
- Smiselno se je dogovoriti za sodelovanje med zdravniki (organizirano) in predstavniki civilne družbe, ki imajo več stikov s pacienti.
- Izplača se vlagati v odnos s pacienti, ker se tako eni in drugi počutimo boljše.

Konec srečanja je bil kar prehitel v tem deževnem dnevu, ki so ga omogočili naši sponzorji. **Krka** je tudi letos prevzela vlogo glavnega sponzorja, pridružili pa so se ji še **Lek, Sanofi –Aventis, Medis in Bayer-Schering Pharma**. Moram priznati, da smo bili organizatorji zelo veseli konstruktivnih predlogov naših udeležencev za naslednja srečanja. Gotovo se bomo potrudili izboljšati, kar se izboljšati da, saj si želimo, da bodo tudi naslednje leto udeleženci odhajali od nas zadovoljni in z željo, da se ponovno srečamo. Tema **4. Zdravčevih dnevov** pa je že določena. Tematika, ki jo želimo obdelati, je **zdravje in bolezninesslovenskih zdravnikov**.

6. kongres geriatricne medicine v Evropi

Marija Petek Šter, Eva Cedilnik Gorup

Po dveh letih so se strokovnjaki s področja geriatricne medicine ponovno zbrali na 6. Kongresu EUGMS (European Union Geriatric Medical Society) v Dublinu, od 29. septembra do 1. oktobra 2010. Iz Slovenije smo se ga udeležili trije: Gregor Veninšek s Centra za vojne veterane ter zdravnici družinske medicine Eva Cedilnik Gorup in Marija Petek Šter.

Republika Irska je mlada država, saj je polovica prebivalstva mlajša od 30 let, delež starostnikov (ljudi, starih 65 let in več) pa predstavlja le 11 % celotnega prebivalstva. Kljub v primerjavi s preostalo Evropo ugodni starostni strukturi prebivalstva (delež starostnikov v Evropi je v povprečju 16 %) pa imajo zelo aktivno združenje za geriatricno medicino, ki je v sodelovanju z evropskim združenjem pripravilo odličan kongres po vsebinski in organizacijski strani.

V uvodnem delu smo se seznanili z demografskimi spremembami, ki imajo za posledico naraščajoč delež starejših in s tem grozečo socialno krizo. Ker staranja prebivalstva ni preprosto zaustaviti, pa je treba izkoristiti potencialne, ki jih imajo starejši ljudje, in breme staranja družbe obrniti v njeno dobro. Za ilustracijo so bili primeri znanih umetnikov in znanstvenikov, ki so svoje največje dosežke ustvarili v starejših letih, nekateri izmed njih tudi v pozni starosti. Primer, kako lahko starejši človek ustvari nekaj zelo sodobnega in inovativnega, smo občudovali tudi sami, saj je kongresni center v Dublinu zasnoval arhitekt Kevin Roche v starosti 73 let.

Kongres je bil zasnovan tako, da so poleg vabljenih predavateljev aktivno sodelovali tudi udeleženci s svojimi prispevki v obliki ustnih predstavitev in predstavitev posterjev. Predavanja so potekala paralelno v štirih predavalnicah, tako da se je bilo treba odločiti

med predavanji, ki so zajemala nekatere ključna področja geriatrične medicine (core curriculum) ali predstavila izzive v geriatrični medicini ter možnosti, ki jih nove tehnologije ponujajo v skrbi za starostnika. Poleg tega pa so vzporedno potekali še kakovostni satelitski simpoziji in v nadaljevanju predstavitev raziskovalnega dela udeležencev.

Večkrat je bil poudarjen pomen celostne geriatrične ocene starostnika kot osnova za nadaljnje ukrepanje in kot pomemben kazalnik prognoze starostnika. Podhranjenost in še posebej izguba mišične mase, ki je eden izmed kazalnikov krhkosti starostnika in ki sta napovedni dejavniki za slabše izide zdravljenja, predstavljata za geriatre eno najpomembnejših področij. Ocena stanja podhranjenosti s preprostim presejalnim instrumentom Mini prehranska anamneza (MNA: Mini Nutritional Assessment) je osnova za nadaljnje ukrepanje in spremljanje stanja prehranjenosti in naj bi bil sestavni del vsake geriatrične ocene. MNA poleg podatka o indeksu telesne mase (oz. obsegu goleni, če indeksa telesne mase ni mogoče določiti) vsebuje tudi za geriatričnega bolnika specifične podatke o depresiji, demenci in o sposobnosti gibanja. Vprašalnik je preveden v slovenščino dostopen na spletni strani: http://www.mna-elderly.com/forms/mini/mna_mini_slovenian.pdf.

Predpisovanje zdravil pri starejših prav tako predstavlja težavo povsod po Evropi. V zadnjem času so kriterije za starostnike potencialno neprimernih zdravil, ki so povzeti po ameriškem avtorju Beersu, nadomestili kriteriji ustreznosti predpisa zdravil STOPP/START, ki so oblikovani v Evropi in poleg o predpisu za starostnike neprimernih zdravil (STOPP kriteriji) govorijo tudi o potrebi po predpisu tistih zdravil, ki tudi v starosti dokazano izboljšajo prognozo (kriteriji START).

Zelo zanimiv sklop pa je bil namenjen etičnim dilemam pri obravnavi starostnikov. Pri odločitvi za intenzivnost pristopa k obravnavi nas mora vedno voditi cilj obravnave, ki pogosto ni le podaljševanje življenja, ampak zagotavljanje najboljše mogoče kakovosti življenja. V luči cilja obravnave je treba načrtovati tudi intenzivnost pristopa k obravnavi bolniku, kar pa pogosto predstavlja vir etičnih dilem, če vemo, da starostnik bolnik ob psihični ali telesni prizadetosti ni spodoben izraziti svojega mnenja. Če bi vnaprej zapisali bolnikove

želje glede ukrepanja ob ireverzibilnih stanjih in nesprejemljivi kakovosti življenja, ko bi bilo za povrnitev ali ohranjanje življenja potrebno intenzivno zdravljenje ali oživiljanje (npr. zdravljenje v intenzivni enoti, vstavev nazogastrične sonde), bi to zdravnikom in svojcem olajšalo odločitve v kritičnih trenutkih. Zdaj se namreč pogosto dogaja, da ob nepoznavanju bolnikovih želja in nezmožnosti pridobitve mnenja svojcev (oziroma težkemu bremenu svojcev, ki se pogosto odločijo za agresivnejši pristop, kot bi se bolnik sam) nadaljujemo postopke za ohranjanje življenja.

Poleg zlorab in zanemarjanja, kar počnejo svojci in bližnji, pa se pri starostnikih srečujemo tudi s samozanemarjanjem (self-neglect), ki je pogosto vezano na duševne motnje pri starejših, predvsem z demenco, depresijo in z alkoholizmom; to predstavlja dejavnik tveganja za umrljivost pri starostnikih.

Ob za starostnike specifičnih področjih so bile predstavljene novosti pri obravnavi pogostih za starostnike pomembnih kliničnih stanj, kot so: atrijska fibrilacija, senilna degeneracija makule, dejavniki tveganja za ateroskleroza in aterosklerotičnih bolezni pri starostnikih, pristopi k obravnavi duševnih motenj v starosti, obravnava bolečine, pristopi k obravnavi geriatričnih sindromov, kot so: inkontinenca urina in blata ter preležanine, obravnava črevesnih okužb in njihovo preprečevanje pri starejših, oralno zdravje ter rehabilitacija za izboljšanje funkcionalnega stanja in kakovosti življenja.

Bili smo tudi priča predstavitvi nove revije s področja geriatrične medicine. Urednik Jean-Pierre Michel iz Švice je predstavil European Geriatric Medicine, ki bo izhajala pri ugledni založbi Elsevier. V dodatku revije so bili že objavljeni prispevki udeležencev konference v Dublinu. Urednik z optimizmom gleda naprej in pričakuje, da bo revija v kratkem času uvrščena v ugledne baze medicinskih revij in si pridobila faktor vpliva.

Udeležbo na kongresu, ki sva se ga udeležili kot aktivni udeleženci s predstavitvijo posterjev o kakovosti življenja starostnikov v domovih upokojencev, predpisovanju psihotropnih zdravil v domovih upokojencev ter s predstavitvijo podatkov o ambulantnih obiskih starostnikov, sta finančno podprla Združenje zdravnikov družinske medicine in Zavod za razvoj družinske medicine.

Strokovno srečanje zobozdravnikov v organizaciji Odbora za zobozdravstvo pri ZZZS

Sabina Markoli, Diana Terlević Dabić

Odbor za zobozdravstvo, ki deluje pri ZZZS, je v začetku letošnjega leta sprejel odločitev, da bo organiziral strokovno srečanje slovenskih zobozdravnikov in zobozdravnic, na katerem bi obravnavali tudi stanovsko problematiko.

Z izjemnim trudom in s prizadevanji je organizacijski odbor na srečanje uspel privabiti štiri vrhunske slovenske strokovnjake s posameznih stomatoloških specialističnih področij. Prav tako smo se odločili, da na tem srečanju s posebnim prispevkom seznanimo slovenske zobozdravnike in zobozdravnice s

prizadevanji odbora in zbornice za izboljšanje položaja zobozdravnikov.

Tako je 2. 10. 2010 v hotelu Mons v Ljubljani potekalo zelo dobro obiskano strokovno srečanje z naslovom **Klinične poti in načela dobre klinične prakse pri rizičnih pacientih v zobozdravniški ordinaciji**, ki se ga je udeležilo skoraj 300 slovenskih zobozdravnikov in zobozdravnic. Srečanja se je udeležil tudi predsednik Sveta evropskih zobozdravnikov (CED) dr. Wolfgang Doneus. Prav tako smo na srečanju gostili predsednico ZZS prim. Gordano Kalan Živčec, predsednika HSK Hrvoja Peza, predsednika RSK za stomatologijo prof. dr. Ljuba Mariona, prof. dr. Vita Vrbiča, Gorazda Sajka, dr. dent. med., predsednika odbora za zobozdravstvo pri Združenju zdravstvenih zavodov ter Alenko Krabonja, dr. dent. med., predsednico DENS-a, sindikata zobozdravnikov.

Organizatorji smo bili zelo razočarani nad odsotnostjo ministra za zdravje Dorjana Marušiča, sicer častnega pokrovitelja našega strokovnega srečanja, ki je bil zadržan. V njegovem imenu nas je pozdravila Biserka Simčič, vodja projekta Kakovost v zdravstvu na MZ.

Srečanja se je začelo z otvoritvenim nagovorom predsednice Odbora za zobozdravstvo ZZS Sabine Markoli, ki se je posebej zahvalila vsem prisotnim kolegom in kolegicam za izkazano zaupanje in njihovo prisotnost.

Prav tako sta s kratkim pozdravnim govorom vse udeležence pozdravila tudi predsednica ZZS prim. Živčec Kalan in predstnik HSK Hrvoja Pezo.

Za njima je na oder prišel predsednik CED dr. Wolfgang Doneus, ki je v angleščini ob slovenskih diapozitivih (pripravila mu jih je gospa Nina Bernot, generalna sekretarka CED, ki je Slovenka) predstavil organizacijo, naloge in pomen CED-a za evropske zobozdravnike in zobozdravnice.

CED združuje več kot 300.000 zobozdravnikov iz držav EU, njegova primarna naloga pa je zastopati interese EU-zobozdravnikov pri Komisiji, v Evropskem parlamentu, pri Svetu in drugih EU-ustanovah. S svojimi komisijami sodeluje pri pripravi dokumentov o pacientovi varnosti, prostem prehodu pacientov in zobozdravnikov v EU, o priznavanju izobrazbe in drugih pomembnih strateških EU-dokumentih, ki se nanašajo tudi na zobozdravnike.

Strokovno srečanje je moderiral prof. dr. Matjaž Rode, ki je tudi zbral vprašanja za strokovno in stanovsko tematiko, ki so jih – nekatera – po pozivu v vabilu na srečanje postavili kolegi že po elektronski pošti in so zajemala različna strokovna in stanovska področja.

Sabina Markoli je predstavila položaj zobozdravnikov in skupna prizadevanja za izboljšanje vrednotenja zobozdravnikovega dela in pogojev dela. Poudarila je, da smo slovenski zobozdravniki razpeti med načeli doktrine, zakonskimi določili države, pravili Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), internimi pravili delodajalca ter potrebami in pričakovanji

pacientov. Prav na to temo je bilo kar nekaj vprašanj iz avditorija tudi ob strokovnih predavanjih.

Povedala je, da si izvajalci zobozdravstvenih storitev že leta zaman prizadevamo za partnerski odnos v zdravstvenem sistemu ter za ustrezno dogovarjanje in sodelovanje med vsemi ravni. Žal sta politika in plačnik do zdaj uveljavljala princip enostranskega odločanja, pogajanja za splošni dogovor pa so se prelevila v sprejemanje enostranskih odločitev, ki poslabšujejo delovnopравни položaj izvajalcev in posredno tudi bolnikov. Predstavniki zobozdravniških organizacij so na sestanku pri ministru podali mnenja in predloge za: opredelitev specifične zobozdravstvenega varstva v zdravstveni zakonodaji ter upoštevanje pri dogovorih in načrtovanjih; podporo MZ in pogajanja z ZZZS za nov, sodoben nabor zobozdravstvenih storitev; novo opredelitev pravic zavarovancev in definiranje košarice pravic; zagotovitev plačila po opravljenih storitvah; vzpostavitve ustrezne mreže splošnih in specialističnih zobozdravnikov za strokovno kakovostno zobozdravstveno varstvo skladno s strokovno doktrino in z načeli dobre klinične prakse ob skrbi za strokovno kakovost; predlog najnižje cene samoplačniških storitev Zdravniške zbornice Slovenije; razmislek o zobozdravniški zbornici; predlog za ureditev zobozdravstvenega varstva v Sloveniji; tudi kot Zakon o zobozdravstveni dejavnosti.

Doc. dr. Alenka Pavlič je v svojem predavanju opozorila predvsem na pomen medicinske dokumentacije, ki pomaga pri načrtovanju zdravljenja in ugotavljanju uspešnosti zdravljenja in ki je pri nekaterih slovenskih zobozdravnicah in zobozdravnikih, ki so jih obiskali člani komisij za svetovni nadzor, pomanjkljiva. V razpravi, ki je sledila, je med drugim poudarila pomen uporabe preparatov s fluoridi.



Sabina Markoli, dr. dent. med., predsednica odbora za zobozdravstvo pri Zdravniški zbornici Slovenije



Udeleženci strokovnega srečanja

Tudi prof. dr. Milan Petelin je poudaril pomen natančnega zapisovanja stanja zob in obzobnih tkiv ter ustne sluznice in izreden pomen pripravljanih postopkov pred samo izvedbo protetične rehabilitacije in nevarnosti, če preskočimo vrstni red teh postopkov. Poseben poudarek njegovega zelo zanimivega predavanja je bil namenjen parodontološki oskrbi pacientov.

Doc. dr. Kopač je v seriji primerov, na katere je naletel kot član svetovalne komisije, prikazal najpogostejša odstopanja od načel dobre klinične prakse na področju stomatološke protetike.

Doc. dr. Andrej Kansky pa je kot zadnji predavatelj slikovito opisal nekatera načela dobre klinične prakse pri oskrbi pacientov, ki pridejo po nujno zobozdravniško pomoč.

Veliko udeležencev je bilo zadovoljnih s prijetnim in sproščenim vzdušjem v dvorani, predvsem pa s strokovnimi predavanji in z razpravo, ki je bila za naše razmere zelo obširna. Prav razprava je nakazala razpetost med strokovno doktrino in načeli dobre klinične prakse ter pravili, ki jih vsiljuje zavarovalnica, kar spravlja zobozdravnike pogosto v težave.

Z željo, da bi se razmere, mogoče tudi s pomočjo zobozdravniške zbornice, uredile v smer bolj zadovoljnega zobozdravnika in bolnika, smo si obljubili, da se vidimo na podobnem srečanju tudi v naslednjem letu.

Naši uporabniki nas vse bolj kontrolirajo, kar je prav. Tudi s pomočjo tržne inšpekcije, kar zna biti neprijetno.

Licence za nuhalno svetlino – kdo jo ima, kako do nje, zakaj jo preverja tržna inšpekcija

Nataša Tul Mandić

Ko se je začejalo letošnje vroče poletje, se je **glavna tržna inšpektorica** obrnila na predsednika Združenja ginekologov in porodničarjev Slovenije (ki je eno izmed 10 društev, sekcij, združenj pri SZD na področju porodništva in ginekologije!) doc. dr. Adolfa Lukanoviča z vprašanjem, kdo izdaja licence za merjenje nuhalne svetline (NS) in ali je licenca obvezna.

Zakaj je tržno inšpektorico to zanimalo? Ker se je nosečnica, ki je bila na pregledu NS pri enem izmed slovenskih ginekologov v zasebni ambulanti, pritožila, da ji je pregled opravil zdravnik brez ustrezne veljavne licence.

Na nujnost licenc torej ne opozarjamo več samo posamezni zdravniki, ampak tudi nosečnice.

Izsek iz mojega odgovora, ki ga je podpisala tudi predsednica Združenja za perinatalno medicino SZD asist. dr. Tanja Premru Sršen, inšpektorici: **Ultrazvočne (UZ) preglede nosečnic lahko v Sloveniji opravlja vsak ginekolog z veljavno licenco. Med pregledom lahko izmeri tudi NS. Merjenje NS še ni presejalni test za kromosomske nepravilnosti.**

Za licence za opravljanje presejalnega testa z merjenjem NS skrbi mednarodna organizacija Fetal Medicine Foundation (FMF) iz Londona, ki podeljuje licence vsem, ki izpolnjujejo pogoje. **Licenca zagotavlja, da je preiskovalec ustrezno izobražen in vključen v redni vsakoletni nadzor nad kakovostjo dela. Preiskovalci, ki imajo veljavno licenco, lahko nosečnici izračunajo individualno tveganje za najpogostejše kromosomopatije.** Le izračun tveganja nosečnici omogoča nadaljnje preiskave, če so potrebne, in daje zagotovilo, da je ocena realna.

Kako se je začel ultrazvok uporabljati v medicini

Porodništvo je bila prva veja medicine, kjer se je uporabljal UZ. Medicini ga je odkril porodničar profesor Ian Donald (1910–1987), ki je leta 1956 v Glasgowu skupaj s fiziki in z inženirji sestavljal prvi UZ-aparat in postavil temelje za klinično uporabo, ki se je začela v 70. letih XX. stoletja. Tehnični razvoj aparatov je bil (in je še) navdušujoče hiter, aparati so postali na trgu lahko dostopni. UZ-preiskave so se začele pri nosečnicah široko opravljati in so postale del vsakdanje prakse, še preden so bili postavljeni osnovni standardi za novo diagnostično metodo in preden so bile dokazane dobre in slabe strani preiskav. Nova metoda je preplavila porodništvo brez nadzora, kar žal sploh ni edini primer v medicini ...

Še danes manjkajo dogovori in odgovori na nekatera temeljna vprašanja in šele v zadnjih letih se oblikujejo smernice za najpogostejše preglede, čeprav so v razvitem svetu UZ-pregledi danes nepogrešljiv del rednega vodenja nosečnosti in se redno opravljajo pri vseh nosečnicah že 20, ponekod že več kot 30 let. Primer so smernice ISUOG (International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology) za rutinski UZ v drugem trimesečju (mi ga imenujemo »pregled morfolologije ploda«), ki bodo objavljene v eni izmed prihodnjih števil revije Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. Do zdaj so objavljene smernice za pregled plodovega srca in centralnega živčevja.

Pri nas so UZ-pregledi opredeljeni v Uradnem listu (UR RS, št. 19/1998), kjer priporočajo ob vodenju zdrave nosečnice dve UZ-preiskavi, ki jih je natančneje opredelil UR RS, št. 33/2002. Prvo UZ-preiskavo priporočajo do 12. tedna nosečnosti, drugo pa okoli 20. tedna nosečnosti. **V Sloveniji nimamo nobenega (do zdaj sprejetega) dokumenta ali smernice, ki bi določala obseg in trajanje UZ-preiskav, potrebno opremo in/ali izobrazbo (licenco?) preiskovalca.**

Učenje UZ v Sloveniji

Kroženje v UZ-ambulantah in sprotno preverjanje znanja je za

specializante ginekologije in porodništva predpisano od junija 2000. Zdravniki, ki so opravljali specializacijo prej, niso imeli predvidenega časa za UZ, prav tako ne preverjanja znanja. Podiplomsko izobraževanje, ki poteka na občasno organiziranih UZ-šolah, je priporočeno, a neobvezno. Posamezniki obiskujemo mednarodne šole in kongrese.

V organizaciji KO za perinatologijo Ginekološke klinike Ljubljana so bili prvi UZ-dnevi organizirani leta 1988 in leta 1990, prvi seminar z naslovom »Problemi UZ v perinatologiji« je bil organiziran leta 1996, takrat je izšel tudi prvi zbornik na temo perinatološkega UZ v slovenščini. Sledili so še 6 UZ-šol ter trije zborniki. Večina UZ-šol je bila organizirana v sodelovanju z Združenjem za perinatalno medicino SZD.

Pogosta izobraževanja so nujna zato, ker sta tehnični in znanstveni razvoj na področju UZ zelo intenzivna, klinična uporabnost UZ pa velika. Teoretično izobraževanje ni dovolj. Potrebne so tudi praktične veščine, standardi dela in nadzor nad delom. Vzpostavitev kakovostnega sistema teoretičnega in praktičnega izobraževanja ter učinkovitega nadzora nad delom ni lahka naloga. Sistemsko to v Sloveniji ni urejeno.

Nuhalna svetlina in drugi presejalni testi za kromosomopatije med 11. in 13. tednom nosečnosti

Ocena tveganja za Downov sindrom (DS) in druge kromosomopatije z merjenjem NS med 11. in 13. tednom nosečnosti je prva standardizirana UZ-preiskava v nosečnosti in je v številnih državah in regijah (Velika Britanija, Danska, Kalifornija ...) že ponujena vsem nosečnicam v okviru osnovnega paketa preiskav v nosečnosti. Tudi pri nas se je že dobro uveljavila med zdravniki in nosečnicami. V ljubljanski regiji jo opravi prek 90 % nosečnic, v Sloveniji prek 60 %.

Standardizacija NS opredeljuje:

Namen	za oceno individualnega tveganja za DS pri plodu
Pri komu	pri nosečnicah, ki so seznanjene s preiskavo – potrebno je svetovanje pred preiskavo in strinjanje s preiskavo
Kdaj	med 11. in 13. (6/7) tednom nosečnosti
Kako	točna pravila o preseku slike skozi plod in namestitvi merilnih točk (http://www.fetalmedicine.com)
Kdo	zdravniki, babice, tehniki z licenco za NS, ki jo obnavljajo vsako leto

Standardizacija je potrebna, saj le merjenje NS z natančnim upoštevanjem pravil zagotavlja dobre rezultate. Nepravilna ocena NS poveča delež lažno pozitivnih in lažno negativnih rezultatov. Nosečnice, ki so uvrščene v skupino z visokim tveganjem, imajo možnost, da se odločijo za invazivni test za določitev plodovega kariotipa. Pri invazivni testih pride v 0,5–1 % do splava zaradi posega. Z napačno oceno tveganja za DS se delež invazivnih testov in posledičnih splavov (sicer normalno potekajočih nosečnosti) po nepotrebnem poveča. Kolateralna škoda pri napačni oceni NS so torej splavi zaradi invazivnih

testov ali neodkritih plodov z DS. Lažno pozitivni rezultati bodoče starše psihično obremenijo, zdravstveni sistem pa obremenijo z dodatnimi preiskavami

Sistem standardizacije z nadzorom je postavil profesor Kypros Nicolaides iz Harris Birthright Research Centre for Fetal Medicine, King's College London. Pred 15 leti je ustanovil dobrodelno organizacijo FMF London, ki je v raziskave in izobraževanje na področju perinatologije vložila več kot 10 milijonov funtov in danes zagotavlja brezplačen nadzor nad presejanjem v prvem trimesečju.

Nicolaides je s skupino raziskovalcev prvi opisal uporabnost NS za odkrivanje DS v prvem trimesečju in ugotovil, da je nenatančno merjenje vzrok za slabe rezultate. Zato je načrtno poskrbel, da se je presejalni test z NS načrtno in premišljeno razširil v svet ter tako preprečil ponovitev scenarija entuziastičnega, a kaotičnega uvajanja UZ-preiskav v medicino.

Začel je intenzivne enodnevnne teoretične tečaje. Pri nas ga je imel spomladi 1998 v UKC. Na koncu tečaja je bil preizkus znanja, ki ga je uspešno opravilo 90 slovenskih ginekologov. Praktično izpopolnjevanje je nato potekalo na KO za perinatologijo. V Slovenijo sem prvo licenco za merjenje NS in računalniški program za izračunavanje tveganja prinesla leta 1996, po dvomesečnem izobraževanju pri Nicolaidesu. V London sem se vrnila 1997, tam ostala 1 leto in se izobraževala iz UZ- in fetalne medicine, raziskovalno pa delala na presejalnih testih za kromosomopatije.

Danes sistem izobraževanja in nadzora poteka povsem prek medmrežja in je brezplačen. Na spletni strani <http://www.fetal-medicine.com/fmf/> se lahko vsakdo prijavi na »online education«. Tu so na voljo različna predavanja. Pod »The 11–13 week scan« sta tečaj, namenjen zdravstvenim delavcem preiskovalcem (»medical practitioner«), ki traja 3 ure, in tečaj za laike (»patient«), ki traja 1 uro in je na voljo tudi v slovenščini.

Na koncu tečaja za preiskovalce je preizkus znanja. Imena vseh, ki ga zadovoljivo opravijo, so na spletni strani. Do zdaj ga je opravilo 25.729 profesionalcev iz 170 držav, iz Slovenije 50.

Naslednja stopnja je, da preiskovalec pošlje na FMF po medmrežju 3 UZ-slike, na katerih je po pravilih izmeril NS. Če je NS izmerjen po strogih pravilih, dobi licenco za merjenje NS in računalniški program za izračunavanje tveganja za kromosomopatije. Slike je uspešno poslalo 39 slovenskih zdravnikov. Licenca velja za 1 leto, nato jo je treba obnoviti. Ponovno je treba poslati 3 slike in izpis računalniškega programa, iz katerega sta razvidna porazdelitev izmerjenih NS in ujemanje s porazdelitvijo v populaciji. Trenutno (29. 9. 2010) ima **veljavno licenco v Sloveniji 32 zdravnikov**, seznam je javno dostopen pod »Training & Certification« oz na spletnem naslovu <https://courses.fetalmedicine.com/lists/specialist>. In na tem seznamu lahko vsakdo (nosečnice, kolegi, inšpektorji) preveri, kdo ima veljavno licenco.

Licenca za NS je osnovna licenca za presejanje med 11. in 13. tednom. Nadgradnja so biokemični testi, ki jih lahko izvajajo

samo licencirani laboratoriji (pri nas je to Laboratorij za analitiko hormonov in tumorskih markerjev UKC LJ). V zadnjih nekaj letih so se razvili še dodatni testi, ki jih uporabljamo predvsem pri nosečnicah, ki imajo na osnovi NS (z biokemijo ali brez nje) tveganje višje kot ena na tisoč. To so: ocena prisotnosti nosne kosti (licenco ima 18 slovenskih zdravnikov), obraznega kota (licenco ima 5 slovenskih zdravnikov), pretoka prek duktusa venosusa (licenco imata 2 slovenska zdravnika) in trikuspidalne zaklopke (1 zdravnica, ki je tudi edina v Sloveniji z vsemi licencami za presejanja v 11.–13. tednu).

Pridobivanje licenc je danes bolj preprosto kot kdaj koli in brezplačno. Potrebujemo računalnik z dostopom do medmrežja in čas, v UZ-ambulantni pa soliden aparat, čas za primerno dolg pregled (ki je v začetku daljši). Izračun tveganja (in račun za storitev) lahko nosečnicam izdamo le, če imamo veljavno licenco.

Na KO za perinatologijo Ginekološke klinike Ljubljana in v Združenju za perinatalno medicino SZD menimo, da je mednarodna licenca, ki jo podeljuje FMF, najboljšo zagotovilo, da bo preiskovalec test pravilno opravil. Po opravljeni meritvi NS mora preiskovalec še izračunati tveganje za DS in nosečnici ustrezno svetovati. Le s tem programom izračunano tveganje za DS daje nosečnici zagotovilo, da je test kakovostno opravljen. Napovedovanje tveganja nima smisla, če NS ni izmerjen po standardih. Izračun tveganja daje nosečnici možnost, da ob povečanem tveganju uveljavlja pravico do nadaljnjih diagnostičnih postopkov. **Zdravnik, ki nima veljavne FMF-licence, ne more nosečnici izdati izvida o opravljenem presejalnem testu za DS z meritvijo NS.**

Sama specializacija ni dovolj, saj med redno specializacijo ni dovolj časa, da bi vsi zdravniki obvladali test. Po opravljenem specialističnem izpitu sta izobraževanje in nadzor nad kakovostjo dela prepuščena vsakemu posamezniku, kar ne zagotavlja, da se bodo presejalni testi opravljali po dovolj visokih standardih.

Čeprav licenciranje za NS prek FMF ni uradno opravljeno prek Zdravniške zbornice Slovenije, menimo, da je trenutno edini

Sagitalni presek skozi plodovo glavo v 12 tednu.



način za zagotavljanje kakovosti presejanja za DS. Strokovno je na najvišji ravni, za zdravnike in državo brezplačno ter standardizirano za ves svet.

In še to: presejalni test je samoplačniški za nosečnice, ki so mlajše od 35 let in starejše od 37 let, kar opredeljuje navodilo z naslovom »Presejalni testi za Downov sindrom«, ki je bilo objavljeno v »Navodilih o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni«, Uradni list RS, št. 33/02:

»Nosečnice, stare od 35 do 37 let v času pričakovanega dneva poroda imajo pravico do presejalnega testa, ki je lahko merjenje nihalne svetline ali trojni presejalni test (THT). Po 37. letu starosti v času pričakovanega dneva poroda ima nosečnica pravico do kariotipizacije (horionska biopsija ali amniocenteza).

Poseg se opravi v ustrezno opremljenem centru, za kromosomsko preiskavo pa v verificiranem laboratoriju. Enako velja za

laboratorijsko vrednotenje THT. Do kariotipizacije so upravičene – ne glede na starost – tudi nosečnice s pozitivnim presejalnim testom.«

Na sliki vidimo obrazni profil z nosno kostjo (NK, označujeta jo dve beli puščici), zgornjo (1) in spodnjo čeljustjo (2). Na zatilju je pod kožo nihalna svetlina (NT). Slika prikazuje merjenje nihalne svetline (NT) in obraznega kota (pikčasta stranica kota je položena vzdolž zgornje čeljusti, druga po frontalni kosti). Na sliki vidimo še talamus (T), možgansko deblo (MD), četrti ventrikel (IS) in cisterno magno (CM). Četrti ventrikel imenujemo tudi intrakranialna svetlina (IS) in je nov označevalec za zgodnje odkrivanje spine bifide. Pri plodovih s spino bifido je IS obliteriran. Na isti sliki lahko ocenimo 3 označevalce za kromosomopatije (NT, NK, obrazni kot) in označevalec za spino bifido (IS).

Literatura je na voljo pri avtorici.

Brezkrvna medicina

Štefek Grmec

»Zdravljenje se začne s prvim stikom s pacientom. Za ameriške zdravnike je približno 4 milijone vsakodnevnih stikov s pacienti priložnost, da ne pokažemo le svoje sposobnosti, ampak tudi pristno sočutje, skrb in predanost vsakemu posameznemu pacientu, ki ga zdravimo.« (James E. Davis, doktor medicine, predsednik American Medical Association)

Pred kratkim je to leto izšla knjiga od Tay C & Leng TS – Biomedical Ethics and Medical Law in Blood Transfusion Practice, ki je s prikazom 20 praktičnih medicinskopravnih scenarijev na zelo zanimiv način aktualizirala dve medicinski dejstvi: etično-strokovni pristop zdravljenja Jehovovih prič in položaj brezkrvne medicine na dokazih temelječih medicinskih smernic. V februarški številki časopisa Anaesthesia and Intensive Care Medicine je bila celotna revija namenjena oskrbi Jehovovih prič in alternativnemu brezkrvnemu pristopu v intenzivnih enotah. Specifičnost številke je multidisciplinarni pristop problemu hipovolemije in nadomeščanja volumna ter specifičnosti monitoriranja takšnega bolnika. Pravzaprav dobri poznavalci brezkrvne medicine, upoštevajoč na dokazih temelječe medicinske smernice, dokazujejo, da brezkrvna medicina ni le dobra alternativa, ampak prednostna metoda v medicine. Zaradi izjemnega napredka na področju brezkrvne medicine so številne države ustanovile nacionalna združenja za brezkrvno medicino. Namen teh združenj je promocija, razvoj in aplikacija brezkrvne medicine v klinični praksi ter organizacija znanstvenih in strokovnih srečanj zaradi izobraževanja na tem področju. Združenje prevzame pobudo za uvajanje na dokazih temelječih smernic na področju brezkrvne medicine.

Zdravniki po vsem svetu vedo o Jehovovih pričah eno: zavračajo transfuzijo krvi, vendar pa večina zdravnikov o Jehovovih

pričah ne ve veliko več kot to. Kadar torej hočejo neki Jehovovi prič dati kri in ona odkloni, se tako mogoče ustvari vrzel, ki na žalost oddalji zdravnika od pacienta.

Le malo zdravnikov ve, da Jehovove priče ne nasprotujejo medicinskemu zdravljenju in da je njihovo stališče glede krvi nespremenljivo ter da temelji na biblijskih zapovedih. Medtem so številna nova znanstvena dognanja o nevarnostih transfuzij in varnosti alternativnega zdravljenja dodobra potrdila razumnost biblijskega stališča.

Kaj naj bi zdravnik vedel o bolniku, ki je Jehovova priča?

Revija *AHA NEWS*, ki jo izdaja Ameriško bolnišnično združenje, je poročala o tem, zakaj zdaj vse bolj priznavajo prednosti brezkrvne kirurgije. »Kar se je začelo kot religiozno prepričanje, se razvija v medicinsko prednostno izbiro in napredno tehnologijo,« je pisalo v omenjenem tedniku. »Brezkrvna medicina in kirurgija, katerih razvoj so deloma spodbudili nauki Jehovovih prič, gre veliko dlje od potreb duhovne skupnosti, in sicer v operacijske sobe po vsej državi.«

Jehovove priče sprejemajo medicinsko in kirurško zdravljenje. Pravzaprav so številni med njimi zdravniki, celo kirurgi. Toda Priče so zelo verni ljudje, ki so prepričani, da jim transfuzijo krvi prepovedujejo naslednji biblijski odlomki: "Mesa s krvjo njegovo, ki je duša njegova, ne jejte" (1. Mojzesova knjiga 9: 3–4); "Naj [živali] izpusti njeno kri in jo pokrije s prstjo". (3. Mojzesova knjiga 17: 13–14); "Naj se zdržujejo ognjušanja z maliki in nečistosti in zadavljenega in krvi" (Apostolska dela 15: 19–21).

Čeprav v te vrstice niso vključeni medicinski izrazi, Priče predvidevajo, da **izključujejo transfuzijo polne krvi, konserviranih rdečih krvničk in plazme pa tudi belih krvničk in krvnih ploščic**. Toda versko razumevanje Pričam ne prepoveduje povsem **uporabe frakcij**, kot so: albumin, imunoglobulini in hemofilčni preparati; hemoglobin, hemin, interferoni; vsaka Priča se mora sama odločiti, ali jih bo sprejela.

Priče so prepričani, da je treba kri, ki je bila telesu odvzeta, zavreči, zato **ne sprejmejo avtotransfuzije predhodno odvzete krvi**. Ne strinjajo se niti s tehniko **predoperativnega** zbiranja ali hemodilucije, ki vključuje shranjevanje krvi. Toda veliko Prič dovoli uporabo dialize, plazmafereze, umetnega srca in pljuč, ki nista napolnjena s tujo krvjo, pa tudi **medoperativno shranjevanje** (reševanje celic, medoperativna hemodilucija, pri katerem zunajtelesni krvni obtok ni prekinjen, ali pa trombocitni avtolog koncentrat. Zdravnik bi se moral z vsakim posameznim pacientom posvetovati o tem, kaj mu dovoljuje njegova vest.

Priče ne menijo, da Biblija neposredno govori o **presajevanju organov**, zato se mora vsak posameznik sam odločiti o presaditvi roženice, ledvic ali kakega drugega tkiva.

Jehovove priče rade živijo. Niti najmanj si ne želijo umreti. Tudi zaradi tega gredo v bolnišnico in pripeljejo na zdravljenje svoje otroke. Prosijo zdravnike, da jih zdravijo, kadar pa jim ti rečejo, da je kri klasično ali potrebno zdravilo, prosijo za nadomestne brezkrvne metode zdravljenja. Takšno nadomestno zdravljenje ni mazaštvo, ampak je sestavljeno iz dobro premišljenih postopkov in zdravljenj, ki so dokumentirani v vodilnih zdravniških glasilih. Tisoči zdravnikov po vsem svetu sodelujejo s Pričami pri trudu za dobro zdravstveno nego brez uporabe krvi.

Jehovove priče so organizirali **Bolnišnično informacijsko službo**, da bi pomagala tistim, ki imajo težave s transfuzijo krvi. Ustanovili so tudi **Odbore za stike z bolnišnicami** v večjih mestih. Bolnišnična informacijska služba je zmožna raziskati več kot 3.600 medicinskih časopisov z vsega sveta ter poiskati informacije o razpoložljivosti in učinkovitosti številnih oblik brezkrvne kirurgije in zdravljenja. S temi informacijami o napredku medicine oskrbuje odbore za stike z bolnišnicami, zdravstvene ustanove in zdravnike. Ima tudi seznam z imeni približno 100.000 zdravnikov, ki so pripravljeni sodelovati, tako da imajo odbori, ko se pojavijo težave s transfuzijo krvi, na voljo najnovejše podatke. Bolnišnična informacijska služba nadzoruje tudi usposabljanje in delo odborov za stike z bolnišnicami. V mestih, kjer so odbori za stike z bolnišnicami, imajo redne informativne pogovore z osebjem bolnišnic, da bi izboljšali medsebojne odnose. Včasih je, mogoče, glede na okoliščine lahko tudi zdravnik družinske medicine pobudnik srečanja z odborom, kjer lahko dobi potrebno strokovno literaturo z zadnjimi referencami glede aktualnega problema in tudi imena eventualnih centrov, kjer določene posege opravljajo po načelu brezkrvne medicine, vendar se nikakor ne odločajo o metodi zdravljenja namesto bolnika.

Jehovove priče so za sodnike, socialne delavce, otroške bolnišnice, neonatologe in za pediatre, posebej pa še za medicinsko

osebje in uradnike pripravili informacije o brezkrvnem zdravljenju. Za to so izdali zvezek z 260 stranmi, imenuje pa se **Family Care and Medical Management for Jehovah's Witnesses**. Priročnik je fascikel z vloženimi listi, tako da se lahko stare podatke nadomesti z najnovejšimi. Prav tako je izdan DVD **Transfusion Alternatives – Documentary Series**, ki je namenjen popolnemu strokovnemu informiranju zdravnikov o brezkrvni medicini.

Vsaka posamezna Jehovova priča vedno s seboj nosi dokument **Trajno pooblastilo za mojo zdravstveno oskrbo**, kjer je podpisana izjava (in podpis dveh prič), da v nobenih okoliščinah ne sprejema krvne transfuzije, tudi če bi bilo to nujno za ohranitev življenja. Ob nezavesti takšno pričo zastopajo pooblaščenca, ki so tudi omenjeni na dokumentu.

Kaj naj bi zdravnik vedel o brezkrvni medicini?

Revija Maclean's je pod naslovom »Brezkrvna kirurgija« poročala, da zdravniki po Kanadi »razvijajo nove tehnike, s katerimi je tako imenovana brezkrvna kirurgija v zadnjih petih letih postala pomembnejša smer medicine«.

K iskanju brezkrvne kirurgije so »spodbudile skrbi zaradi prihodnje dobave darovane krvi in številne bojazni bolnikov, da bi s transfuzijo dobili kak bolezenski virus«.

»V številnih primerih brezkrvna kirurgija odpravlja potrebo po transfuziji, poleg tega pa še zmanjša nevarnost okužbe zaradi okužene krvi – naj je ta še tako majhna,« piše v reviji Maclean's.

Vsi tisti, ki imajo opravka s krvjo in skrbijo za paciente, ki potrebujejo kirurški poseg, morajo razmisliti o brezkrvni kirurgiji. (Dr. Joachim Boldt, profesor anesteziologije iz Ludwigshafna v Nemčiji)

»Celo ko družba porabi veliko denarja za varnost krvnih zalog, tako da je ta zdaj bolj varna kakor kdaj prej,« pravi revija *Transfusion*, »menimo, da se bodo pacienti še vedno skušali ogniti transfuzijam [drugih dajalcev], tj. preprosto zato, ker krvna preskrba nikoli ne more biti popolnoma varna.«

Raziskava leta 1996 je odkrila, da bi 89 odstotkov Kanadčanov raje imelo alternativo darovani kri. »Vsi pacienti ne bodo odklonili homologne transfuzije, kot jo Jehovove priče,« piše *Journal of Vascular Surgery*. »Vendar pa tveganje prenosa bolezni in tveganje spremembe funkcije imunskega sistema jasno dokazujeta, da moramo v dobro naših pacientov najti alternative.«

Kako se je razvilo brezkrvno zdravljenje?

V nekem pogledu je vprašanje precej nenavadno, ker je brezkrvna medicina pravzaprav starejšega datuma kakor uporaba krvi. In res je transfuzijska tehnika šele v začetku 20. stoletja toliko napredovala, da so jo uporabljali rutinsko. Vendar pa so v zadnjih desetletjih nekateri popularizirali področje brezkrvne kirurgije. Kirurg Denton Cooley je denimo v 60. letih

prejšnjega stoletja brez uporabe krvi opravil nekaj prvih operacij na odprtem srcu.

Ker je v 70. letih prejšnjega stoletja med prejemniki krvnih transfuzij poraslo število hepatitisa, je veliko zdravnikov začelo iskati alternative krvi. Do 80. let prejšnjega stoletja je več večjih zdravstvenih ekip poseglo po brezkrvni kirurgiji. Ko je potem izbruhnila epidemija aidsa, so te ekipe znova in znova spraševali za nasvet tudi drugi, ki so želeli privzeti iste metode. V 90. letih prejšnjega stoletja pa je veliko bolnišnic razvilo programe, ki pacientom dajejo brezkrvne možnosti.

»Večje srčne, vaskularne, ginekološke in porodniške, ortopedske in urološke operacije se da uspešno opraviti brez uporabe krvi oziroma krvnih produktov,« pravi D. H. W. Wong v *Canadian Journal of Anaesthesia*.

Zdravniki so na Jehovovih pričah izpopolnili veliko brezkrvnih kirurških metod. Denton Cooley, kirurg za srce in ožilje, je obdobju 27 let s svojo ekipo opravil brezkrvne kirurške posege na odprtem srcu pri 663 Jehovovih pričah. Dosežki jasno kažejo, da se operacije na srcu da uspešno opraviti brez uporabe krvi. Vodnik, ki ga je izdalo Združenje anesteziologov Velike Britanije in Irske, stališče Prič imenuje »namenje spoštovanja življenja«. Stališče Prič je eden glavnih vzrokov, da je varnejše medicinsko zdravljenje postalo na voljo vsem. »Jehovove priče, ki so potrebovali kirurški poseg, so pokazali pot in uveljavili pritisk, da je prišlo do izboljšav na pomembnem področju norveškega zdravstva,« piše profesor Stein A. Evensen z norveške državne bolnišnice.

Reference v prilogi lahko zdravniku dajo delen vpogled v brezkrvno metodologijo na vseh področjih klinične medicine. Metodologija preoperativne priprave pri brezkrvni oskrbi, perioperativno reševanje krvi in tehnike za minimaliziranje izgube krvi; postoperativni pristopi oskrbe anemije so zelo jedrnat povzeti v *Canadian Journal Anaesthesia*.

Leta 1998 je nastalo svetovno združenje Network for Advancement of Transfusion Alternatives (NATA; www.nataonline.com), ki združuje klinike in raziskovalce s področja temeljnih medicinskih znanosti, kirurgije, anesteziologije, intenzivne

medicine, transfuziologije, etike in prava. Cilj združenja je iskati alternativne rešitve na področju brezkrvne medicine. Združenje organizira svetovne letne kongrese. Združenje prav tako izdaja zelo odmeven časopis *Transfusion Alternatives* in *Transfusion Medicine*, ki izhaja od leta 1999. Združenje načrtno raziskuje možnosti izboljšanja na področju brezkrvne medicine. Raziskovanja so okvirno razdeljena na naslednja področja:

- 1. Izboljšanje operativnih tehnik
- 2. Stranski učinki tranfuzije krvi in krvnih pripravkov
- 3. Eritropoietin in 4. intravenozna uporaba železa
- 5. Akutna normovolumska hemodilucija
- 6. Volumska resuscitacija
- 7. Prenašalci kisika
- 8. Reševanje celic
- 9. Hemostaza in tromboza
- 10. Aprotinin
- 11. Faktor strjevanja VIIa
- 12. Oskrba bolnika s hemofilijo in hematologija
- 13. Anesteziološke tehnike
- 14. Onkologija

Že bežen vpogled v delček aktualnih referenc lahko ustvari sliko o hitrem razvoju brezkrvne medicine, ki ima v kliničnem odločanju prednostno vlogo. Na dokazih temelječe medicinske smernice in up-to-date medicina zahtevata hiter in natančen prenos tovrstnih informacij v klinično prakso. Po vzorcu, ki so ga sprejele vse večje sodobne medicinske ustanove in države, bi bilo smiselno tudi v Sloveniji ustanoviti sekcijo ali združenje za brezkrvno medicino (bloodless medicine). Sekcija ali združenje bi skrbelo za znanstveni, strokovni in izobraževalni vidik te hitro razvijajoče se veje medicine. Skupina bi morala biti multidisciplinarna in bi minimalno vključevala: abdominalne kirurge, torakalne kirurge, kardiokirurge, travmatologe, ortopede, ginekologe, nevrokirurge, ORL in maksilofacialno kirurgijo, žilne kirurge, kirurge za plastično in konstruktivno kirurgijo, urologe, intenziviste interniste, intenziviste anesteziologe, anesteziologe, pediatre, intenziviste pediatre, perinatologe, hematologe, onkologe, urgentne zdravnike, transfuziologe in družinske zdravnike.

Literatura je na voljo pri avtorju in v uredništvu revije *Isis*.

Mesto frovatriptana pri zdravljenju migrene

Marjan Zaletel

Frovatriptan sodi v skupino triptanov in ga uvrščamo k specifičnim protimigrenskim zdravilom. Uporaba kratkodelujočega triptana je v zgodnjih devetdesetih letih prejšnjega stoletja pomenila pomemben napredek v zdravljenju migrene. Zdravilo ima nekatere pomanjkljivosti, kot so: kratek razpolovni čas, slaba biološka razpoložljivost *per-os* zaužitega zdravila,

srčno-žilne stranske učinke in povratni glavobol. Te pomakljivosti so narekemale razvoj triptanov druge generacije, med njimi tudi frovatriptana.

Frovatriptan je selektivni serotoninški agonist, ki so ga razvili za akutno zdravljenje migrenskega napada. Ima visoko afiniteto za podvrsto serotoninških receptorjev tipa 5-HT_{1B} in 5-HT_{1D}.

Delovanje frovatriptana pripisujemo prav agonističnemu učinku na receptorjih 5-HT_{1D} in 5-HT_{1B}, ki se nahajajo na zunajmožganskih arterijah in znotrajlobojskih arterijah, ki se med migrenskim napadom razširijo. Poleg tega deluje tudi na živčne končiče trigeminovaskularnega sistema, ki imajo prav tako kot arterije serotoninse receptorje. Predpostavlja se, da aktivacija teh receptorjev povzroči vazokonstrikcijo možganskih arterij, zaviranje sproščanja neurotransmitorjev in vazoaktivnih peptidov, kot so CGRP in substance P. Poleg tega zavira prenos bolečinskih impulzov v trigeminusovem bolečinskem sistemu. Primerjava s drugim triptanom je pokazala, da ima frovatriptan primerljivo afiniteto do 5-HT_{1D} in približno 4-krat večjo afiniteto do 5-HT_{1B} receptorjev. Frovatriptan nima pomembnih učinkov na aktivnost kanačkov GABA_A, prav tako pa nima afinitete do vezavnih mest za benzodiazepine.

Pokazali so, da je njegova klinična učinkovitost pomembna že v majhnih odmerkih. V raziskavi so ugotovili, da je frovatriptan v odmerku 2,5 mg po 2 urah učinkovit. Ima širok terapevtski indeks. Zdravi preiskovalci dobro prenašajo enkratni odmerek do 100 mg, kar je 50-krat več kot terapevtski odmerek. Raziskave, ki so proučevale klinično učinkovitost in prenosljivost frovatriptana, so pokazale, da je optimalni odmerek 2,5 mg. Ta odmerek so izbrali za akutno zdravljenje migrenskega napada.

Geraud in sod. so raziskovali varnost in prenosljivost frovatriptana. Ugotovili so, da ima frovatriptan v odmerku 2,5 mg dobro prenosljivost. Pomembno manjši delež bolnikov, ki so jih zdravili s frovatriptanom, je imel stranske učinke, ki so jih razvrstili po organskih sistemih. V vseh sistemih, razen v žilnem zunajsrčnem sistemu, je imela skupina, zdravljena s frovatriptanom, manj stranskih učinkov. Avtorji so sklenili, da je prenosljivost frovatriptana dobra pri kratkotrajni in dolgotrajni uporabi. Profil stranskih učinkov je podoben kot pri placebo.

Predklinične farmakološke raziskave so pokazale, da povzroči frovatriptan vazokonstrikcijo možganskih arterij že pri koncentracijah, ki imajo majhen učinek na mišični tonus koronarnih in perifernih arterij. Elkind in sod. so proučevali varnost frovatriptana pri bolnikih s koronarno boleznijo in pri bolnikih s tveganjem za koronarno bolezen med migrenskim napadom. Sklenili so, da zdravljenje migrenskega napada s frovatriptanom nima srčno-žilnih stranskih učinkov pri bolnikih z znano koronarno boleznijo oziroma s tveganjem zanjo.

Učinkovitost frovatriptana pri zdravljenju migrene, povezane z menstruacijo, so proučevali v 6-mesečni odprti raziskavi. Migreno, povezano z menstruacijo, so opredelili kot migreno, ki se pojavi 3 dni pred menstruacijo in 4 dni po njej. Vključili so 151 preiskovank, ki so imele 2.439 migrenskih napadov, od tega se jih je 659 pojavilo med menstruacijskim obdobjem. Sklenili so, da je frovatriptan učinkovit pri zdravljenju migrene v povezavi z menstruacijo. Poleg tega so frovatriptan proučevali tudi pri intermitentnem preventivnem zdravljenju menstrualne migrene. Opravljena je bila prospektivna, trivejna, križna, randomizirana s placebo kontrolirana raziskava pri 546 ženskah

z menstrualno migreno. Bolnice so prejemale frovatriptan 2,5 mg ali 5 mg (2,5 mg dvakrat dnevno) ali placebo z udarnim odmerkom prvi dan raziskave. Raziskava se je začela 2 dni pred pričakovanim začetkom menstrualne migrene in je trajala 6 dni. Aktivno zdravljenje z obema načinoma je pomembno zmanjšalo intenziteto, trajanje, funkcionalno prizadetost in uporabo rešilnega zdravila. Naveden način uporabe frovatriptana ni povzročil odtegnitvega glavobola. Ugotovili so, da je bila pogostnost migrenskih napadov, ki niso bili vezani na menstruacijo, nižja, kot je bila v izhodiščnem obdobju. Raziskovali so tudi varnost in prenosljivost začetnega udarnega odmerka frovatriptana (5 mg), ki mu je sledil odmerek 2,5 mg dvakrat dnevno šest dni zapored. Zdravljenje se je začelo 2 dni pred pričakovano menstrualno migreno. Bolnice so sledili v izhodiščnem obdobju in nato v treh zaporednih menstrualnih obdobjih. Podatki o varnosti kažejo, da so bili pogost vzrok za prekinitvev zahteva bolnic in stranski učinki, kot so: omotičnost, glavobol, hipertenzija, bolečina v prsnem košu in laboratorijske nepravilnosti.

Uporaba triptanov je povezana tudi s povratnim glavobolom, ki se pojavi v 24 urah po prekinitvi oziroma umiritvi začetnega glavobola. Mehanizem povratnega glavobola ni popolnoma jasn, je pa povezan z nezadovoljstvom bolnikov. Geraud in sod. so proučevali klinične, farmakološke in farmakokinetične dejavnike triptanov, ki bi lahko vplivali na pojav povratnega glavobola. Ugotovili so, da je pojav povratnega glavobola najnižji pri frovatriptanu. Razpolovni čas eliminacije triptana je bil obratno sorazmerno povezan s pojavnostjo glavobola. Sklenili so, da je pojavnost povratnega glavobola odvisna od farmakoloških in farmakokinetičnih lastnosti triptanov. Raziskava je tudi pokazala, da ima frovatriptan z najdaljšim razpolovnim časom tudi najmanjšo pojavnost povratnega glavobola.

Glede na dozdajšnja spoznanja lahko sklenemo, da je frovatriptan zdravilo, ki je učinkovito za akutno zdravljenje migrenskega napada. Njegove farmakološke in farmakokinetične značilnosti, ki so različne od drugih triptanov, omogočajo zdravljenje bolnikov z migreno, ki imajo dolge migrenske napade in povratne glavobole. Primeren je tudi za bolnike, ki imajo ob uporabi drugih triptanov pogoste stranske učinke. Primeren je za zdravljenje migrene, povezane z menstruacijo, pa tudi za kratkotrajno intermitentno preventivo menstrualne migrene.

Literatura je na voljo pri avtorju.

Izjava o konfliktu interesov

Avtor članka »Mesto frovatriptana pri zdravljenju migrene« izjavljam, da sem napisal članek na lastno pobudo in s podjetjem Berlin-Chemie nimam nobenih poslovnih odnosov.

Marjan Zaletel

Iselin C. Hermann: *Liebe Delphine ... Lieber Jean-Luc. Roman.*
Ein Briefwechsel, herausgegeben von Jean Luc Foreur.

Ljuba Delphine ... Ljubi Jean-Luc. Roman. Dopisovanje, izdal Jean-Luc Foreur.

Diana Verlag, München, Zürich, 2002, 159 str.

Knjigo skoraj v celoti sestavljajo pisma, ki sta si jih skoraj leto in pol pošiljala ženska, **Delphine Hav**, ki živi na Danskem, ter moški, slikar **Jean Luc Foreur**, ki živi največ Franciji. Pripoved, sestavljena iz pisem, se sklene s kratkim epilogom.

Zgodba, tj. dopisovanje, se začne s sporočilom na dopisnici:

Jean-Luc Foreur,

nekje pod kožo, kjer meso začne postajati tekoče, vidim Vašo sliko *Sans titre*, 2,22 x 2, tako, kot visi v galeriji X v Parizu.

Ali mogoče takole: barve, premiki, poteki so prešli v moje telo.

Čeprav ta slika ni moja last, je zdaj moja.

Hvala!

Delphine Hav

Jean-Luc Foreur ji odgovori in med drugim pove, da se njemu dogaja podobno ob branju pesmi Walta Whitmana ali ob poslušanju Beethovnovih sonat. Kot da bi bile pesmi oz. sonate napisane izključno zanj, slikarja.

Seveda pa se v pismih oba pisca kmalu otreseta formalne vpljivosti in formalnosti sploh. Med piscema se vzbudi medsebojno zanimanje; Delphinina pisma postajajo vse bolj ženska, slikarjeva pisma vse bolj moška. Pisca komentirata najrazličnejše vidike življenja. Kaj npr. meni Delphine o predpisanih vzorcih, kako naj se *prava dama* vede do moškega, ki pokaže svoje zanimanje zanj. Medtem ko Delphine po različnih ovinkih ugotovi, da je Jean-Luc že "starejši" moški, pa se Delphine izmika razkriti svojo starost. Slikarju jo duhovito opiše takole: "Sem dovolj stara za kajenje cigaret, a premlada, da bi se bala posledic. Sem dovolj stara, da bi imela otroke, a premlada, da bi bila mati. Sem dovolj stara, da stanujem sama, a premlada, da bi imela posteljo v svoji lasti. Sem dovolj stara, da služim denar, a premlada, da bi varčevala za starost ..." (str. 15). Delphine, čeprav Danka, slikarju piše v francoščini in tako se oba pisca zabavata ob značilnosti tega jezika, v katerem je pravilo ne tikanje, ampak vikanje. Tudi v pogovoru med žensko in moškim takrat, ko vikanje postane protislovje.

Jean-Luc mimogrede (samo enkrat) omeni, da ima ženo. Delphine o svojem stanu ne govori; iz njenih pisem pa se zdi, da je samska.

Med dopisovanjem je več premorov, ko Jean-Luc obmolkne, ne odgovarja na pisma. Za Delphine je to sprva spodbuda, nato skrb in končno stiska. V svojih pismih razmišlja o pojmih *hrepnenje* in *pogrešati*. Ugotavlja, da je hrepnenje povezano s tistim, kar je nemogoče ali nedosegljivo; da pa ima nasprotno "pogrešati" povezavo z lastnino ... (str. 67).

Delphine je tako tista, ki zelo zakrito, a vendar predlaga (fizično) srečanje.

Ko se končno Jean-Luc spet oglasi, ji med drugim sporoči tole: "... Ne pričakuj, da ti bom pisal enako pogosto kot ti. Pričakovanje ubija vse. Od vsega najbolj nevarno je pričakovati, da so nekatere reči samoumevne. Žal se boš morala naučiti ničesar pričakovati, ampak čakati ..." (str. 70).

Obojestransko žensko-moška privlačnost pa se stopnjuje. Sprva zastrto, nato pa z vse bolj silovitim erotičnim nabojem, ki pa izhaja tudi iz obojestranske intelektualno-umetniške usmeritve. Npr. dolgo pismo (str. 77-84), ki ga Jean-Luc piše Delphini iz Rima, je pravzaprav esej o ženskah, ki so jih upodabljali klasični slikarji in kiparji. Seveda tudi o Berninijevem kipu, o ekstazi (orgazmu) sv. Terezije. In primerjava vseh teh klasičnih (duhovnih) lepotic z Jean-Lucovo fantazijo, kakšna ženska je Delphine. Intelektualna vsebina tega erotičnega žensko-moškega razmerja se najbolj izrazi v Delphininem pismu (str. 110-112), ko citira odlomek iz pisma, ki ga je Heloise – menda najbolj izobrazena ženska visokega srednjega veka – poslala svojemu učitelju in ljubimcu Petru Abelardu. In Jean-Luc ji odvrne: "... Sem drugačen, kot meni ti. In zato me jezi, da me primerjaš s starim kastriranim Abelardom, ki se je, potem ko so mu vse odrezali, umaknil v samostan in postal svetnik ..." (str. 113).

Se pravi, pisma postajajo vse bolj zelo konkretna erotična fantazija, ki ji manjka le še konzumacija.

Približno tri mesece pred koncem dopisovanja, potem ko odpotuje na svojo razstavo v New Yorku, Jean-Luc obmolkne. Pisma, ki jih v tem času piše Delphine, so odraz vsega razpona človeškega razpoloženja, od upa, brezupa, obupa in spoznanja, da je vsega konec. Tako svojega zadnjega pisma Delphine ne piše v francoščini, ampak – ker meni, da je Jean-Luc umrl – v danščini. "Končno je vseeno, v katerem jeziku pišem, saj ni nobenega odgovora ... Edino, kar vem, je, da me obdaja molk. To je edino, na kar se lahko odzivam; molk je takšne vrste kot zvočno osamljen prostor. Tu notri ne morem slišati ničesar, celo

svojega lastnega glasu ne, in nihče zunaj tega prostora molka ne more dojeti mojega hlipanja in mojih tožb ... Zdaj vidim, česar sem se dolgo izogibala uvideti: najina čarna krogla se je razbila. In verujem, da ne razumem, zakaj. ... Zame si zdaj mrtev, Jean-Luc, in na tem svetu obstoji le en sam, ki me mora potolažiti: edini tisti, ki tega ne more ...”

Potem pa končno spet njegovo pismo; pravzaprav odgovor na njeno zadnje, ki ga – napisano v danščini – Jean-Luc seveda ne razume. Med drugim (str. 151–152) Delphini pove tole: “In vendar vem, da sva bila med najinim devetnajstmesečnim dopisovanjem srečna. Nikoli si nisem domišljal, da bi mi bila lahko kdaj dodeljena takšna velika sreča; in čutim, da sem s tabo eno ... Bili so trenutki, ko sem veroval, da je ljubezen resnično mogoča in da bi me lahko ljubila takšnega, kot sem ... Pridi, Delphine. Pridi k meni v Fanjeaux. Pridi sem, k meni, ljubljena moja, da se bo lahko zgodilo tisto, kar je neogibno ...”

Pismo se konča s sporočilom, da je pisec načelnika pošte Fanjeaux prosil, naj Delphini pošlje poštno denarno nakaznico za letalsko vozovnico.

Delphinin odgovor je seveda ena samo sreča in vzhičenje: “Ljubljeni moj, moje telo in moja ljubezen, moje hrepenenje in moja bolečina, moja skrivnost in moj zapovednik. Hvala za tvoje pismo, ki me je prestavilo v radost in presenečenje. Razumem, a tudi ne razumem ... Menijo, da bi lahko poletela 15. ali 18. julija ... Pri tebi v Fanjeauxu bi bila lahko že okoli petih popoldne. A kje se bova srečala? ...”

Odgovor je njegov telegram, češ, da se bosta srečala 18. julija, da pa naj za pot povpraša na poštнем uradu Fanjeaux. In s tem telegramom se zgodba konča.

*

Obžalujem, da se nisem discipliniral in prenehal brati na tem mestu. Zgodbo v pismih bi moral že tu pripeljati do logičnega konca. Upoštevati bi moral vse različice, razen tiste “... in potem sta se poročila in srečno živela do konca svojih dni”.

A stavim, da si ne bi domislil tiste, ki je v epilogu in ki naj bi bila *resnična*.

Epilog je napisal slikar Jean-Luc Foreur. Začne se takole:

“Ob smrti Pierra Gamina je na njegovi mizi za poštno omaro stala velika škatla iz lepenke. V njej je bila ta celotna korespondenca, lično kronološko urejena. Prvi del korespondence, arhiviran kot fotokopije, naj bi domnevno napisal jaz (Jean-Luc Fourer, op. pis.), drugi del, naslovljen name, pa je napisala neka ženska, ki živi na Danskem, Delphine Hav ... V ponedeljek

zjutraj, 18. julija 1977, še preden je odprl svoj poštni urad, se je Perre Gamin ustrelil z majhno pištolo ...”

Ob truplu je bilo tudi pismo, naslovljeno na Delphine Hav.

Pierre Gamin, načelnik pošte Fanjeaux, je bil že od zgodnjega otroštva invalid, ki je le s težavo hodil z berglami. Zato je bil priklenjen na invalidski voziček. Ni bil poročen in potoval ni nikamor. Njegov poštni asistent je v gostilni rad blebetal o knjigah z nagimi ženskami, ki jih menda ima Gamin. Zato je invalid veljal za pervezneža. To pa se seveda ni ujemalo z njegovo tenkočutno in s precej zadržano naravo. Res pa je, da je imel Pierre Gamin v svojem stanovanju obsežno knjižnico o umetnosti.

V epilogu slikar Jean-Luc Foreur na kratko oriše življenje Pierra Gamina. Za njegovo mladost med drugim tole: “... Tih in nenavadno lep mladenič, ki bi – če ne bi bil priklenjen na invalidski voziček – prav gotovo osvojil prenekatero deklinško srce ...”

Svoj epilog slikar Jean-Luc Foreur sklene takole:

“Prebrati izmenjana pisma je bilo zame seveda nenavadno doživetje. Bilo je boleče in hkrati spodbudno brati pisma, ki sta jih napisala dva zaljubljena človeka, ki se nista nikoli videla. Ona, očitno polna veselja do življenja. On, bister in duha poln možki, z lakoto po življenju in ljubezni, ki pa je bila povezana z veliko radostjo do življenja ter s strahom pred življenjem. Človek, ki je pisal veliko lepša pisma, kot je meni sploh kdaj uspelo. In zato si je zares lahko pridobil predanost te ženske ...

Zadeva je zdaj stara že dvajset let. Delphine Hav sem poskušal najti, a vse je bilo zaman. In ne verjamem, da bi z objavo zbirke teh ljubezenskih pisem lahko kogar koli prizadeli. Ljubezenskih pisem dveh ljudi, ki sta našla ter odkrila sebe in drug drugega – v zaljubljenosti in obupu.”

Pierre Gamin, invalid, načelnik pošte Fanjeaux, je očitno prebral Delphinino prvo razglednico in ji odgovoril. In nato Delphinina pisma prestrezal ter ji odgovorjal kot slikar Jean-Luc Foreur. Njegovo identiteto je Pierre Gamin prevzel verjetno zato, ker ga je bežno poznal. In kot bežnega znanca je nekoč obiskal slikarja in od njega kupil majhen akvarel. Ta akvarel je nato Pierre Gamin kot darilo poslal svoji ljubezni, Delphini Hav. Kot dokaz, da si Delphine Hav dopisuje s slikarjem, ki je Jean Luc Foreur ...

*

Nemški prevod (iz danščine) se bere gladko; sicer nisem strokovnjak, a jezik se mi zdi izjemno lep, za moje jezikovno znanje srednje težek. Erotičnost

besednjaka – čeprav zelo neposreden – nikoli ne zdrsne. Posebnost je, da avtorici (!) uspe v ustreznih pismih pisati zares kot moški, v Delphininih pismih pa hkrati ohraniti vso mogočo ženskost.

Silovitost zgodbe se mi je povečala tudi zato, ker sem jo prebral hitro, v dveh večerih zapored.

Sprva sem zgodbo uvrstil med številne tiste o zavestni ali naključni zamenjavi ali izmenjavi identitete. A ker se v teh primerih že prav na začetku zgodbe partnerja srečata kot fizični osebi, sem ta pristop izključil. Pomislil sem tudi na nekakšno obrnjeno *Lepotico in zver*, a jo izključil zaradi enakih razlogov. Izključil tudi zato, ker se zaradi Gaminovega samomora zgodba ne more nadaljevati.

Kako si postaviti vprašanje (kaj je sporočilo), sem dognal šele, ko sem si predstavljal nadaljevanje zgodbe. Če bi tudi Delphine – tako odločno kot sprva Gamin – odklanjala fizično srečanje (tudi zaradi invalidnosti, npr. amputacija dojk zaradi karcinoma, atrezija vagine, zmaličenje obraza zaradi opekline) s svojim fantazijskim (zares: fantazijskim) ljubimcem. Odgovor je preprost: ljubezen (ali "ljubezen") med Delphine in njenim fantazijskim ljubimcem – ki živi, jo obožuje in ji piše nepopisno lepa pisma – bi lahko trajala vse njuno življenje.

Vprašanje:

Kje (kaj) je meja med *resničnostjo* in *fantazijo*? Ali je v načelu mogoče, da resničnost in fantazija nista ločeni kategoriji, da se mogoče – bolj ali manj – *prekrivata*? Da obstoji kategorija, ki je resničnost in fantazija *hkrati*?

Seveda je mogoče. Še posebej, če pojem *fantazija* vključim v širši pojem, tj. *navidezna resničnost*. Poziv (prošnja) partnerju "reci, da me ljubiš", včasih z navodilom za intonacijo, je znan mehanizem za ustvarjanje navidezne resničnosti. Skladnost slednje z resničnostjo ("človek živi v svojem svetu") je odvisna od obeh udeležencev. Nekatere oblike navidezne resničnosti (npr. halucinacije pri duševni bolezni, zasvojenost s trdimi mamili) pa z resničnostjo niso skladne – ali jo celo izključujejo.

Navidezna resničnost, v kateri je živela Delphine, je bila – skoraj do konca dopisovanja – bistvena (!) dopolnitev ali celo obogatitev njene resničnosti. In navidezna resničnost se je v celoti ujemala z resničnostjo pisem. Delphine se je zaljubila zaradi pisem, ki so bistveno vplivala na rast njenega duhovnega sveta. Ljubila je poštarja (ki ga je spoznala, kolikor je mogoče prek pisem spoznati človeka) kljub svoji utvari, da ljubi slikarja (ki ga ni nikoli spoznala, ki se mu še sanjalo ni, da nekje na svetu živi Delphine, ki ji

nikoli ne bi napisal niti enega samega pisma). Če bi se vsi trije – Delphine, Pierre Gamin in Jean-Luc Foreur – srečali za pogovor, je jasno, kateri moški bi se z njo lahko pogovarjal in kateri bi le molčal.

Domnevam, da se je Gamin zavedal usodnosti dopisovanja. Iz njegovih premorov domnevam, da ga je nekajkrat poskušal prekiniti. Čeprav ni bil poročen, je omenil svojo ženo, a Delphine se za to ni menila. Ni bila le silovita osebnost v svoji ženskosti in svobodnem odločanju, ampak tudi silovita osebnost v duhovnosti. In kateri moški, ki v ženski išče partnerja tudi za *duhovno spolno občevanje* – pa naj je identiteta moškega navidezna ali resnična –, bi takšno žensko zavrzel?

Zato je Gamin zavrzel sebe. Preveliko je bilo tveganje, da bi ga Delphine zaradi njegove invalidnosti nehala ljubiti. Tako je lahko umrl z vero, da ga je Delphine (mogoče le) ljubila.

*

Ne znam odgovoriti na vprašanje, ali knjiga opisuje zaljubljenost ali ljubezen. A kar koli je ta žensko-moški odnos bil ali ni bil, je imel eno (eno samo?) značilnost. *Ona ni od njega pričakovala ničesar in on ni ničesar pričakoval od nje*. Nobenega očitka; proti koncu knjige, ko on obmolkne, njena žalost res zveni kot očitek. A če to drži, je to le očitek njemu, da se ona ne more več pogovarjati – z njim.

Tako si predstavljam Delphine, kako svojemu fantazijskemu moškemu, ki se z njo pogovarja, pove tole: "Nič ti nisem dolžna, nič mi nisi dolžen. Prek dialoga sva skupaj in tako nama je bolje in lepše."

Dobro izhodišče za pot brez konca. Ljubezen je pot, po kateri hodita partnerja, ki med seboj nimata nobenih pravic in nobenih dolžnosti. Skupaj sta zato, ker jima je tako lepše in bolje – čeprav ne lažje –, kot če bi hodila sama.

Odgovor na vprašanje in sporočilo knjige:

Človek, ki hoče, ki se zaveda, da je fizično in duhovno bitje hkrati, zmora spoznati resničnost (resnico).

Če je tako, ima številne možnosti, da se resničnost in navidezna resničnost prekrivata.

Postane človek, ki je *resničen*, tisto, kar je.

Če pa mu to ne uspe, postane tisto, kar ni.

Marjan Kordaš

Zasnovne kliničnega centra Ljubljana in njegove nove stavbe

Ob 35-letnici odprtja nove stavbe (1975–2010)

Zvonka Zupanič Slavec

Gradnja nove stavbe Kliničnega centra (KC), delo arhitekta Stanka Kristla in projektivnega biroja Medico inženiringa, se je začela 13. julija 1966 in je bila posledica politične volje. Gradnja je trajala skoraj 10 let. Celostni pogled na pridobitev nove stavbe in dodatnih 1.000 postelj kaže na izjemen preskok v kakovosti delovanja zdravstva na strokovnem, pedagoškem in na znanstvenoraziskovalnem področju. Zdravstveno osebje je pridobilo nove prostore, marsikje tudi novo opremo, sodobno opremljen diagnostični in operativni trakt, kar je pripeljalo do vrhunske medicine v Sloveniji in tedanji Jugoslaviji. Tudi povezanost med kliniko in Medicinsko fakulteto (MF) je postala prostorsko in strokovno bolj živa, še posebej od odprtja nove stavbe leta 1975 do leta 1987, ko je študentom odprla vrata nova stavba MF na Korytkovi 2, delo arhitekta Vladimirja Ažmana. Predtem so se študenti stiskali v premajhnih predavalnicah starih inštitutov. V novi stavbi so postale študentom in pedagoškemu osebju nepogrešljive vse tri predavalnice, vaje iz histologije pa so potekale v kletnih prostorih, kjer se danes nahaja kapela UKC.

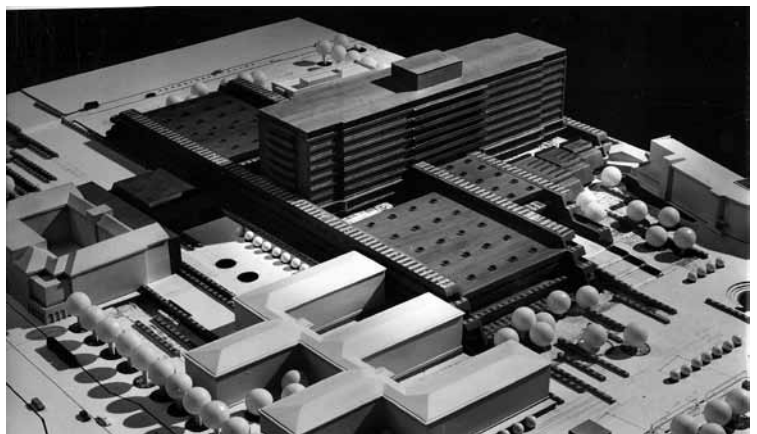
Projekt za novo stavbo KC sta pripravljala prim. Drago Mušič in arhitekt Medico inženiringa Vlado Sekavčnik. Drago Mušič je pred tem z arhitektom Jožetom Platnerjem že pripravil projekt za ljubljansko polikliniko, ki je bila odprta l. 1957. Pripravljeni projekt za KC je prevzel arhitekt Stanko Kristl in zrisal različne variante nove stavbe KC. Gradbena dela so potekala od leta 1966 naprej, v času, ko sta bila na mestu generalnega direktorja KC zaposlena Janez Zemljarič (1968–1973) in Zdravko Krvina (1974–1978). Predvsem prvi je bil pomemben za tekoče financiranje in gradnjo nove stavbe, podobno kot tudi za postavitve stavbe Cankarjevega doma v Ljubljani.

Gradnja zdravstvenih stavb je bila v Evropi po 2. svetovni vojni pod močnim ameriškim vplivom. Njihov koncept poudarja, da so posteljne enote sklenjene, v sobah je vedno manj postelj, pomembne so sanitarije, uvajajo se novi načini transporta, združujejo se diagnostično-terapevtske in servisno-oskrbovalne službe. Bolnišnice so na tak način postale učinkovit medicinsko-tehnični mehanizem, kamor pa je treba tudi arhitekturno vnesti humanejšo bolnišnično okolje za bolnika. Stavba UKC je grajena po racionalističnem principu z vstopno avlo in s predavalnicami ter šestnadstropnim posteljnim poslopjem, zasnovanim po racionalnem nemškem vzoru (1972, Janez Trenc). Zdajšnji objekt si je akad. Kristl prvotno zamislil kot 18-nadstropni objekt, ki pa je bil pozneje zelo spremenjen. Z gradnjo stavbe KC se je začela sodobna

bolnišnična gradnja v takratni Jugoslaviji (2001, Stanko Kristl).

Ob začetku selitve v novo stavbo UKC leta 1970 so imele klinične bolnišnice okoli 2.800 postelj in 2.400 zaposlenih, med njimi ok. 250 zdravnikov in ok. 500 medicinskih sester. Leta 1997 je imel UKC ok. 3.800 postelj in ok. 7.000 zaposlenih, med njimi ok. 1.000 zdravnikov in ok. 1.700 zaposlenih v zdravstveni negi. Po odcepitvi Psihiatrične klinike in Klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik leta 1998 je bilo konec l. 1999 v UKC še ok. 2.700 bolniških postelj in 5.903 zaposlenih, med njimi 855 zdravnikov (*Enciklopedija Slovenije*). Zadnjega decembra 2009 je imel UKC 2.188 postelj, povprečno ležalno dobo 5,75 dneva, zaposlenih pa 7.461 uslužbencev, od tega 1.268 zdravnikov in 3.214 medicinskih sester. V 40 letih je torej UKC približno petkrat povečal število zdravnikov in približno šestkrat število medicinskih sester. Po navedenih parametrih se šteje UKC Ljubljana med velike klinike po evropskih in ameriških merilih.

Ob 35-letnici vselitve v novo stavbo UKC, ki je bila svoj čas pojem za vrhunsko medicino v Jugoslaviji in kamor so se prihajali zdraviti tudi najuglednejši predstavniki takratne države, pogledmo, kako naporno pot sta morala prehoditi slovenska družba in njeno zdravstvo, da so jo dobili. Ne gre pozabiti, da so bili prvi načrti za širjenje ljubljanske bolnišnice narejeni že v 30. letih prejšnjega stoletja, da pa ni in ni prišlo do soglasja med vsemi udeleženi. Slovenci smo težko dobili politično podporo iz nekdanje prestolnice v Beogradu, kjer je bila tudi centralna blagajna, prav tako se arhitekti niso mogli zediniti, ali bi bilo bolje



Maketa stavbe kliničnega centra, umeščena med stavbo poliklinike in stavbe Meksike levo ter Ortopedske klinike (Šlajmerjevega doma) desno.

bolnišnico širiti ob Zaloški cesti ali preseliti na obrobje mesta. Tudi razmišljanja o ločeni mestni bolnišnici in kliniki s fakulteto so zavlačevala odločanje. Kresala so se torej politična, arhitekturna in strokovna mišljenja, ki so skoraj 50 let blokirala gradnjo prepotrebne bolnišnice. Janez Zemljarič, ki je bil generalni direktor Kliničnih bolnic med gradnjo nove stavbe, je gotovo prispeval k izvedbi sanj slovenskega zdravstva 20. stoletja.

Zdravje je od nekdanj ena največjih vrednot, za njegovo ohranjanje pa družba pogosto tudi v najbolj razvitih sredinah ni imela oziroma nima dovolj sredstev. Z dvigom vrednosti človeškega življenja so v različnih kulturah nastale bolnišnice, največje evropske v času razsvetljenstva pred približno 250 leti. **Dežela Kranjska** je dobila **prvo Civilno bolnico** leta 1786 s podpisom odloka cesarja Jožefa II., nahajala pa se je v nekdanjem samostanu bosonogih avguštincev na Ajdovščini v Ljubljani, nasproti današnje Kavarnne Evropa. Ob nastanku je imela **12 postelj** in tri oddelke: medicinskega (internega), kirurškega in sifilitičnega. Postopoma se je širila in ob koncu 19. stoletja ni več zadoščala lokalnim potrebam. Potres leta 1895 je pospešil selitev Deželne bolnice v 7 novih medicinskih paviljonov ob **Zaloški cesti** na Vodmatu. Za tisti čas sodobno opremljeno splošno bolnišnico sta projektirala zagrebški arhitekt K. Weidmann in ljubljanski inženir A. Klinar, v njej pa je bilo na voljo **568** novih bolniških **postelj**. Hitro širjenje Ljubljane po 1. svetovni vojni je kmalu pripeljalo do pomanjkanja bolniških postelj, za rešitev te situacije pa v Beogradu, kjer so do l. 1927 prevzeli oblast tudi nad slovenskim zdravstvom, dolgo ni bilo posluha. Kupili so le zgradbo za žensko bolnišnico v Ljubljani. Od l. 1927 je ljubljanska oblastna uprava skrbel za bolnišnico, pripravljala načrte, denarja za realizacijo pa skoraj ni bilo. Pred 2. svetovno vojno so dogradili le prizidek h kirurški stavbi.

Iskanje dodatnih bolnišničnih postelj

L. 1945, ko je bila ustanovljena popolna MF, je v imenu Mestnega ljudskega odbora Ljubljana in po navodilu takratnega župana, ginekologa **prof. dr. Pavla Lunačka**, dobila stavbo nekdanje **šentpeterske vojašnice** in **zasedla stavbe splošne bolnišnice**, ki se je preimenovala v Klinične bolnice. Nastale so klinike, ki so se glede na novonastale razmere na območju paviljonov bolnišnice ob Zaloški cesti prostorsko nekoliko drugače organizirale in glede na nacionalizacijo številnih stavb širile posteljne kapacitete. Infekcijski oddelek je bil v slabem stanju, zato je zasedel nekdanjo **Mestno hiralnico sv. Jožefa na Japljevi ulici 2** (lepa Fabianijeva stavba). V izpraznjene prostore infekcijskega oddelka (paviljon št. 6) se je vselil **Mikrobiološki inštitut**. **Ginekološko-porodniški kliniki** je oblast dodelila podržavljeni cerkveni sanatorij **Leonišče**, prej last Vincencijeve družbe, in **Bolnišnico za ženske bolezni**, ki je do l. 1945 imela lastno upravo. **Stomatološka klinika** je zasedla stavbo, ki je prej služila stanovanju ravnatelja in ekonoma bolnišnice. V sklop kliničnih bolnišnic je začasno prišel tudi **Onkološki inštitut**, ki je bil prej samostojna ustanova Zavod za novotvorbe. **Zavod za transfuzijo krvi** je do l. 1946 posloval v Centralni vojni bolnici in se nato vselil v nekdanji **stanovanjski paviljon usmiljenih sester** na Šlajmerjevi ulici. **Ortopedska klinika** je l. 1947 dobila prostore

v nekdanjem **sanatoriju Šlajmerjev dom**, ki je bil last Trgovske bolniške blagajne. **Otološka klinika** in **Rentgenološki zavod** sta si delila prostore v paviljonu št. 3. L. 1948 so kliniki dodelili še **nekdanje klavzurne prostore usmiljenih sester** nad centralno kuhinjo. Po **izselitvi Dečjega doma** v novo stavbo l. 1950 so pritične prostore v podaljšku paviljona št. 3 dodelili **Rentgenološkemu zavodu**, višja nadstropja pa **Otološki kliniki**. **Pediatrična klinika** se je najprej naselila v prostorih nekdanje otroške bolnišnice v **Ulici stare pravde 4**. L. 1948 je odprla otroško ambulanto v Dečjem domu na Streliški ulici 14. L. 1949 so ji dodelili še stavbo jezuitskega Doma duhovnih vaj na Ulici stare pravde 11. L. 1952 so za zdravljenje **tuberkuloznih otrok** kliniki dodelili še **Čečevo vilo** na Grubarjevem nabrežju 6. Dislokacija je ovirala poslovanje klinike, in ker so bili prostori še vedno pretesni, so po dogovoru z Mestnim ljudskim odborom Ljubljana l. 1953 **Pediatrični kliniki dodelili novo zgradbo na Vrazovem trgu 1**, ki je bila sezidana za **Dečji dom** s sredstvi ameriških Slovencev. Pediatrična klinika se je postopoma selila v novo stavbo do l. 1955, ker je bilo treba dokončati nedograjeni del stavbe. V stavbe, v katerih je bila prej Pediatrična klinika, so se vselili Mestna porodnišnica, Dispanzer za žene in Dečji dom. **Dermatovenerološka klinika** se je naselila v starem dermatovenerološkem oddelku, ki je bil povsem prenovljen. Z dograditvijo prizidka l. 1950 se je kapaciteta klinike še povečala. **Ftiziološka klinika** je dobila svoje prostore v nekdanji **stavi Invalidskega doma v Trnovem**, ki je bila preurejena l. 1954. **Interna klinika** se je po **odselitvi pljučnega oddelka v Trnovo** razširila v izpraznjeni del stavbe in postopoma so jo do l. 1956 v celoti preuredili. Od l. 1966 je bil v Trnovem **Inštitut za gerontologijo in geriatrijo**, ki pa se je l. 1988 prelevil v **Kliniko za žilne bolezni**. L. 1957 je infekcijska klinika dobila posebni oddelek za **poliomielitis** in začeli so graditi novo stavbo za celotno kliniko. **Ortopedska klinika** je bila v celoti adaptirana in se je zelo razširila v operacijskem traktu, ko se je leta 1957 Poliklinika od tam preselila v lastno stavbo na Njogoševi cesti 4. **Okulistična klinika** je z nadzidavo pridobila nov operacijski blok in predavalnico. **Stomatološka klinika** je l. 1955 dobila najpotrebnejše prostore z **velikim prizidkom**. L. 1963 so v Zgornji Šiški predelali gospodinjstvo šolo (nekdanji Lukmanov grad) v **Bolnico Petra Držaja**. Prostore **prisilnih delavnic** na Poljanskem nasipu je zasedla **psihiatrična dejavnost**. S prizidki in z adaptacijami vseh zapisanih objektov se je povečalo število bolniških postelj v Kliničnih bolnicah in so se razširili funkcionalni prostori, vendar vsem potrebam ni bilo mogoče zadostiti. Potrebna je bila novogradnja.

Od bolnišnične mikrolokacije do poimenovanja ustanove

Ljubljana s širšo okolico je več desetletij čakala na sodobno in dovolj veliko bolnišnico. Zato so zanimive priprave nanjo ter sodelovanje zdravnikov, arhitektov, kulturnih delavcev in drugih, ki so bili posredno ali neposredno povezani z zidavo nove bolnišnice. Poglejmo, kaj se je dogajalo pred začetkom gradnje do l. 1965.

Vprašanja, ki so se ves čas porajala glede Kliničnega centra, so bila povezana z **lego zgradbe**: kje naj bolnišnica stoji, kako se bo

razvijala, kako bo prometno povezana z mestom in okolico, kako bo vpeta v mesto samo. Pomembno vlogo so imela vprašanja o **zelenih površinah**, ki naj bi jih bolnišnica imela, in kako veliko naj bo celotno ozemlje.

Urbanistična ureditev večjega mesta zahteva določitev in medsebojno povezavo območij za določene namene. Za bolnišnice je Ljubljana dobila takšno območje v začetku 20. stoletja v vzhodnem delu mesta, ki je bilo takrat na mestnem obrobju. Tudi pozneje so veliko govorili o tem, da je treba novo ljubljansko bolnišnico in fakultetno središče zgraditi zunaj mesta, v neokrnjeni naravi, kjer ni megle, hrupa in prahu. Dandanes, ko z učinkovitim zdravljenjem skrajšujemo bivanje v bolnišnicah, je mikrolokacija manj pomembna. Pomisliti je treba na številne obiskovalce, predvsem pa bolnike, ki prihajajo v bolnišnico in njeno polikliniko. V okolici Zaloške ceste so tako nastale osrednja ljubljanska bolnišnica in tudi večina vrhunskih državnih zdravstvenih in znanstvenih ustanov.

V zadnjem času se je za ljubljansko bolnišnico udomačilo ime Klinični center. V samem začetku priprav na širjenje bolnišnice, okoli l. 1930, so govorili o »zdravstvenem središču«, o »slovenskem zdravstvenem središču«, največ pa o »zdravstvenem centru Ljubljane« in pozneje o »medicinskem centru«. Ko so po l. 1946 nastajale različne rešitve ljubljanskega bolnišničnega in fakultetnega gradbenega problema, se je pojavljala misel o dveh ločenih centrih. Govorili so o »kliničnem centru«, ali kar »medicinski fakulteti« ali »fakultetnem centru« in na drugi strani o »bolnišničnem centru ali mestnem zdravstvenem centru« ali pa o »mestni bolnišnici«, skupaj z vsem, kar sodi k samostojnemu obratovanju sodobne bolnišnice.

Zgodovina zdravstvene arhitekture, ki se je oblikovala ob vprašanju ljubljanske bolnišnice, je obenem zgodovina zdravstva. Nastajanje in razvoj bolnišnice razodevata strokovno raven neke dobe in splošno kulturno stanje časa. Obenem lahko spremljamo razvoj bolnišnične arhitekture, bolnišnične ideologije in sociologije ter poglede zdravnikov na ta vprašanja.

Različni pogledi na ljubljansko bolnišnico v času med dvema svetovnima vojnama (1919–1941)

Po končani 1. svetovni vojni so se začela pogajanja za novo bolnišnico in MF, ki sta med seboj zelo prepleteni. Dr. Mirko Černič (1884–1956) je v dnevniku Jutro l. 1937 pozval k pripravi načrtov za novo bolnišnico, ki bi bila funkcionalna vsaj 50 let. Posamezni arhitekti so tako začeli pripravljati predloge za novo »fakultetno središče«. Sočasno z njimi so postajali vse glasnejši zdravniki, profesorji in študenti medicine. Eden izmed njih, Evgenij Ravnihar, študent medicine, je opozarjal na nevezdržne razmere v tedanji ljubljanski bolnišnici, ki je postala centralna bolnišnica za osrednji slovenski prostor, kar je pripeljalo do pomanjkanja postelj za bolnike. Nova in moderna bolnišnica bi morala služiti tudi kliničnim primerom.

Osrednja pobuda za širitev bolnišnice in s tem za izpopolnitev ljubljanske univerze je prišla leta **1935** iz vrst študentov, bolnišničnih zdravnikov in fakultetnih profesorjev. Gradivo so zbrali v brošuri



Gradnja stavbe kliničnega centra v Ljubljani l. 1967.



Gradnja stavbe kliničnega centra v Ljubljani l. 1968.

Ljubljanska bolnišnica, ki so jo prodajali tudi v knjigarnah. To je pritegnilo najširšo javnost, ker je brošura v dramatični besedi in sliki govorila o težavah ljubljanske bolnišnice. Iz vrst pobudnikov so 16. februarja 1936 ustanovili **društvo Akcija za razširitev ljubljanske bolnišnice**. Društvu so se pridružile še druge ustanove in društva, ki so izrekla podporo gradnji. Podobno je bilo zasnovano gibanje »Ženske zveze«, ki se je zavzemalo za aktivno sodelovanje v boju za gradnjo.

Za razširitev ljubljanske bolnišnice sta obstajala dva predloga. Okrog tedanje bolnišnice naj bi sezidali še nove paviljone, ki bi skupaj s starimi tvorili celoto. Drugi predlog je bil, da bi staro bolnišnico temeljito prenovili in novo zgradili na obrobju mesta.

L. 1936 je v Sodobnosti **arhitekt Milan Sever** (1904–1962) objavil študijo o »**Slovenskem zdravstvenem središču**«. Že v uvodu je poudaril, da je treba razmišljati o novi bolnišnici za celotno slovensko ozemlje. Arhitekt je predlagal zaradi hitrejše in lažje komunikacije modernejšo gradnjo v višino. Zavzemal se je za postavitev zgradbe na stebre, kar se danes kaže kot vpliv velikega arhitekta Le

Corbusiera, pri katerem je delal arhitekt Sever. Njegova razporeditev blokov je močno spominjala na paviljonsko razporeditev, vendar je posamezna krila že družil skupni funkcionalni trakt. Nakazana je bila ločitev med posteljnimi in funkcionalnimi elementi. Po Severju naj bi prihodnje zdravstveno središče obsegalo: popolno medicinsko fakulteto s predavalnicami, inštitute in medicinski muzej; upravno poslopje, higienski zavod, socialni urad za pomoč odpuščenim bolnikom ter prostore za humanitarne organizacije, stanovanjske objekte za žensko osebje s strežniško in z babiško šolo, stanovanjski objekt za moško osebje, zdravnike in profesorje ter svetišče in mrtvašnico. Milan Sever je predlagal lokacijo zunaj mesta, ob vznožju hriba in v zavetju pred vetrovi, vendar okoli 7 metrov nad okoliško ravnino. Pozival je h gradnji na južni strani Rožnika ali med Šentvidom in Podutikom ali južno od Stražnega hriba nad Črnuškim mostom.

Isto leto (1936) je **arhitekt Herman Hus** (1896–1960) objavil v Slovenskem narodu daljši prispevek »Ljubljanska bolnišnica«. V nasprotju s Severjem je funkcionalist Hus predlagal za mesto gradnje okoliš današnje bolnišnice. Po Husovem mnenju naj bi bila taka rešitev najracionalnejša, saj je najcenejša in bi se lahko gradila postopoma. Polemičen je bil glede megle. Po njegovih ocenah je megla na vseh delih mesta približno enako gosta. Da bi odpravili prah, predlaga, da bi nekatere ceste prestavili zunaj bolnišničnega okolja. Velikosti potrebnega zemljišča je ustrezal prostor med Ljubljano, Fügnerjevo, Vrhovčevo in Holzapflovo ulico, zvezano z Zaloško cesto. Načrtoval je gradnjo velike, od 300 do 400 metrov dolge skupine zgradb »zdravstveni center«, v katerem bi bili vsi oddelki in vsi bolniški prostori obrnjeni na jug, na sever pa operacijske dvorane, rentgen, laboratoriji, kopalnice, postrežni prostori idr. Na severni strani bi postavili gospodarska poslopja, izolirnice in prosekuro. Tako bi bile vse bolnišnice strnjene v enem zaokroženem prostoru. Predlog Akcije za izgradnjo barak Hus zavrača, saj bi te predstavljale izgovor za odlog dokončne zidave. Husov prispevek h gradnji štejemo med prve resnejše zagovornike tistih, ki so vztrajali pri ohranitvi tedanjega bolnišničnega mesta ob Zaloški cesti. Posebnost v zasnovi Husovega medicinskega centra je **sakralni poudarek**, kakršnega imajo povsod v mestih zahodne Evrope. Tam je marsikje še ohranjena srednjeveška tradicija bolnišnice, izhajajoča iz špitala, povezanega s cerkvijo.

Tednji vplivni slovenski zdravniki so bili večinoma proti Husovemu predlogu. Zavzemali so se za selitev zunaj mesta. **Dr. Mirko Černič** je označil oba predloga, Severjevega in Husovega, za utopična. Ponovno je zahteval novo bolnišnico na kraju s čistim zrakom, torej na vzpetini, ne pa v dolini. Največ prispevkov o vprašanju lokacije in značaju nove bolnišnice je izšlo l. 1937 v dnevniku Jutro. Med njimi je kirurg **prim. Franc Derganc** (1877–1939) očital Ljubljani, mestu s 50.000 prebivalci, da nima lastne bolnišnice. Zapisano je sovpadalo še z dogodki okrog medicinske fakultete in predlagal je **združitev klinične in mestne bolnišnice v en center**. Kot primerno mesto za gradnjo je navajal smer Savskega polja s čistim zrakom in suhim peščenim terenom. Tudi ftiziolog **doc. dr. Ivan Matko** (1885–1945) je menil, da je treba združiti klinično bolnišnico s prihodnjo popolno medicinsko fakulteto, ker sta

vsebinsko tesno povezani. Psihiater **dr. Fran Göstl** (1865–1945) je predlagal **decentralizacijo bolnišnic**, osrednja ljubljanska pa naj ne bi imela več kot 1.200 postelj.

Ob 20-letnici nastanka Kraljevine Srbov, Hrvatov in Slovencev je bila objavljena »**Spomenica društva medicincev o nepopolni medicinski fakulteti in pomanjkljivi zdravstveni organizaciji v Sloveniji**«, ki je med drugim tudi opozarjala na nujno potrebno novo klinično bolnišnico v Ljubljani.

L. 1940 so ustanovili komisijo za izpopolnitev fakultete in gradnjo bolnišnice. **Slovensko zdravniško društvo** je prav tako zahtevalo, da se problem bolnišnice čim prej reši. Zahtevali so, da se čim prej določi gradbeni prostor, nameni denar za gradnjo in da izdelajo podrobne načrte. V proračunu za leto 1940/1941 naj bi predvideli kredit za postopno gradnjo in rast ljubljanske MF. Nekdanji ravnatelj bolnišnice, psihiater **dr. Franc Gerlovič** (1887–1944), in dr. Göstl sta zahtevala **dekoncentracijo bolnišničnih stavb** in njihovo enakomerno porazdelitev po mestu. Kot glavne argumente sta navajala **hitro dosegljivost nujne medicinske pomoči** in možnosti vojne nevarnosti, ki se je takrat že nevarno širila. Franc Gerlovič je predlagal zidavo treh visokih blokov, sončno lego ob robu gozda idr. Zavzemal se je za zemljišča, ki niso bila v neposredni bližini Zaloške ceste, ker je bilo tam premalo prostora. Njegovi predlogi so se približali marsikaterim poznejšim različicam zasnove kliničnega centra.

Medicina, urbanizem in arhitektura iščejo skupni jezik

Po osvoboditvi l. 1945 se je prvo ministrstvo za ljudsko zdravstvo pod vodstvom **ministra dr. Marjana Ahčina** (1903–1988) posvetilo gradnji popolne medicinske fakultete in razvoju mreže zdravstvenih objektov po vsej Sloveniji. Ministrstvu je v kratkem času uspelo oskrbeti zasilne prostore v okolici bolnišnice, začela se je tudi **gradnja nove poliklinike** ter dograditev in prenova Dermatološke klinike.

Oddelek za sanitetno arhitekturo, ki je bil do l. 1951 pri ministrstvu za zdravstvo, je prišel pod okrilje Centralnega higienskega zavoda LRS, dokler ga l. 1959 niso odpravili. Na oddelku so ves čas pripravljali predloge za zidavo novega centra. V kratkem obdobju je bila aktualna različica lokacije novega centra v **Vikrčah pod Šmarno goro**.

Enotnost zdravstvenega načrta se je pokazala v tem, da je celotno vodstvo zdravstva prevzela **Medicinska visoka šola** (medicinska fakulteta, ki se je začasno odcepila od univerze) kot najvišji učni, znanstveni in klinični zavod. Po maketi centra, ki je bila predstavljena na 1. kongresu Slovenskega zdravniškega društva, naj bi **združili bolnišnico in fakulteto v »republiški zdravstveni center«**. Po mnenju **arhitekta Jožeta Platnerja** (1904–1968), načelnika oddelka za sanitetno arhitekturo, bi bil to velik materialni zalogaj. Platner je predlagal **prestavitev Zaloške ceste ob Ljubljano** in s tem odpravo tranzitnega prometa čez bolnišnično ozemlje. Zavzemal se je za **ureditev centra na obeh straneh Ljubljane**. Zavračal je tudi klimatske razloge, saj so bolniki takrat

preživali v bolnišnici povprečno le od 8 do 10 dni. Zagovarjal je tudi bližino poliklinike in mesta. Po Platnerjevi zasnovi enotnega bolnišničnega in kliničnega centra Ljubljane bi bile klinike in splošna bolnišnica urejene v blokovskem sistemu. Poleg stavb za vse oddelke je načrtoval **gradnjo internata za študente**, doma za telesno vzgojo s plavalnim bazenom, **naselja za fakultetne uslužbence** s kulturnim domom ter stanovanjske **hiše za uslužbence bolnišnice in higienski muzej**.

Že v letu **1952/1953** se je začela nova in **sistematična akcija za gradnjo združene medicinske fakultete in kliničnega centra**. Ustanova naj bi obsegala 14 klinik s približno 800 posteljami, 15 inštitutov, dekanat, upravo in gospodarske zgradbe. Svoje mesto naj bi vse to dobilo v severnem delu mesta. Ta predlog naj bo imenovan **Varianta I** med različicami, ki so nastajale do 1959. Že od začetka je obstajal **gradbeni odbor** s komisijami, v katerih so bili tedanji profesorji, docenti in arhitekti, ter od aprila **1954** tudi poseben **tehnični biro**. Sočasno s pripravami na novo gradnjo so potekale tudi priprave na razširitev obstoječih zgradb. Dozidali naj bi porodniško kliniko in pripravili načrt za paviljon kirurškega oddelka. Že od vsega začetka so poudarjali, da lokacija na severu mesta ni točno določena, saj so vseskozi poskušali najti prostor med že obstoječimi, a gosto pozidanimi objekti.

Nova **varianta II** je bila mešani sistem klinik in bolnišnice brez jasnejše razmejitve; na novo bi se gradile le tiste klinike, ki imajo neprimerne in premajhne prostore, in bi dobile zadostno število bolniških postelj.

Varianta III je bila popolnoma drugačna. Klinike, ki še niso imele ustreznih prostorov, je prestavila na desni breg Ljubljane in jim namenila razmeroma majhno število postelj. Ugotovili so, da je 1. varianta neprimeroma dražja od preostalih; odločili so se za spremembo Variante II: v enem bloku naj se sezidajo klinike na starem ozemlju, inštituti pa na desnem bregu Ljubljane. Ob polikliniki naj bi zgradili novo mestno bolnišnico s 400 posteljami. Revizijska komisija je investicijski program obravnavala z vseh vidikov in ga 18. februarja 1957 zavrnila; menila je, da so premalo upoštevali načrt o mreži ljubljanskih bolnišnic in posteljne potrebe v Republiki Sloveniji. Izvolili so novo komisijo pod vodstvom ftiziologa **akademika Roberta Neubauerja** (1895–1969), ki je ob sodelovanju fakultetne uprave in fakultetnega sveta ter sveta za zdravstvo LRS sestavila nov **program V**.

Varianta V naj bi imela lokacijo centra na desnem bregu Ljubljane z vsemi inštituti in s klinikami, razen infekcijske, ginekološko-porodniške in psihiatrične. Klinike na desnem bregu bi imele skupaj 860 postelj; skupaj z novimi ginekološko-porodniškimi, psihiatričnimi in povečano infekcijsko kliniko pa 1.220 novih postelj. To naj bi bil hkrati tudi temelj »fakultetnega centra«. To varianto je zasnoval **arhitekt B. Svetina**. Predvidevala je zidavo dveh blokov, ki bi se spajala v obliki črke H. Zveza s starimi kliničnimi bolnišnicami je bila predvidena s podzemeljskim hodnikom in z mostom.

Vzporedno je v letih 1959 in 1960 nastajala tudi študija B. Svetine in mestnega zdravnika s fizikata **dr. Frante Misa** (1900–1975) za mestno bolnišnico. Z zgraditvijo te bi bile klinike razbremenjene

rutinskega dela in bi prednostno sprejemale bolnike s hujšimi obolenji iz celotne republike. Obstoječe klinike so imele l. 1960 830 postelj, z novogradnjo naj bi dobile skupaj 1.230 postelj. Zgrajene naj bi bile kot samostojne nove stavbe: za novo ginekološko-porodniško kliniko 200 postelj, za psihiatrično kliniko 120 postelj, za onkološki inštitut 180 postelj. Predlagali so nov klinični blok za stroke, ki nimajo dovolj bolniških postelj; za iste stroke bi vprašanje postelj reševali tudi oddelki mestne bolnišnice s 730 posteljami. Po takem načrtu naj bi imel medicinski center Ljubljana za prihodnja desetletja zadostno število bolniških postelj.

Po načrtu »**zdravstvenega centra Ljubljane**« iz l. **1959** naj bi zgradili **center v treh delih**: fakultetni del s kliničnimi bolnišnicami in z inštituti, mestno bolnišnico s polikliniko in mešane ustanove, ki bi ostale deloma skupne in se ne bi podvajale (pediatrična, infekcijska, ortopedska, dermatovenerološka in psihiatrična klinika).

Tesna zemljišča, ki so jih določili za mestno bolnišnico, navezava bolnišnice na obstoječo polikliniko, gluhonemnica, »kalorična centrala« (centrala za centralno ogrevanje) in ortopedska klinika ter obsežen program bolnišnice so narekovali razčlenjeno zgradbo v obliki črke H, ki ima na osrednji trakt priključena štiri krila. Mestna bolnišnica naj bi imela nezgodni, kirurški, interni, otološki, okulistični in nevrološki oddelek. Nezgodni oddelek z novimi ambulantnimi prostori bi bil povezan z obstoječim nezgodnim oddelkom poliklinike za opravljanje razširjenega polikliničnega programa. Ker bi bila mestna bolnišnica tudi učna baza, so bile na dvorišni strani predvidene tri predavalnice.

Dokončna odločitev

Maja 1961 je Mestni ljudski odbor Ljubljana izbral **projektantsko skupino** pod vodstvom arhitekta **Stanka Kristla** (r. 1922). Skupina, ki se je imenovala H (*hospital*), naj bi nadaljevala proučevanje programa za zidavo nove bolnišnice skladno s potrebami Ljubljane in celotne Slovenije. Po dogovoru o **skupnem financiranju** zidave med **izvršnim svetom SRS** in **Okrajnim ljudskim odborom Ljubljana** z dne 26. aprila 1963 naj bi bila nova bolnišnica namenjena



Znani pogled na stavbo UKC l. 1980.

zdravljenju bolnikov ter učna baza za študente medicinske fakultete in medicinskih šol v Ljubljani. Kot **lokacija** je bila izbrana majhna **površina med ortopedsko kliniko in polikliniko**.

Izhodiščna zahteva je bila, da naj bo bolnišnica močnejše specializirana splošna bolnišnica **s šestimi oddelki in z 850 posteljami**. Paziti so morali na povezanost nove klinike z obstoječimi in na mogočo podvojitve določenih medicinskih in tehničnih služb. Ker med obema svetovnjima vojnoma in tudi pozneje v Ljubljani niso zidali nobene bolnišnice v tako velikem obsegu in s tako zapletenim programom, so močno zaostajali za hitrim razvojem bolnišnične arhitekture po svetu.

V iskanju najustrežnejših rešitev je nova projektantska skupina pripravila več nadaljnjih **različic**, ki so se omejevale predvsem na dve fazi zidanja in ožjo lokacijo ob polikliniki.

Za uvod v najnovejšo dobo priprav gradnje novega kliničnega centra se seznanimo tudi s takratnimi smermi bolnišnične arhitekture. Po sodobnih načelih so projektanti razdelili **bolnišnico v posteljni in diagnostično-terapevtsko-uslužnostni del**. Več diagnostičnega in terapevtskega dela pri bolnikih je bilo predvidenega v centralnih specializiranih laboratorijih, oddelkih za klinično fiziologijo, v centralnem rentgenskem inštitutu, v centralnem operacijskem bloku itn. Za zdravljenje in nego najhujše bolnih so uvajali enote za intenzivno nego in terapijo. Povsod so predvidevali prostore in delovna mesta za pouk ter znanstvenoraziskovalno delo in rekreacijo osebja.

Na posteljnih oddelkih je bilo poskrbljeno za arhitektonsko ločitev med prometnim in učnim delom z ene strani ter negovalnim delom z druge strani. V **bolniških sobah** so upoštevali **načela udobja**. Vsaj četrtina sob je bila le dvo- ali enoposteljna. V projektih se je prvič pri nas pojavil **sistem dvojnega koridorja** (zgostitev tlorisa negovalnih etaž) namesto dotedanjega enokoridorskega sistema. Enak sistem je bil tudi v projektu novega onkološkega inštituta glavnega projektanta arhitekta M. Župančiča.

Nekateri oddelki, s katerimi so urbanisti že računali pri določanju lokacije za nadaljnjo zazidavo, so imeli takrat zadosten obseg, deloma pa bi jih bilo mogoče še povečati. Tako je bilo pri pediatrični, infektološki, ortopedski in pri stomatološki kliniki, polikliniki, zavodu za transfuzijo krvi, virusnem laboratoriju, zavodu za zdravstveno in tehnično varnost ter poslopju Gradisa, ki so ga predlagali za upravne namene kliničnega centra. Pripravljali so tudi zidavo novega onkološkega inštituta, ki je po svoji pomembnosti in obsegu sodila med zidave, kakršna je bila nova bolnišnica.

Urbanistični program medicinskega centra

Že l. 1961 je bila pri ljubljanskem urbanističnem zavodu pod vodstvom arhitekta **Marka Šlajmerja** (1927–1969) naročena izdelava urbanističnega programa za medicinski center v Ljubljani. Zavod je moral upoštevati, da ne more iskati nove lokacije, ker je na Zaloški cesti veliko novejših in novih zgradb, ki so ključni objekti prihodnjega kliničnega centra. Prihodnji center naj bo celota v funkcionalnem in zazidalnem pogledu. Iz obravnavanih variant je bilo videti, da se je pojavljala želja po dveh ločenih centrih, kar bi

zahtevalo zidavo paralelnih objektov za veliko strokovnih služb.

Po teh izhodiščih je l. 1962 urbanistični zavod **izdelal temelje programa za medicinski center** Ljubljana. L. 1964 je bil program dopolnjen, predstavili so ga upravnim organom, strokovnim organizacijam in društvom, ki so dali svoja mnenja. Do l. 1990 bi po programu morali zgraditi dva posteljna objekta in delno sezidati tudi tretjega, ki naj bi bil končna faza gradnje bolnišničnih kapacitet ob Zaloški cesti. V novih objektih bi bile 2.304 postelje, v razširjenih in dograjenih objektih infektološke klinike, pediatrične, stomatološke, dermatološke in ortopedske klinike bi bilo 1.322 postelj, v novem onkološkem inštitutu 400 postelj, skupaj 4.026 postelj. Tako hiter razvoj posteljnega fonda bi bil dosežen, če bi zmogli do leta 1970 sezidati objekte za 1.696 postelj, od leta 1970 do leta 1990 pa še drugi posteljni objekt ter dograditi obstoječe stavbe pediatrične, ortopedske, stomatološke in dermatološke klinike ter zgraditi prvi del tretjega objekta nove bolnišnice s pripadajočim diagnostično-terapevtskim objektom.

Zaloška cesta naj bi bila po Cegnerjevi ulici in Vodmatskem trgu (zdaj Malenškovi ulici) priključena na Jenkovo in naprej na Masarykovo cesto, ki je bila predvidena kot štiripisovnica. Tedanja Njegoševa naj bi prav tako postala štiripisovnica in bila podaljšana prek Ljubljance do Poljanske ceste in naprej, kar se zdaj pripravlja. Zaloška cesta naj bi bila zaprta za ves tranzitni promet in s tem bi dosegli sorazmerno mirno okolje v središču mesta z neposredno bližino železniške in avtobusne postaje. Tako so razmišljali pred slabimi petdesetimi leti (*Mušič, D. Zasnove Kliničnega centra Ljubljane. V: Poslanstvo slovenskega zdravnika. Ljubljana: Slovenska matica 1965; 371–402*).

Sklep

Čas je pokazal, da se želje in stvarnost pogosto niso skladale. Zgrajen je bil en posteljni objekt s 1.000 novimi bolniškimi posteljami, z diagnostičnim in operacijskim delom. Selitve v novo stavbo so potekale skoraj pet let, od leta 1970 do leta 1975, ko je bil **29. novembra 1975** na takratni jugoslovanski državni praznik, dan republike, Klinični center **uradno slavnostno odprt**. Vanj so se preselili: velik del kirurgije, interne medicine, del ginekologije, okulistike, nevrologije in še kaj. Zastavljeni načrt po širjenju drugih zgradb v kompleksu kliničnih bolnišnic se je odvijal po svoje. Razpadla je tudi Jugoslavija in leta 1992 so se izpraznili objekti vojaške bolnišnice ob Zaloški cesti. Novogradnjo je na mestu nekdanje očne klinike pred desetletjem dobila nevrološka klinika, ki se je l. 2009 izselila tudi iz nove stavbe UKC, očesna klinika pa se je preselila v prostore nekdanje vojaške bolnišnice, kamor se je delno preselila tudi psihiatrična dejavnost. Pediatrična klinika se je leta 2009 vselila v novo stavbo na Bohoričevi ulici 20, v njenih nekdanjih prostorih na Vrazovem trgu pa bo najverjetneje nastala negovalna bolnišnica. Druge klinike v petdesetih letih od zapisanih zastavljenih ciljev niso doživele bistvenih sprememb, razen Onkološkega inštituta, ki pa je bil sestavni del ljubljanskih bolnišnic le kratek čas.

Slikovno gradivo: Vlastja Simončič

»ECCE, HOMO!«

(GLEJTE, ČLOVEK! Jn 19,5)

Ob 20-letnici Slovenskega katoliškega zdravstvenega združenja

Karolina Godina, Alenka Vojska Kušar

O začetkih in ozadju Slovenskega katoliškega zdravstvenega združenja (SKZZ) je slovenski jezuit pater Marijan Jožef Šef, dr. med., prvi duhovni vodja SKZZ, ob 10-letnici v glasilu *Ecce, homo* (Ljubljana, januar 2000) med drugim zapisal: »... Glede na medicinsko izobrazbo (Ljubljana, 1951–1957) sem med študijem filozofije in teologije (Zagreb, 1960–1967) veliko razmišljal o ustvarjalnem odnosu med krščanstvom in medicino. Pri tem sem imel pred očmi ne samo zdravnike, ampak tudi druge zdravstvene delavce. Po končani formaciji v Belgiji sem prišel v Maribor, kjer sem na novo ustanovljenem oddelku Teološke fakultete v Ljubljani začel jeseni leta 1968 predavati pastoralno medicino. Na spodbudo sobratov sem 21.–25. aprila 1969 organiziral pri sv. Jakobu v Ljubljani prvi tečaj o medicinskoetičnih problemih. V petih večerih se je zvrstilo več predavateljev, zdravnikov: R. Kovač, M. Žele, H. Hawlina, prim. E. Pertl, moralni teolog dr. Š. Šteiner in jaz. Odziv je bil zelo velik in iz razprav je bilo očito, da bi bilo zelo koristno nadaljevati neko obliko dialoga med krščanstvom in medicino ...«

V letih 1970–1980 so bila ta srečanja občasno, največkrat enkrat letno. Pa vendar so predstavljala vez med nami, enako mislečimi, v tistih časih, ko je bilo kakršno koli združevanje na verski osnovi vsaj nezaželeno, če ne celo prepovedano.

Ustanovni zbor združenja katoliških zdravstvenih delavcev je bil 6. oktobra 1990 v župnijski dvorani pri sv. Jakobu v Ljubljani. Društvo se je leta 1992 pod duhovnim vodstvom p. Marijana J. Šefa, dr. med., in ljubljanskega bolniškega župnika Mira Šlibarja preimenovalo v Slovensko katoliško zdravstveno združenje – SKZZ. Duhovni vodja predstavlja cerkveno avtoriteto, ki skrbi za uveljavljanje katoliške etike in omogoča duhovno rast članov. Po odhodu p. Marijana J. Šefa, dr. med., na novo delovno mesto zunaj Slovenije je postal duhovni vodja Jože Štupnikar, dr. teologije, višji medicinski tehnik.

Združenje je bilo leta 1992 dejavno vključeno v Evropsko zvezo združenj katoliških zdravnikov (FEAMC) in leta 1994 v Mednarodno zvezo združenj katoliških zdravnikov (FIAMC), ki posreduje katoliške poglede v svojem glasilu *Decisions* (Odločitve).

Članstvo sestavljajo redni člani, tj. zdravniki in zobozdravniki, ter pridruženi člani, tj. drugo zdravstveno osebje, študentje zdravstvenih smeri pa tudi fizične in pravne osebe, ki spoštujejo pravila in etične smernice združenja; z namenom, da spodbujajo in uveljavljajo katoliško etiko v zdravstvu, omogočajo osebno in duhovno rast članov združenja, skrbijo za izobraževanje z vidika medicinske etike svojih članov, oblikujejo mnenje glede medicinskih moralno-etičnih vprašanj ob upoštevanju nauka

cerkvenega učiteljstva, zagotavljajo verodostojna poročila in praktične nasvete z medicinskega moralnega področja slovenski Cerkvi, zastopajo katoliška načela na medicinskem področju v družbi, zastopajo slovenske člane v evropski in mednarodni zvezi združenj katoliških zdravnikov – v FEAMC in FIAMC – in sodelujejo z drugimi katoliškimi skupinami.

Čeprav je SKZZ vseslovensko združenje, se njegovih srečanj udeležujejo v glavnem njegovi člani iz Ljubljane in okolice. V želji, da bi bila načela združenja posredovana čim širšemu krogu članov in drugim zainteresiranim po Sloveniji, smo se odločili za povezovalno glasilo, poimenovano po evangelijskih besedah: »Ecce, homo!« (Glejte, človek! Jn 19,5), ki je prvič izšlo v Ljubljani, in sicer decembra 1995. V vsaki številki glasila je predstavljen povzetek predavanja s srečanja. Trudimo se, da bi bili naši gostujoči predavatelji priznani strokovnjaki in tudi etično visokoozavešeni izobraženci s področja teologije in medicine. Lani smo uvedli tudi elektronsko tehnologijo (www.katoliski-zdravniki.si). Z njo poskušamo povezovati mlajše in jim pomagati pri reševanju moralno-etičnih problemov.

Jedro zdravstvenega poklica je služenje človeku: trpečemu, nemočnemu, porajajočemu se ali umirajočemu, bolnemu ali kakor koli prizadetemu. Ker smo sredi naglice in stehnziranih medicinskih postopkov neprestano v skušnjavi, da pozabimo prav na človeka, želimo prav prek glasila in elektroneke poglobljati zavest, da je človek vedno človek, vedno oseba s človeškim dostojanstvom, ki zasluži vso našo pozornost in ljubečo skrb.

Izvršni odbor je v začetku delovanja združenja v svojih pravilih na osnovi etičnih smernic Mednarodnega združenja katoliških zdravnikov (FIAMC) med drugim zapisal: »... Verni zdravstveni delavec se bolnemu človeku približuje in ga spremlja prek dimenzije skrivnostnosti, enkratnosti, neponovljivosti in večnosti človeškega bitja. Od začetka do naravne smrti naj spoštuje



Prvi duhovni vodja SKZZ
p. Marijan Jožef Šef, dr. med.

neponovljivost življenja, vliva naj mu pogum ob osebnih stiskah, ki so še večkrat globlje kot le povzročene rane ali otipljive bolezni. Bolnike in njegove domače naj vzgaja za sprejemanje bolezni. Podpira naj jih v upanju na ozdravitev. Pomaga naj premagovati strah pred smrtjo in končno naj umirajočemu stoji ob strani pri prehodu v večnost ...«

Pred zaposlene v zdravstvu se postavljajo velike zahteve. Ni dovolj le strokovno medicinsko znanje, ki je osnova za delo. Celo želja pomagati ljudem v bolezni in težkih situacijah, kar je gotovo izraz človekoljubja, ni dovolj. Humano, strokovno in odgovorno skrbeti za ohranitev zdravja in življenja, upoštevati etična načela, spoštovati dostojanstvo bolnika, vse to zahteva od zdravstvenega delavca veliko več. Zato naj bi se za te poklice odločali ljudje, ki so osebno zgrajeni, notranje umirjeni, ki jim ne bi bila tuja osnovna zapoved: »Ljubi svojega bližnjega kakor samega sebe.« Zdravstveni delavec mora sodelovati pri prevzgoji in spreminjanju javnega mišljenja ter prebujati javno vest. Biti mora dovolj kritičen do svojega dela in ravnanja ter živeti skladno s svojim poklicem.

Ugotavljamo pa, da ne le številnim zdravstvenim delavcem, ampak tudi marsikateremu katoličanu etika katoliškega zdravnika ni le neznan, ampak pogosto tudi nesprejemljiva in nesprejeta. Za katoliškega zdravnika je posebna čast, da z zglednim življenjem, s pristno ljubeznijo do bolnih, zlasti še revnih in zapostavljenih, izpričuje krščansko vero, ne skriva krščanske usmerjenosti in moralnih načel, a vedno upošteva bolnikovo prepričanje.

Tako razmišljanje potrjujejo že naslovi predavanj slovenskih zdravnikov in teologov na letnih srečanjih, okroglih mizah in na klubskih večerih SKZZ, kot so npr: Celosten pristop zdravnika k bolniku, Zdravnik v politiki, Poslanstvo zdravstvenega delavca v luči božjega razodetja, Naravne metode načrtovanja družine, Odgovornost zdravnika in bolnika v procesu zdravljenja, Papeževa okrožnica Evangelij življenja, Samomorilnost na Slovenskem, Skrivnost človeka, Ugovor vesti in evropskem prostoru, Vloga hospica v paliativni oskrbi in druga.

Duhovni vodja SKZZ dr. Jože Štupnikar je v svojem prispevku z naslovom Duhovno poslanstvo katoliških zdravstvenih združenj v glasilu *Ecce, homo* januarja 2000 med drugim zapisal: »Danes je zdravstvo v nenehnem razvoju in napredku. Poklicno izobraževanje v vseh mogočih oblikah je torej nujno potrebno. To včasih postaja celo moreče, ker jemlje čas za osebno življenje, življenje v družini in širši družbeni skupnosti. Obstaja torej velik problem, kako najti čas za osebno duhovno poglobljanje in sprejemanje medicinske znanosti v luči evangelija. Tako se pred kristjane nenehno postavljajo vprašanja poimenovanja življenja, spoštovanja in dostojanstva življenja, humanosti in dopustnosti nekaterih metod v diagnozi in terapiji, vprašanja, do kod zdravnikova avtonomija. Nepomembna niso niti vprašanja medsebojnih odnosov, ekonomije, politike v zdravstvu ...

Ob tem razmišljanju postaja vse bolj jasno, v čem sta pomen in namen katoliškega zdravstvenega združenja. Zdravstveni delavci – kristjani poleg osebnega pričevanja prav prek svojih združenj skušajo bistveno prispevati k humanizaciji zdravstva, spremljajo strokovno in znanstveno delo na področju medicine,

kjer morata biti povsod osnovni merili dostojanstvo bolnika in neodtujljiva pravica do življenja od spočetja do naravne smrti. Ta način dela pa zahteva koordiniran strokoven pristop k reševanju posameznih vprašanj in problemov.«

Leta 1995 je Papeški svet za pastoralo zdravstvenih delavcev v Vatikanu izdal listino *Deontologija zdravstvenih delavcev*. V slovenskem prevodu je izšla pri založbi Družina. Tako je bila zapolnjena vrzel, na katero so že dolgo opozarjali znotraj Cerkve in tisti, ki priznavajo Cerkvi prvenstvo v delu za življenje in obrambo življenja.

V letu 2009 je bilo v SKZZ včlanjenih 125 članov, večinoma zdravnikov in nekaj medicinskih sester.

Ko se danes – po 20 letih našega delovanja – oziramo na prehojeno pot z željo, da utrdimo naš obstoj in damo s svojim delovanjem kot katoliški zdravstveni delavci prispevek k moralni prenovi slovenskega zdravstva, zbiramo moči za nadaljnje spodbujanje in uveljavljanje katoliške etike v slovenskem zdravstvu, zavedajoč se, da »kapljica ne izdolbe kamna s svojo močjo, ampak z neprestanim delovanjem« (latinski pregovor).

Viri in literatura so na voljo pri avtoricah.



Zavetnika SKZZ, zdravnika in mučenca sv. Kozma in Damijan (Jurij Šubic, 1887, Ljubljana, Narodna galerija)

Srečanje slovenskih zdravnikov generacije vpisane na MF v študijskem letu 1975/1976

Vse kolege, ki ste se vpisali na MF v Ljubljani v študijskem letu 1975/1976, vabimo na srečanje ob 35-letnici vpisa.

Srečanje bo v restavraciji Via Bona, Tbilisijjska 59, Ljubljana (tam, kjer smo se srečali ob 30-letnici) od 18.00 naprej.

Svojo udeležbo potrdite Viti Pukl po elektronskem naslovu: vita.pukl@gmail.com.

Prof. dr. Tone Wraber (4. marec 1938–6. julij 2010)

Luka Pintar

V prvem tednu julija 2010 nas je vse, ki smo ga poznali, pretresla vest o smrti Toneta Wraberja, profesorja botanike na Biotehnični fakulteti v Ljubljani v pokoju (upokojen l. 2007). Pred mesecem dni sva se še srečala ob predavanju Jožeta Kosca v ljubljanskem botaničnem vrtu. Nisem si mislil, da bo to najino zadnje srečanje.

Pokojni je imel zelo širok spekter zanimanj in raziskovanj. Ukvarjal se je s sistematsko botaniko (ki jo je predaval), fitocenologijo, fitogeografijo (dvakrat je obiskal Himalajo, raziskoval je tudi v Srednjeafriški republiki), z botaničnim imenoslovjem (zbirka člankov v Proteusu) in z zgodovino botaničnih raziskovanj, predvsem na našem ozemlju. Na tem področju je našel stik z Znanstvenim društvom za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije, katerega član je dolga leta tudi bil. V sodelovanju z zgodovinarico medicine prof. dr. Zvonko Zupanič Slavec je predaval tudi študentom medicine v ljubljanskem botaničnem vrtu o zdravilnih rastlinah, pomembnih za medicino, predvsem o Scopolii carniolici, in o idrijskem rudniškem zdravniku ter znamenitem raziskovalcu slovenske flore J. A. Scopoliju. Poseben prispevek iz zgodovine botanike na naših tleh je njegov komentar k znanstveni izdaji Vossovega Poskusa zgodovine botanike na Kranjskem (2008). Knjigo je izdala celjska Mohorjeva družba in smo o njej v Izidi tudi poročali.

Ni pa bila zgodovina edina vez botanike z medicino, ki jo je imel prof. Wraber. Spominjamo se njegovega aktivnega delovanja na nekem alergološkem sestanku (vodila ga je prof. dr. Draga Černelč) s prispevkom o *Ambrosii artemisifolia*, ki se je začela pojavljati v Sloveniji.

Težko je povedati o prof. Wraberju nekaj, česar še ne bi vedeli. Predstavljen je v Enciklopediji Slovenije, v Proteusu ob njegovi sedemdesetletnici in drugod ... Zato naj na kratko preletim le osrednja dogajanja v njegovem življenju. Rojen je bil 4. marca 1938 v Ljubljani. Oče je bil biolog botanik Maks Wraber, mati Sabina klasična filologinja, ki je zgodaj umrla za jetiko. Obiskoval je klasično gimnazijo v Ljubljani, kjer je maturiral l. 1956. Sledil je študij biologije v Ljubljani z diplomom pri prof. dr. Ernstu Mayerju. Doktoriral je v Trstu l. 1972 pri prof. dr. Sandru Pignattiju.

Najprej se je zaposlil v Prirodoslovnem muzeju v Ljubljani kot kuštos. Od leta 1968 je bil asistent na biološkem oddelku Biotehnične fakultete. Leta 1978 je postal docent za taksonomijo in fitocenologijo. Izredni profesor je postal 1984, nato tudi redni profesor in od maja 2010 zaslužni profesor ljubljanske univerze.

Njegove samostojne publikacije so: Vodnik po razstavi Naše zaščitene rastline (1963), Gorsko cvetje (1967), Trenta (1976), Rdeči seznam ogroženih praprotnic in semenke SR Slovenije (1989, v soavtorstvu s P. Skobernetom), Travnške rastline na Slovenskem (Seliškar in Wraber. 1996), Sto znamenitih rastlin na Slovenskem (1990), soavtorstvo pri vseh štirih dozdajšnjih izdajah določevalnega ključa Mala flora Slovenije (1969, 1984, 1999 in 2007), Dvakrat sto

alpskih rastlin na Slovenskem (2006). Žal veliko zbranega gradiva ni utegnil obdelati.

Sodeloval je v poljudnoznanstveni reviji Proteus, kjer je objavil okoli 300 člankov in krajših zapisov. Pisal je tudi za Planinski vestnik. Za Enciklopedijo Slovenije je prispeval številna gesla s področja botanike. Bibliografija raziskovalcev ima v seznamu 700 njegovih del.

V pogostih stikih sva bila od izdaje njegovega Gorskega cvetja. Pozneje sem mu prispeval nekaj fotografskih posnetkov za Travnške rastline na Slovenskem ter za prevod in priredbo knjige Alpska flora.

V knjigi Rože na Slovenskem je na mojo prošnjo komentiral prikazovane rastline. Komentarji niso suhoparno naštevanje dejstev; napisani so poljudno, strokovno natančno in kot pravijo številni bralci, lepo berljivo. Večkrat sva bila tudi skupaj na terenu, na zanimivih rastiščih. Pokazal mi je brezstebelni ušivec (*Pedicularis acaulis*) ob Savi pri Črnučah. Na Čavnu me je opozoril na skalni mleček (*Euphorbia triflora*).

Končal bi z navedbo Igorja Dakskoblerja v Proteusu v zapisu ob 70-letnici prof. Wraberja: »Prof. Wraber je leta 2000 ob osemdesetletnici prof. Ernesta Mayerja razčlenil botanično delovanje na Slovenskem po obdobjih, ki jih je poimenoval po najbolj izstopajočih posameznikih. Tako lahko govorimo o Scopolijevem, Hladnikovem, Pavlinovem in o Mayerjevem obdobju.« Igor Dakskobler dodaja, da lahko tem obdobjem priključimo Wraberjevo (zadnja četrtnina 20. stoletja in prva dekada 21. stoletja). To je napisal z željo, da bi prof. Wraber še dolgo učil, pisal, objavljal ter nas bogatil s svojim znanjem. Na žalost je smrt veliko prezgodaj umrlega prekinila njegovo delovanje.



Prof. dr. Tone Wraber (levo) s kranjsko buniko (*Scopolia carniolica*) v rokah in direktor Botaničnega vrta v Ljubljani dr. Jože Bavec ob predavanju študentom medicine pri predmetu zgodovina medicine 22. aprila 2008 (foto: Zvonka Zupanič Slavec)

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 _____

2.–3. • 1. NACIONALNA KONFERENCA O ALKOHOLNI POLITIKI

kraj: BRDO PRI KRANJU, Kongresni center, dvorana Splendens,	št. udeležencev: 150-200	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: konferenca je namenjena zdravstvenim delavcem in državnim uradnikom	organizator: Ministrstvo za zdravje, Vesna-Kerstin Petrič, vodja sektorja za krepitev zdravja in zdrav življenjski slog	prijave, informacije: prijave: Ministrstvo za zdravje, Sektor za krepitev zdravja in zdrav življenjski slog, Štefanova 5, 1000 Ljubljana, informacije: Vesna-Kerstin Petrič, T: 01 400 60 99, F: 400 69 19, M: 031 333 459, Nataša Blažko, T: 01 400 68 54	

4.–5. ob 18.00 • 40-LETNICA KRONIČNE HEMODIALIZI IN TRANSPLANTACIJE LEDVIC V SLOVENIJI

kraj: BLEJ, Hotel Golf	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: simpozij je namenjen nefrologom, specialistom nefrologije, internistom in drugim	organizator: Slovensko nefrološko društvo, prof. dr. Rafael Ponikvar, dr. med.	prijave, informacije: ga. Mida Kandus, KO za nefrologijo, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 31 21, F: 01 522 22 82, E: mida.kandus@kclj.si	

4.–6. ob 16.00 • 52. TAVČARJEVI DNEVI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: PORTOROŽ, Grand hotel Bernardin, dvorana Evropa	št. udeležencev: 800	kotizacija: glej program na spletni strani zbornice	k. točke: ***
vsebina: kongres je namenjen zdravnikom in študentom medicine	organizator: Katedra za interno medicino, Medicinska fakulteta v Ljubljani, prof. dr. Pavel Poredoš	prijave in informacije: prijave: Katedra za interno medicino, Medicinska fakulteta v Ljubljani, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, informacije: Mojca Baraga ali Bernarda Hrovat, T: 01 522 34 66, F: 01 431 31 24	

5. ob 9.00 • CELOVITA OSKRBA OSEBE PO AMPUTACIJI SPODNJEGA UDA OD KIRURŠKEGA POSEGA DO VKLJUČITVE NAZAJ V DOMAČE OKOLJE podroben program bo dosegljiv na internetni strani Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta Republike Slovenije - Soča

kraj: LJUBLJANA, URI Soča, predavalnica v IV. nadstropju	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 40 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: učna delavnica je namenjena vsem zdravnikom	organizator: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, prim. dr. Metka Prešern Štrukelj, dr. med.	prijave, informacije: Vesna Grabljevec, T: 01 475 82 43, F: 01 437 20 70, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si	

5. ob 13.00 • REDNA LETNA SKUPŠČINA ZDRUŽENJA ZA MEDICINSKO GENETIKO, SZD

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana, Ginekološka klinika (stara porodnišnica, pritličje)	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: redna letna skupščina Zdrženja za medicinsko genetiko, SZD z vabljenim predavanjem: Molekularnogenetska identifikacija žrtev povojnih množičnih grobišč v Sloveniji (znan. sod. asist. dr. Irena Zupanič Pajnič, univ. dipl. biol.) je namenjena članom ZMG in širšemu občinstvu	organizator: Zdrženje za medicinsko genetiko, SZD	prijave, informacije: program je na spletni strani www.zmg-szd.si	

5.–6. ob 14.00 • VII. DERMATOLOŠKI DNEVI V MARIBORU podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk	št. udeležencev: 100	kotizacija: 50 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno dermatologom	organizator: Oddelek za kožne in spolne bolezni, UKC Maribor, doc. dr. J. Miljković	prijave, informacije: Brigita Giber, T: 02 321 27 05, F: 02 321 27 13, E: miljkovic.j@ukc-mb.si , Oddelek za kožne in spolne bolezni UKC Maribor, Ljubljanska 5, Maribor	

10. ob 19.30 • KONCERT ŠTUDENTOV MEDICINSKE FAKULTETE

kraj: LJUBLJANA, Slovenska filharmonija, Velika dvorana	št. udeležencev: 500	kotizacija: vstop je prost	k. točke: ***
vsebina: koncert je namenjen študentom, zdravnikom in zobozdravnikom ter širši javnosti	organizator: Kulturno društvo KC in MF, Društvo študentov medicine Slovenije, Andrej Babnik, študent 6. letnika medicine, vodja projekta	prijave, informacije: – informacije: Andrej Babnik, E: andrej.doc@gmail.com , T: 041 827 063	

11.–13. • OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME. POUK BOLNIKA Z ASTMO. VODENJE BOLNIKA S KOPB podroben program na spletni strani zbornice

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Lek **št. udeležencev:** 28 **kotizacija:** 250 EUR, vključuje zbornik, potrdilo o udeležbi, opravljanje zaključnega izpita, prehrano, animacijo **k. točke:** 19

vsebina: delavnica je sinhronizacija osebnega zdravnika in specialista pri obravnavi bolnika z alergijsko boleznijo in astmo. Delavnica je namenjena predvsem zdravnikom splošne/ družinske medicine. Vabljeni tudi specializanti in sekundarji ter specialisti drugih strok (dermatologi, otorinolaringologi, internisti, pediatri). Poudarek delavnice bo na praktični obravnavi posameznih pomembnih segmentov alergologije ali astme, reševanju konkretnih alergoloških primerov, prikazu načinov pouka bolnikov z astmo. Vaje bodo potekale pod vodstvom posameznih strokovnjakov v skupinah

organizator: Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Golnik

prijave, informacije: Irena Dolhar, Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 91 11, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si

11.–13. ob 17.00 • XXIV. REPUBLIŠKI STROKOVNI SEMINAR DZDS: STROKOVNA DOKTRINA STOMATOLOŠKE KLINIKE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: ROGAŠKA SLATINA, Kulturni dom Rogaška **št. udeležencev:** 300 **kotizacija:** zobozdravniki 200 EUR, ostali zobozdravstveni delavci 150 EUR **k. točke:** ***

vsebina: srečanje je namenjeno zobozdravnikom, medicinskim sestram, zobotehnikom

organizator: Društvo zobozdravstvenih delavcev v Sloveniji, akad. prof. dr. Uroš Skalarič

prijave, informacije: Društvo zobozdravstvenih delavcev v Sloveniji, Maša Juvan, T: 01 522 53 46, 041 516 773, F: 01 522 24 94

12. ob 8.00 • MALA ŠOLA NEVROLOGIJE: PARKINSONIZEM IN DEMENCE podroben program na spletni zbornice

kraj: LJUBLJANA, Nevrološka klinika, Klinični oddelek za bolezni živčevja Zaloška cesta 2, Ljubljana **št. udeležencev:** 25 **kotizacija:** 50 EUR **k. točke:** ***

vsebina: strokovno izobraževanje o parkinsonih in demencah za boljše prepoznavanje, zdravljenje in vodenje bolnikov v ambulanti družinskega zdravnika je namenjeno družinskim in vsem drugim zdravnikom, ki bi radi osvežili svoje znanje nevrologije

organizator: Klinični oddelek za bolezni živčevja UKC Ljubljana in Katedra za družinsko medicino MF v Ljubljani, doc. dr. Maja Trošt, dr. med.

prijave, informacije: Anka Žekš, KO za bolezni živčevja, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, T: 01 522 23 11, F: 01 522 30 37, E: anka.zeks@kclj.si

12. ob 9.00 • PERKUTANA TRAHEOSTOMA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetni klinični center, predavalnica 4 **št. udeležencev:** 30 **kotizacija:** 100 EUR **k. točke:** ***

vsebina: učna delavnica je namenjena anesteziologom, kirurgom, otorinolaringologom, intenzivistom, reanimatorjem, specialistom

organizator: Klinični oddelek za torakalno kirurgijo, CIT, Nevrološka klinika, prof. dr. Miha Sok

prijave, informacije: prijave: Klinični oddelek za torakalno kirurgijo, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška 7, informacije: ga. Ksenija Potočnik, T: 01 522 39 68, F: 01 522 24 85, E: ksenija.potocnik@kclj.si

12.–13. ob 8.30 • XIV. IZOBRAŽEVALNI SEMINAR ZA ZDRAVNIKE »KRITIČNO BOLAN IN POŠKODOVAN OTROK – RAZPOZNAVA, ZDRAVLJENJE IN PREVOZ« S TEČAJEM PEDIATRIČNE REANIMACIJE PO NAČELIH EVROPSKEGA SVETA ZA REANIMACIJO podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetni klinični center, Bohoričeva 20, predavalnica 1 **št. udeležencev:** 70–80 **kotizacija:** 360 EUR (DDV je vključen) **k. točke:** v postopku

vsebina: izobraževalni seminar z učnimi delavnicami je namenjen pediatrom in vsem zdravnikom v urgentni službi

organizator: Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, Kirurška klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Slovensko združenje za urgentno medicino – Svet za reanimacijo, prim. Ivan Vidmar, dr. med., svetnik

prijave, informacije: prijave: Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, Tajništvo, Kirurška klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Bohoričeva ulica 20, 1525 Ljubljana, informacije: Karmen Boh, viš. upr. del., T: 01 522 81 97, 01 522 33 49, 01 522 48 29, F: 01 522 11 09, E: karmen.boh@kclj.si

12.–13. ob 13.00 • 6. DNEVI INTERNISTIČNE ONKOLOGIJE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, stavba C, predavalnica	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: podiplomsko izobraževanje za zdravnike interniste in specializante internističnih strok, zlasti interniste onkologe in hematologe	organizator: Sekcija za internistično onkologijo pri SZD in Onkološki inštitut Ljubljana, Andreja Mavec, asist. mag. Erika Matos, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: amavec@onko-i.si in lkristan@onko-i.si , informacije: Andreja Mavec in Lidija Kristan, T: 01 587 92 82	

12.–13. ob 12.00 • 52. REDNI SESTANEK SLOVENSKEGA ZDRUŽENJA ZA GASTROENTEROLOGIJO IN HEPATOLOGIJO

kraj: KRANJSKA GORA, Gozd - Martuljek, Hotel Špik	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 90 EUR	k. točke: ***
vsebina: redno srečanje združenja	organizator: Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo, prof. dr. Borut Štabuc, dr. med.	prijave, informacije: ga. Melita Šušmelj, T: 01 522 26 39, F: 01433 41 90, E: melilta.susmelj@kclj.si	

12.–13. ob 16.00 • CELOSTNA OBRAVNAVA MOŠKEGA V AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE

kraj: PTUJ, Hotel Primus	št. udeležencev: 100	kotizacija: kotizacije ni:	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena družinskim (splošnim) zdravnikom	organizator: Zavod za razvoj družinske medicine, prim. Gojimir Žorž, dr. med	prijave, informacije: prijave: ZASM, prim. Gojimir Žorž, Cesta v Mestni log 55, 1000 Ljubljana, informacije: T: 01 581 44 25, F: 01 581 44 03, E: primarij.zorz@siol.net	

12.–13. ob 8.30 • 2. BANIČEVI DNEVI – POVZROČITELJI BOLNIŠNIČNIH OKUŽB IN VODENJE KAKOVOSTI V LABORATORIJU podroben program na spletni strani zbornice

kraj: CELJE, Narodni dom	št. udeležencev: 150	kotizacija: 120 EUR	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno vsem zdravnikom	organizator: Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe SZD in Zavoda za zdravstveno varstvo Celje, prof. dr. Srečko Koren, dr. med.	prijave, informacije: prijave: ZZV Celje, Oddelek za mikrobiologijo, Gregorčičeva 5, 3000 Celje, asist. mag. Tjaša Žohar Čretnik, dr. med., Špela Justin, univ. dipl. mikrobiol., informacije: asist. mag. Tjaša Žohar Čretnik, dr. med., Špela Justin, univ. dipl. mikrobiol., T: 03 425 12 10, F: 03 425 12 12, E: mihaela.oberdank-hratar@mf.uni-lj.si	

12.–14. • 1. SLOVENSKI KONGRES PODROČNE ANESTEZIJE

kraj: LJUBLJANA, Hotel Mons	št. udeležencev: 200	kotizacija: 300 EUR, cena kotizacije je odvisna od časa prijave	k. točke: 14
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno anesteziologom	organizator: SZD – Slovensko združenje za anesteziologijo in intenzivno terapijo, prof. dr. Vesna Novak Jankovič, dr. med.	prijave, informacije: W: www.szaim.org , asist. mag. Jasmina Markovič Božič, dr. med., asist. mag. Iztok Potočnik, dr. med., T: 040 191 153, 040 397 119, 01 522 35 57, F: 01 522 22 34, E: szaim@mf.uni-lj.si	

13. • FLEBOLOŠKA ŠOLA – 3. STOPNJA (KOMPRESIJA) podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, predavalnica na Dermatovenerološki kliniki	št. udeležencev: 30	kotizacija: 150 EUR (specialisti), 50 EUR (specializanti in študentje MF), številka 01100-6030277894, sklic na številko: 299 30 34 / 7204599	k. točke: v postopku
vsebina: izobraževanje za zdravnike in medicinske sestre	organizator: Dermatovenerološka klinika, UKC Ljubljana	prijave, informacije: Verica Petrovič, tajnica Dermatovenerološke klinike KC, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, T: 01 522 42 80, F: 01 522 43 33, E: verica.petrovic@kclj.si	

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

kraj: LJUBLJANA, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, predavalnica	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica za zdravnike družinske medicine in specializante družinske medicine	organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani in Združenje zdravnikov družinske medicine, doc. dr. Marija Petek Šter, dr. med.	prijave, informacije: ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1104 Ljubljana, E: kdrmed@mf.uni-lj.si , T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10.	

18.–19. ob 8.30 • 4. MEMORIAL LEVA MILČINSKEGA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, SAZU, Novi trg 2	št. udeležencev: 120	kotizacija: 100 EUR, za člane Slovenskega združenja za preprečevanje samomora polovična kotizacija	k. točke: ***
vsebina: mednarodno srečanje je namenjeno vsem zdravnikom	organizator: Psihiatrična klinika Ljubljana, SAZU, Slovensko združenje za preprečevanje samomora, prof. dr. Onja Tekavčič Grad	prijave, informacije: Mojca Purnat, Center za mentalno zdravje, Zaloška 29, Ljubljana, E: mojca.purnat@psih-klinika.si , T: 01 587 49 10	

18.–20. ob 13.30 • 27. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: UČENJE IN POUČEVANJE O UPORABI NOVIH INFORMACIJSKIH TEHNOLOGIJ V IZOBRAŽEVANJU DRUŽINSKIH ZDRAVNIKOV podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MORAVSKE TOPLICE, Hotel Vivat	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: učna delavnica je namenjena mentorjem v družinski medicini	organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru in Združenje zdravnikov družinske medicine, prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., prim. doc. dr. Mateja Bulc, dr. med.	prijave, informacije: ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1104 Ljubljana, E: kdrmed@mf.uni-lj.si , T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10.	

19. ob 9.00 • OD AMPUTACIJE GORNJEGA UDA DO REINTEGRACIJE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, URI – Soča, Linhartova 51, sejna soba Centra za ortotiko in protetiko (2. nadstropje)	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: 50 EUR, kotizacija za pridružene člane: 20 EUR, za redne člane društva kotizacije ni, kotizacijo lahko plačate pred začetkom srečanja ali predhodno nakažete: št. računa: SI56 0204 2025 5775 079, prejemnik: ISPO Slovenija, Linhartova 51, Ljubljana, namen plačila: plačilo kotizacije 11-2010, vrsta posla: A 3011, referenca: 00 1911	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje	organizator: Društvo za protetiko in ortotiko – ISPO Slovenija	informacije, prijave: prijave do 10. novembra 2010 na E: ispo.slovenija@gmail.com , informacije: Maja Mlakar, tajnica ISPO Slovenija, E: maja.mlakar@ir-rs.si , T 01 475 84 50	

19. ob 8.00 • VI. SPOMINSKI SESTANEK PROF. DR. LIDIJE ANDOLŠEK JERAS: »NEPRAVILNE KRVAVITVE IZ MATERNICE V RODNEM OBDOBJU« podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Hotel Mons	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: z vključenim DDV znaša za specialiste 120 EUR, za specializante in medicinske sestre 70 EUR	k. točke: ***
vsebina: seminar je namenjen ginekologom, specializantom ginekologije in porodništva in drugim zdravstvenim delavcem	organizator: UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za reprodukcijo, Slovensko društvo za reproduktivno medicino, Katedra za ginekologijo in porodništvo, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani	informacije, prijave: prijave: on-line http://www.obgyn-si.org/ad-2010/ , po pošti na naslov Nataša Petkovšek, Ginekološka klinika, Šljajmerjeva 3, Ljubljana, ali E: natasa.petkovsek@mf.uni-lj.si	

19.–20. ob 9.00 • PSIHOTERAPEVTSKI UKREPI ZA VSAKDANJO RABO 2 podroben program na spletni strani zbornice

kraj: BEGUNJE, Psihiatrična bolnišnica Begunje	št. udeležencev: 100	kotizacija: 120 EUR	k. točke: 14
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom splošne/ družinske medicine, psihiatrom in drugim	organizator: Psihiatrična bolnišnica Begunje, prim. Andrej Žmitek, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Psihiatrična bolnišnica Begunje, Begunje 55, 4275 Begunje na Gorenjskem, informacije: prim. Andrej Žmitek, dr. med., T: 04 533 52 48, F: 04 530 72 21, E: andrej.zmitek@pb-begunje.si	

19.–20. ob 14.00 • CITOLOŠKA DELAVNICA OB UVEDBI NOVE NAPOTNICE, KI BO USKLAJENA S KLASIFIKACIJO PO BETHESDI

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta	št. udeležencev: 40	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena citologom in presejalcem	organizator: OIL (DP ZORA), SZD – Sekcija za citopatologijo, MF, Inštitut za patologijo, dr. Ana Pogačnik, dr. med.,	prijave, informacije: prijave: E: alenka.repse-fokter@guest.arnes.si , informacije: prim. doc. dr. Alenka Repše Fokter, dr. med., T: 03 423 36 37, E: alenka.repse-fokter@guest.arnes.si	

20. ob 9.00 • 23. OBČNI ZBOR STROKOVNEGA ZDRUŽENJA ZASEBNIH ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV SLOVENIJE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, dvorana Krke, d.d., Dunajska cesta 54–56

št. udeležencev: 100 - 120

kotizacija: kotizacije ni

k. točke: ***

vsebina: občni zbor je namenjen vsem članicam in članom Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije

organizator: Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Primož Rus, dr. med., predsednik

prijave, informacije: predhodne prijave niso potrebne, informacije: pisarna Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, lokacija Domus Medica, 1000 Ljubljana, T: 01 433 85 35, F: 01 439 76 00

20. ob 9.00 • 1. MEMORIALNO SREČANJE DR. TOMA PLOJA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: BRDO PRI KRANJU, Kongresni center

št. udeležencev: ni omejeno

kotizacija: zdravniki: 80 EUR, zdravniki – člani SZUM 75 EUR, dipl. zdravstveniki, med. sestre, zdr. tehniki: 50 EUR, za upokojene zdravnike kotizacije ni

k. točke: ***

vsebina: seminar je namenjen vsem zdravnikom

organizator: Slovensko združenje za urgentno medicino, Marko Gričar, dr. med.

prijave, informacije: prijave: Gospa Irena Petrič, UKC Ljubljana, IPP, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, informacije: Marko Gričar, dr. med., Rajko Vajd, dr. med., T: 01 522 53 37, F: 01 522 24 16, E: irena.petric@kclj.si

23. ob 16.00 in 24. ob 16.00 (delavnice) • KAKO PISATI MEDICINSKE PRISPEVKE?

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta

št. udeležencev: 250 (predavanja), 20 (delavnice)

kotizacija: kotizacije ni

k. točke: ***

vsebina: Kako se lotiti pisanja strokovnega članka? Kje najti literaturo in kako jo citirati? Kako ustrezno uporabljati slovenski jezik v medicinskih prispevkih? Če iščete odgovor na ta in ostala vprašanja, povezana s strokovnim pisanjem, se nam pridružite na predavanjih in delavnicah »Kako pisati medicinske prispevke?«, ki jih bodo predstavili ugledni predavatelji z velikim številom objav v domačih in tujih revijah. Predstavili nam bodo, kakšne vrste člankov poznamo, kako pripraviti izveček, poiskati vire, predstaviti rezultate, citirati literaturo ter veliko drugega. Predavanja in delavnice so namenjeni študentom medicine, farmacije, zdravnikom, farmacevtom..., ne nazadnje vsem, ki bi jih vsebina utegnila zanimati.

organizator: Medicinski razgledi, Saša Ilovar in ekipa Medicinskih razgledov

prijave, informacije: prijave: E: info@medrazgl.si (za delavnice potreben prispevek!), informacije: W: www.medrazgl.si, E: info@medrazgl.si, sasa.ilovar@medrazgl.si, T/F: 01 524 23 56 (Medicinski razgledi), 040 787 214 (Saša Ilovar)

24. 11., 25. 11., 30. 11., 1. 12. in 2. 12. • 10. PODIPLOMSKI TEČAJ IZ DIABETOLOGIJE ZA SPECIALIZANTE IN SEKUNDARIJE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Stara travmatologija, Zaloška 2

št. udeležencev: 25

kotizacija: kotizacije ni

k. točke: 13

vsebina: podiplomski tečaj, sestavljen iz učnih delavnic, je namenjen specializantom interne medicine in pripravnikom

organizator: Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, UKC Ljubljana, Jelka Zaletel Vrtovec

prijave, informacije: prijave do 1. 11. 2010 samo na E: jelka.zaletel@kclj.si, informacije: Jelka Zaletel Vrtovec, T: 01 522 39 90, E: jelka.zaletel@kclj.si

25. ob 13.00 • PODPORNO ZDRAVLJENJE Z RASTNIMI DEJAVNIKI V ONKOLOGIJI IN HEMATOLOGIJI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, stavba C, predavalnica

št. udeležencev: 30

kotizacija: kotizacije ni

k. točke: v postopku

vsebina: podiplomsko izobraževanje za zdravnike interniste in specializante internističnih strok, zlasti interniste onkologe in hematologe

organizator: Sekcija za internistično onkologijo pri SZD in Onkološki inštitut Ljubljana, Andreja Mavec, asist. mag. Erika Matos, dr. med.

informacije, prijave: E: amavec@onko-i.si in Ikristan@onko-i.si, informacije: Andreja Mavec in Lidija Kristan, T: 01 587 92 82

25.–27. ob 16.00 • 5. KONGRES ZDRUŽENJA KIRURGOV SLOVENIJE

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Kompas, Borovška cesta 100

št. udeležencev: ni omejeno

kotizacija: 150 EUR

k. točke: ***

vsebina: kongres je namenjen kirurgom, zdravnikom, študentom višjih letnikov

organizator: Združenje kirurgov Slovenije, Miran Rems

prijave, informacije: prijave: zks2010@sb-je.si, informacije: miran.rems@sb-je.si, T: 041 775 667

26. ob 9.00 • TORAKALNA DRENAŽA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetni klinični center, predavalnica 4, 1. nadstropje	št. udeležencev: 30	kotizacija: 100 EUR	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena kirurgom, anesteziologom, pulmologom, splošnim zdravnikom	organizator: Klinični oddelek za torakalno kirurgijo, UKC Ljubljana, prof. dr. Miha Sok	prijave, informacije: prijave: Klinični oddelek za torakalno kirurgijo, UKC Ljubljana, Zaloška 7, Ljubljana, informacije: ga. Ksenija Potočnik, T: 01 522 39 68, F: 01 522 24 85, E: ksenija.potocnik@kclj.si	

26.–27. • 6. MARIBORSKI KONGRES DRUŽINSKE MEDICINE

kraj: MARIBOR, Kongresni center, Hotela Habakuk	št. udeležencev: 250–300	kotizacija: 200 EUR (DDV ni vključen)	k. točke: 8
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom v osnovnem zdravstvu ter študentom pri predmetu družinska medicina, sekundarijem, specializantom družinske medicine, upokojenim zdravnikom in medicinskim sestram/zdravstvenim tehnikom	organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, Katedra za družinsko medicino Ljubljana in Maribor ter Zavod za razvoj družinske medicine	prijave, informacije: prijave: Zavod za razvoj družinske medicine, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, E: info@zrdm-idfm.si , informacije: Primož Rus, dr. med., E: primoz.rus@siol.net , Ksenija Tušek Bunc, dr. med., E: ksenija.tusek-bunc@guest.arnes.si	

26.–27. ob 11.30 • XXX. PODIPLomsKA ŠOLA – SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2 podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetni klinični center Ljubljana	št. udeležencev: 25	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: podiplomska šola in učne delavnice so namenjene zdravnikom družinske medicine, internistom, specializantom	organizator: Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, UKC Ljubljana, prim. Franc Mrevlje, dr. med, vodja šole	prijave, informacije: prijave: izključno na E: franc.mrevlje@kclj.si (obvezno priložiti točen domači naslov in poklicni status), informacije: prim. Franc Mrevlje, dr. med., vodja šole, T: 522 31 36, E: franc.mrevlje@kclj.si	

27. • XIV. ČELEŠNIKOVI DNEVI IN 13. STROKOVNI SEMINAR ZMOKS: EKSTRAKCIJA ZOB IN OHRANITEV ALVEOLARNE KOSTI V SODOBNI STOMATOLOGIJI (Vzporedno bo potekal 3. seminar izvajalcev zdravstvene nege z naslovom: USPEŠNA KOMUNIKACIJA – ZADOVOLJEN PACIENT V MAKSILOFACIALNI IN ORALNOKIRURŠKI OBRAVNAVI)

kraj: BRDO PRI KRANJU, Kongresni center	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: do 7. novembra 2010: 250 EUR, po 7. novembru 2010: 290 EUR, na seminarju: 300 EUR (z vključenim 20% DDV). Nakažite na: Poslovni račun Združenja za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, št. računa pri Novi Ljubljanski banki, d.d.: 02014 – 0257421571, sklic na št. 00-100, davčna številka: S110830316	k. točke: v postopku
vsebina: seminar	organizator: Klinični oddelek za maksilofacialno in oralno kirurgijo UKC Ljubljana, Katedra za maksilofacialno in oralno kirurgijo Medicinske fakultete v Ljubljani, Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije	prijave, informacije: prijave: ZMOKS, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, informacije: E: celesnikovi.dnevi@kclj.si , Ani Klopčič, T: 01 522 42 35, 051 38 15 57, W: www.zmok.si	

30. ob 10.00 • SLAVNOSTNA PRIREDITEV OB 60-LETNICI REGISTRA RAKA RS Z UČNO DELAVNICO O NOvem SPLETNEM PORTALU SLORA

kraj: LJUBLJANA, Hotel Slon	št. udeležencev: 150	kotizacija: kotizacije ni:	k. točke: v postopku
vsebina: slavnostna prireditev z učno delavnico je namenjena strokovni javnosti, nevladnim organizacijam, načrtovalcem zdravstvene politike in medijem	organizator: Onkološki inštitut Ljubljana, izr. prof. dr. Maja Primic Žakelj, dr. med., doc. dr. Vesna Zadnik, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Onkološki inštitut Ljubljana, Amela Duratovič, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, informacije: Amela Duratovič, svetovalka za odnose z javnostmi, OIL, T: 01 587 96 25, E: aduratovic@onko-lj.si	

30. ob 14.00 • ZDRAVI NA POT + NAZAJ

kraj: LJUBLJANA,	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni:	k. točke: v postopku
vsebina: srečanje za zdravnike	organizator: Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, Ondina Jordan Markočič, dr. med.,	prijave, informacije: – prijave: Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, Zaloška 29, 1000 Ljubljana, informacije: Tatja Kostnapfel, Ondina Jordan Markočič, T: 01 586 39 00, F: 01 540 31 90, E: info@zzv-lj.si , tatja.kostnapfel@zzv-lj.si , ondina.jordan@zzv-lj.si	

1. • 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: omejeno	kotizacija: cena teoretične edukacije v Mednarodni šoli za akupunkturo znaša 1.800 €. Možnost plačila v šestih mesečnih obrokih. Plačilo je 3 dni pred začetkom vsakega tedenskega predavanja oz. neposredno pred začetkom predavanj	k. točke: v postopku
vsebina: šola je namenjena zdravnikom, zobozdravnikom ter absolventom medicine in stomatologije	organizator: Katedra za medicino športa Fakultete za šport v Ljubljani	prijave, informacije: – Fakulteta za šport Ljubljana, Inštitut za šport, Gortanova 22, 1110 Ljubljana, g. Miha Kurner, T: 01 520 77 51	

1. ob 9.00 • 19. SPOMINSKO SREČANJE AKADEMIKA JANEZA MILČINSKEGA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, velika predavalnica Medicinske fakultete	št. udeležencev: 300	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: simpozij – novosti v prometni zakonodaji – je namenjen zdravnikom, izvedencem, pravnikom	organizator: Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete UL, Ministrstvo za notranje zadeve, Ministrstvo za promet, Ministrstvo za zdravje. Ministrstvo za pravosodje pod pokroviteljstvom dekana Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani prof. dr. Dušana Šuputa, dr. med., prof. dr. Jože Balažič, dr. med.	prijave, informacije: Inštitut za sodno medicino, Korytkova 2, 1000 Ljubljana, T: 01 543 72 01, T: 01 543 72 00, F: 01 524 38 64, E: tajnistvo.ism@mf.uni-lj.si , prof. dr. Jože Balažič, dr. med., Danica Pajk	

2.–3. • XLI. MEMORIALNI SESTANEK PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA z mednarodnim simpozijem NOVOSTI V PATOLOGIJI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Korytkova 2, Velika predavalnica, pritličje	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: strokovni sestanek z mednarodno udeležbo	organizator: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Inštitut za patologijo, Inštitut za anatomijo, Inštitut za histologijo in embriologijo, Inštitut za sodno medicino	prijave, informacije: – prijave: po elektronski pošti ali osebno pol ure pred začetkom sestanka na recepciji v avli Medicinske fakultete, Korytkova 2, informacije: prof. dr. Boštjan Luzar, dr. med., Inštitut za patologijo, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Korytkova 2, 1000 Ljubljana, T: + 386 1 543 7130, F: + 386 1 543 7101, E: bostjan.luzar@mf.uni-lj.si	

2.–3. • XIX. STROKOVNO SREČANJE SEKCIJE ZA ARTERIJSKO HIPERTENZIJO

kraj: PORTOROŽ, Hotel Bernardin	št. udeležencev: 200	kotizacija: 80 EUR, kotizacija za študente, sekundarije in upokojene zdravnike ni	k. točke: v postopku
vsebina: Sodobno obravnavanje AH in pridruženih bolezni – 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@kclj.si , informacije: Tina Mali, T: 01 522 55 18, F: 01 522 56 00	

2.–4. • ŠOLA INTENZIVNE MEDICINE

kraj: NOVO MESTO, Hotel Krka	št. udeležencev: 45	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: strokovno izobraževanje je namenjeno specializantom anesteziologije, interne medicine, pediatrije, infekcijskih bolezni	organizator: Slovensko združenje za intenzivno medicino, Roman Parežnik	prijave, informacije: prijave: ga. Simona Rojs, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva 2, 1525 Ljubljana, informacije: Simona Rojs, Roman Parežnik, Peter Radšiel, T: 01 522 42 20, F: 01 522 24 56, E: simona.rojs@kclj.si	

3. ob 8.00 • 1. STROKOVNO SREČANJE »SODELOVANJE OTORINOLARINGOLOGA Z ZDRAVNIKOM DRUŽINSKE MEDICINE«

kraj: MARIBOR, UKC Maribor, 16. nadstropje kirurške stolpnice	št. udeležencev: do 150	kotizacija: 80 EUR z vključenim DDV	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom družinske medicine, otorinolaringologom, specializantom, pediatrom, študentom medicine	organizator: UKC Maribor, Oddelek za ORL in MFK Maribor, Katedra za družinsko medicino, Katedra za ORL in MFK, Medicinska fakulteta Maribor, doc. dr. Bogdan Čizmarič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: http://dogodki.eventmanager.si/orl_druzinska_medicina/ , informacije: Slavica Keršič, posl. sek., T: +386 2 321 28 04, F: +386 2 321 28 26	

3.–4. ob 9.00 • KOGNITIVNO–VEDENJSKA TERAPIJA OBSESIVNO KOMPULZIVNE MOTNJE

kraj: LJUBLJANA	št. udeležencev: 60	kotizacija: 180 EUR (z vključenim DDV), člani Društva za VKT Slovenije s poravnano članarino za leto 2010 imajo pri kotizaciji 10-odstotni popust	k. točke: ***
vsebina: delavnica je namenjena zdravnikom in psihologom. Delavnico bo izvedel g. David Westbrook, klinični psiholog konzultant, ustanovni član in direktor Oxford Cognitive Therapy Centra. David Westbrook je avtor številnih publikacij, poleg raziskovanja na področju OKM zelo aktivno deluje tudi na področju evalvacije psihoterapije in vedenjskih eksperimentov v KVT. Delavnica bo praktično naravnana in osredotočena na razvijanje in trening veščin za uporabo KVT pri obravnavi obsesivno-kompulzivnih motenj ter podprta s posameznimi študijami konkretnih primerov	organizator: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije, Vera Slodnjak, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.	prijave in informacije: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije, Gotska ulica 18, 1000 Ljubljana, ali E: barbarazemljak@gmail.com , T: 01 583 75 00 (pon.–pet. od 13h do 14h)	

3.–4. ob 14.30 • STRES V MEDICINI DELA 2 podroben program na spletni strani zbornice

kraj: STRUNJAN, Hotel Salinera	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 100 EUR	k. točke: ***
vsebina: posvet, učna delavnica je namenja vsem zdravnikom	organizator: Združenje za medicino dela, prometa in športa, Zora Vadnjal Gruden, Tihomir Ratkajec	prijave, informacije: – prijave: Metka Jovanovič, Pod kostanji 40, Ljubljana, informacije: Metka Jovanovič, Zora Gruden Vadnjal, Tihomir Ratkajec, T: 01 429 58 11, 03 819 13 60, E: tihomir.ratkajec@mf.uni-lj.si , metka.korint@gmail.com	

7. ob 14.00 • TRADICIONALNI REGIJSKI SESTANEK GINEKOLOGOV, MEDICINSKIH SESTER IN PATOLOGOV podroben program na spletni strani zbornice

kraj: CELJE, hotel Evropa	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: delavnica je namenjena ginekologom, citologom, patologom, medicinskim sestram iz ginekoloških dispanzerjev, skrinerjem v citoloških laboratorijih	organizator: Zavod za zdravstveno varstvo Celje, Nuša Konec Juričič, dr. med., Oddelek za patologijo Splošne bolnice Celje, prim. doc. dr. Alenka Repše Fokter, dr. med.;	prijave, informacije: – prijave: Nuša Konec Juričič, dr. med., Zavod za zdravstveno varstvo Celje, Ipavčeva 18, 3000 Celje	

9.–10. ob 13.00 • TRETJA MEDNARODNA DELAVNICA IZ INVAZIVNE KARDIALNE ELEKTROFIZIOLOGIJE

kraj: Ljubljana, UKC, Predavalnica 1	št. udeležencev: 120	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena zdravnikom specialistom, specializantom, študentom medicine, medicinskim sestram	organizator: Univerzitetni klinični center, KO za kardiologijo, doc. dr. Matjaž Šinkovec	prijave, informacije: – prijave: E: irena.orel@kclj.si , informacije: Matjaž Šinkovec, Andrej Pernat, Irena Orel, T: 01 522 28 44, F: 01 511 28 28, E: irena.orel@kclj.si	

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

kraj: ZREČE, Terme Zreče	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena mentorjem v družinski medicini	organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru in Združenje zdravnikov družinske medicine, prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., asist. mag. Andrej Kravos, dr. med.	prijave, informacije: ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1104 Ljubljana, E: kdrmed@mf.uni-lj.si , T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10	

10.–11. ob 11.00 • 13. SEMINAR O BOLEČINI: UPORABA OPIOIDOV ZA ZDRAVLJENJE KRONIČNE BOLEČINE, KI NI POSLEDICA RAKA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MARIBOR, predavalnica UKC Maribor	št. udeležencev: 130	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: 13. seminar Slovenskega združenja za zdravljenje bolečine SZZB je namenjen zdravnikom splošne medicine	organizator: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine SZZB, prim. mag. Slavica Lahajnar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: http://dogodki.eventmanager.si/13_seminar_o_bolecini/ ali enotno prijavnico za udeležbo na zdravniških srečanjih naslovite na: SZZB, UKC Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, dodatne informacije: Slavica Keršič, posl. sek., Odd. za znanstvenoraziskovalno delo, Enota za organizacijo strokovnih srečanj, T: 02 321 28 04, T: 02 321 28 26 in Martina Felser, UKC Maribor, T: 02 321 15 36, E: bolkr@ukc-mb.si , SZZB, UKC Maribor	

10.–11. • REDNO LETNO SREČANJE SEKCIJE ZA PREVENTIVNO MEDICINO

kraj: PORTOROŽ, hotel Metropol	št. udeležencev: 100–130	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: srečanje je namenjeno vsem zdravnikom in zdr. sodelavcem	organizator: Sekcija za preventivno medicino, prim. doc. dr. Alenka Kraigher, dr. med.	prijave, informacije: – prijave: IVZ, Sekcija za preventivno medicino, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, informacije: T: 01 244 14 10, F: 01 244 14 71, Valerija Marenč	

DECEMBER

11. ob 8.30 • MIGRENA ONESPOSABLJA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Hotel Lev, Vošnjakova 1	št. udeležencev: do 250	kotizacija: 48 EUR z DDV, kotizacije ni za nevrologe, specializante nevrologije, organizatorja in vse, ki bodo pomagali pri izvedbi organizacije	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom družinske in splošne medicine, nevrologom, algologom, farmacevtom, medicinskemu osebju in vsem, ki želijo izpopolniti svoje znanje na področju obravnave bolnikov z migreno ali izvedeti več o tem simptomu	organizator: Sekcija za glavobol – Združenje nevrologov pri Slovenskem zdravniškem društvu in Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni ob strokovnem sodelovanju zdravnikov UKC Ljubljana, UKC Maribor in drugih slovenskih in tujih strokovnjakov, doc. dr. Bojana Žvan	prijave, informacije: prijave: Društvo MŽB, Mala ulica 8, 1000 Ljubljana, informacije: Andreja Merčun, E: andreja@glavobol.com , T: 0590 11234, F: 01 430 23 14	

17. • VI. MARIBORSKO ORTOPEDSKO SREČANJE: ARTROZA IN ENDOPROTETIKA SKLEPOV

kraj: MARIBOR, UKC Maribor, 16. etaža kirurške stolpnice, Ljubljanska ulica 5	št. udeležencev: do 250	kotizacija: zdravniki 100 EUR z DDV, preostali 50 EUR z DDV, za upokojene zdravnike in študente MF kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom družinske medicine, ortopedom, travmatologom, specializantom kirurgije, fiziatrom, fizioterapevtom, medicinskim sestram in študentom 5. in 6. letnika MF	organizator: UKC MARIBOR, Oddelek za ortopedijo, dr. Matjaž Vogrin, dr. med., Zmago Krajnc, dr. med.	prijave, informacije: prijave: http://dogodki.eventmanager.si/VI_mariborsko_ortopedsko_srecanje/ , informacije: Enota za organizacijo strokovnih srečanj v UKC MB, Slavica Keršič, posl. sek., T: 02 321 28 04, F: 02 321 28 26	

JANUAR 2011

13.–15. • 1. KONGRES MEDICINE ŠPORTA IN ODBOJKE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: BLEED, Festivalna kongresna dvorana	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 200 EUR	k. točke: 20
vsebina: kongres je namenjen zdravnikom medicine športa, travmatologom, ortopedom, fizioterapevtom, maserjem, trenerjem, športnikom	organizator: Zdravstveni zavod za medicino športa Ljubljana, doc. dr. Edvin Dervišević, dr. med., in asist. Vedran Hadžić, dr. med	informacije in prijave: prijave: W: www.fivbmedicine2011.org ali E: fivb2011@gmail.com , informacije: Zdravstveni zavod z medicino športa Ljubljana, Gortanova 22, gdč. Maja, T: 041 723 124, E: fivb2011@gmail.com	

14.–15. ob 8.30 • 27. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: UČENJE IN POUČEVANJE O UPORABI NOVIH INFORMACIJSKIH TEHNOLOGIJ V IZOBRAŽEVANJU DRUŽINSKIH ZDRAVNIKOV

kraj: LJUBLJANA, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena mentorjem v družinski medicini	organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru in Združenje zdravnikov družinske medicine, prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., doc. dr. Marija Petek Šter, dr. med.	prijave, informacije: ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1104 Ljubljana, E: kdrmed@mf.uni-lj.si , T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10	

28.–29. ob 9.00 • 17. SREČANJE SLOVENSКИH IN HRVAŠKIH INTENZIVISTOV

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk	št. udeležencev: do 100	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: simpozij z mednarodno udeležbo je namenjen internistom, anesteziologom, kirurgom, zdravnikom družinske medicine, specializantom, sekundarijem, študentom medicine	organizator: UKC Maribor, SZIM, Medicinska fakulteta Maribor, prof. dr. Andreja Sinkovič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: http://dogodki.eventmanager.si/17_srecanje_intenzivistov/ , informacije: Slavica Keršič, posl. sek., T: +386 2 321 28 04, F: +386 2 321 28 26	

FEBRUAR 2011

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

kraj: MARIBOR, Kongresni center Maribor**št. udeležencev:** do 150**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** *****vsebina:** simpozij je namenjen internistom, kardiologom, kardiokirurgom, anesteziologom, nevrologom, zdravnikom družinske medicine, študentom MF 5. in 6. letnika**organizator:** UKC Maribor, Klinika za interno medicino, Oddelek za kardiologijo in angiologijo, asist. Vojko Kanič, dr. med., prim. Damijan Vokač, dr. med., asist. Viljemka Nedog, dr. med.**prijave, informacije:** – prijave: http://dogodki.eventmanager.si/ukcmb_atrijska_fibrilacija/, informacije: Enota za organizacijo strokovnih srečanj v UKC Maribor, Slavica Keršič, posl. sek., T: 02 321 28 04, F: 02 321 28 26

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

kraj: STRUNJAN, Hotel Svoboda**št. udeležencev:** 60**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** *****vsebina:** učna delavnica je namenjena mentorjem v družinski medicini**organizator:** Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru in Združenje zdravnikov družinske medicine, prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., asist. dr. Davorina Petek, dr. med.**prijave, informacije:** ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1104 Ljubljana, E: kdrmed@mf.uni-lj.si, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10.

MAREC 2011

10.–12. ob 8.00 • BOLEZNI LEDVIC IN ARTERIJSKA HIPERTENZIJA - XII. PODIPLomsKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana, predavalnica 1**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** 200 EUR, za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni**k. točke:** *****vsebina:** podiplomska šola je namenjena zdravnikom v osnovnem zdravstvu, specializantom interne medicine, specialistom internistom**organizator:** Slovensko zdravniško društvo, Slovensko nefrološko društvo, doc. dr. Damjan Kovač, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: ga. Danica Berlec, KO za nefrologijo, Hospitalni oddelek, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, informacije: Damjan Kovač, Jelka Lindič, Marko Malovrh, Jernej Pajek, T: 01 522 31 10, F: 01 522 24 08, E: damjan.kovac@klj.si

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

kraj: LJUBLJANA, URI - Soča, Linhartova 51, predavalnica v 4. nadstropju**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** 200 EUR za oba dneva, 100 EUR za en dan, 100 EUR za specializante, sekundarije, študente**k. točke:** *****vsebina:** seminar je namenjen zdravnikom specialistom in specializantom družinske medicine, fizikalne in rehabilitacijske medicine, ortopedije, travmatologije, nevrologije in drugim zdravstvenim delavcem ter ostalim strokovnjakom s tega področja**organizator:** Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča v sodelovanju s Katedro za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, MF Ljubljana, prof. dr. Helena Burger, dr. med., in asist. dr. Nika Goljar, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: ga. Ela Loparič, URI - Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, informacije: ga. Ela Loparič, T: 01 47 58 441, F: 01 43 76 589, E: helena.burger@ir-rs.si

APRIL 2011

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

kraj: OTOČEC, konferenčna dvorana Šport hotela**št. udeležencev:** do 250**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** *****vsebina:** srečanje je namenjeno zasebnim zdravnikom in zobozdravnikom**organizator:** Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije in Zdravniška zbornica Slovenije, Primož Rus, dr. med., predsednik**prijave, informacije:** prijave niso potrebne, rezervacijo za nočitev/večerjo pošljete neposredno na kraj dogodka, informacije: pisarna Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Vojkova 4, 1000 Ljubljana, T: 01 433 85 35, F: 01 439 76 00 in Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, T: 01 30 72 123

APRIL 2011

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

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška 2, predavalnica 1	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 130 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: simpozij je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Sekcija za protimikrobno zdravljenje SZD, Katedra za infektivne bolezni in epidemiologijo, Klinika za infektivne bolezni in vročinska stanja, prof. dr. Bojana Beovič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Tajništvo Klinike za infektivne bolezni in vročinska stanja, Japljeva ulica 2, 1525 Ljubljana, informacije: Simona Rojs, T: 522 42 20, 522 21 10, F: 522 24 56, E: simona.rojs@kclj.si	

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

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

MAJ 2011

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

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

DELOVNA MESTA

Zdravstveni dom Novo mesto

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista urgentne medicine (m/ž) ali

zdravnika specialista splošne medicine oz. družinske medicine (m/ž) ali

zdravnika splošne medicine (m/ž) ali

zdravnika z opravljenim strokovnim izpitom (m/ž)

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta in opravljen strokovni izpit;
- opravljen specialistični izpit s področja urgentne medicine ali splošne oz. družinske medicine;

- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije;
- aktivno znanje slovenskega jezika;
- državljanstvo Republike Slovenije ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji;
- poskusno delo štiri mesece;
- vozniški izpit B-kategorije.

Delovno mesto je prosto za potrebe PHE-službe.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Kandidati naj pošljejo pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratek življenjepis v 30 dneh po objavi tega razpisa na naslov:

Zdravstveni dom Novo mesto, Kandijska c. 4, 8000 Novo mesto ali na E: info@zd-nm.si.

O izbiri bodo kandidati obveščeni v roku, ki je določen z zakonom.

PRODAJA

V Ljubljani oddamo ali prodamo 160 m² velike prostore z opremljeno operacijsko dvorano, s prostorom za sprejem in kooperativno okrevanje pacienta, prostorom za anesteziološko pripravo, sterilizacijo, čisti in nečisti filter ter s prostorom za preglede. Zainteresirani lahko pokličejo po telefonu 041 613 166.



Uredništvu revije Isis
Dunajska c. 162
p.p. 1630
1001 Ljubljana

faks: 01 30 72 109



V reviji Isis želimo objaviti priloženo obvestilo o strokovni prireditvi.

Prvo obvestilo želimo objaviti v _____ številki Izide.

Ustrezni program strokovnega srečanja naj bo objavljen na spletni strani zbornice.

Datum prireditve _____ Začetek, ura _____

Kraj _____

Prostor, kjer bo prireditev _____

Naslov strokovnega srečanja _____

Število poslušalcev _____ (če je določeno) _____ (neomejeno)

Vsebina in vrsta strokovne prireditve (podiplomski seminar, posvet, učna delavnica...) _____

Komu je namenjena (vsem zdravnikom, zdravnikom v osnovnem zdravstvu, kirurgom, internistom...) _____

Organizator (medicinska fakulteta, klinika, sekcija Slovenskega zdravniškega društva...) _____

Predstavniki ali strokovni vodja _____

Naslov za pošiljanje prijav _____

Informacije, kontaktne osebe _____

Njihove tel. številke in št. faksa _____

Višina kotizacije _____

Brezplačna kotizacija da ne za upokojene zdravnike in študente _____

Iz ciklusa v belem: Pogovarjali so se o njej

Zlata Remškar

Prišli so, da bi se pogovarjali z njo o njej ...
 Bili so prijazni.
 S seboj so prinesli pesmi, ki jih je napisala,
 o bolečini in smrti ...
 Spraševali so jo o poklicu zdravnice,
 smehljali so se ji čez mizo
 in ji raziskovali srce ...
 Zakaj je pristala,
 se je vprašala,
 da razpravljajo z njo
 o bolečini in smrti? ...
 Kako jim razložiti,
 da sta bolečina in smrt vedno drugačna,
 lastna bolniku, ki ga spremljaš,
 in tebi, kakršen si ...
 da se med teboj in bolnikom vzpostavlja odnos,
 ki ga ne moreš vnaprej predvideti,
 in da se joka svojcev
 nikoli ne navadiš
 in kot oni včasih ne moreš sprejeti,

da je bilo tako določeno ...
 V iskanju višjega smisla življenja,
 njegove urejenosti,
 odkrivaš,
 da uporno ustvarjamo majhna vesolja v lupinah svojih teles,
 hrepeneč po neumrljivosti,
 in ne opazimo,
 da vse nas nezadržno vsrkava vesoljna zavest,
 iz katere smo izšli,
 kot delček smisla
 prelivajočih, samo obnavljajočih energij,
 neumrljivi zaradi svojega izvora ...
 Vsega tega jim,
 tolažnica umirajočih in njihovih svojcev,
 ni uspela povedati ...
 Bili so prijazni.
 Spraševala se je, bi jo razumeli, če bi jim znala povedati?
 So tudi oni že kdaj opazili odsev lastne bolečine
 v očeh umirajočih in njihovih svojcev?

Vešterska elegija

Andrej Rant

Poletna, topla noč. Tišina.
 Le lahni vetrič žito valovi;
 kot pesem. Mesečina;
 V daljavi Sora se blešči ...
 Po nebu svod iz tisočerih zvezd,
 ki večno že nad poljem bedijo,
 daleč od potov, zaprašenih cest,
 življenja minula govorijo ...
 Ta duh po zemlji, po konjih,
 Po volih, ki orjejo in se potijo!
 Kot speči, temni velikan Lubnik leži;

pod njim na Fari kmetje mirno spijo.
 Tu so poleti prepelice pele,
 mlatiči mlatili, žanjice žele;
 v Veštru mlin je topotal,
 v vreče moko stresal in sejal.
 Čas izpregel konje je in v ole
 in buldožer je polje preoral;
 namesto žita so pognale vile
 in mlin za zmerom je obstal ...
 Izbrisal čas je svisli, hleve,
 kozolce, pode, brane, gare,

z asfaltom njive je zalil
 in stolpnice postavil na ozare ...
 Na Fari zvon zvonil:
 Martancem, Alovcem, Logondrom;
 vsem, ki v objemu zemlje zdaj ležijo;
 zvoni, da se nekoč zbudijo ...
 O bog ne daj! Iz onih dni
 le še Lubnik kot speči velikan leži.
 Je to spomin samo, ki že blede,
 ali le pravljica iz davnih dni?

Glej, pesek mi v klepsidro lije

Andrej Rant

Glej, pesek mi v klepsidro lije
 in ptica Kaliga se že budi;
 srce utrujeno, nezdravo bije,
 a roka še k pisanju mi hiti.

Ujeti hočem v črke vse trenutke,
 vse misli, vedenja, spoznanja,
 moj čas in ves moj jaz;
 pri svetem Petru zvon pozvanja ...

Željâ je polno še srce
 in misli zro v prihodnje čase,
 v nedoumne dobe, v neobrane klase ...
 Kako naj vem, do kam letijo ptice?

Madagaskar 2010

Pavle Košorok

Strokovna potovanja in udeležbe na kongresih so naši običajni stiki s kolegi, ki delajo na istem področju. So pa tudi priložnost za globlja in zanimiva prijateljstva, ki lahko prinesejo zanimiva doživetja, ki nas izpolnijo še na druge načine.

Že na nekaj kongresih so mi posamezni kolegi omenjali, da hodijo občasno pomagat v nerazvite dežele, predvsem v Afriko. Tako sem imel priložnost, da sem si ogledal utrinke, shranjene na osebnih računalnikih. Ob eni takih priložnosti me je prof. Manuel Devesa iz Madrida povabil, da se mu pridružim na španski humanitarni misiji na Madagaskarju. Dokončno sva se o tem dogovorila spomladi na kongresu mediteranskega združenja za koloproktologijo v Solunu.

Priprave so začele kar hitro teči. Sproti so me obveščali, kaj vse moram narediti. Naenkrat je bil čas za cepljenja in urejanje dokumentacije. 18. avgusta smo vsak iz svoje smeri pripotovali v Pariz, od koder je bil dolg, skoraj 11-urni let do Antananariva, glavnega mesta Madagaskarja. Pridružil sem se skupini mladih španskih zdravnikov, dva pa sta bila tudi Argentince, ki sta navezala stike v Španiji med specializacijo. Prof. Devesa je to pot opravil že petič, tako da kakih presenečenj ni bilo.

Ob prihodu so nas čakali malgaški humanitarni delavci in nas odpeljali na prenočevanje. Vožnjo smo nadaljevali takoj zjutraj, po zajtrku. Rezerviran je bil prevoz s kombiji. Po predpisih se je

vsa naša prtljaga vozila na strehi. Vožnja na jug, do mesta Farafangana, je trajala dva dni. Prvi stik z domačini je bil prenočevanje v drugem največjem malgaškem mestu Fianarantsoi. Tu smo si vzeli en dan časa za ogled narodnega parka Ranomafana, kjer smo si lahko ogledali nekaj zanimivih živali v deževnem pragozdu. Predvsem so nas navdušili lemuri – opice, ki živijo samo na Madagaskarju in za čuda niso prav nič plašne. Brez težav smo si ogledovali tudi ptice, kameleone, drevesne mravlje in vevericam podobne munge. Naslednji dan nas je čakala še večja avantura na vožnji z vlakom. Vlak vozi dvakrat tedensko skozi hribovite kraje osrednjega Madagaskarja do obalnega mesta Manakara. Voznega reda pravzaprav ni, odpelje, ko uredijo vse stvari. Na vmesnih postajah srečaš skromne hribovske ljudi, ki tudi potujejo ali izstopajo, vmes trgujejo. Na vsaki postaji so nas obstopile ženske, ki so ponujale domačo hrano in sadje, predvsem banane, ki so bile pozneje tudi naša vsakdanja hrana. Postajni načelniki so si ogledovali situacijo in zažvižgali za odhod, ko se jim je zdelo, da so ljudje v glavnem prenehali trgovati. Tudi mi smo se pomešali med to množico in ob žvižgu spet zlezli v svoj vagon prvega razreda, ki je bil poseben le v tem, da smo imeli vsak svoj sedež. Tudi v Manakari so nas že pričakali in bil sem zelo prijetno presenečen, da sem že od daleč slišal slovenski dober dan. Z voznikom je prišla namreč tudi prednica klinike Ambatoabo sr. Marija. Za 80 km poti smo porabili skoraj štiri ure, cesta v notranjost je zelo uničena, poškodoval jo je lanski orkan in je še niso uspeli niti za silo popraviti.

Klinika Ambatoabo v Farafangani je bila ustanovljena leta 1902 kot bolnišnica za gobavce. Gobavost je sicer še vedno bolezen, s katero se srečujejo, vendar je dandanašnji ozdravljiva, bolniki dobijo zdravila in se zdravijo doma. Le redki potrebujejo hospitalizacijo, predvsem tisti, ki zdravil ne prenašajo. Bolnišnica je pozneje postala središče za zdravljenje lokalnih prebivalcev. V njej delata dva zdravnika domačina in v glavnem priučeno negovalno osebje. Le redki imajo izobrazbo medicinskega tehnika ali sestre, so pa zelo požrtvovalni in z izkušnjami nadomestijo pomanjkanje znanja. Oba zdravnika sta nam pripravila kakih 50 bolnikov, ki so potrebovali kirurško zdravljenje. Glavna patologija, ki me je najbolj pritegnila in je bila odločilna, da sem prišel, so bile vaginalne fistule, nastale kot posledica težkih porodov. Za naše razmere je nepredstavljivo, koliko mladih žena je trajno poškodovanih po rojstvih, včasih tudi mrtvih otrok. Moram reči, da sem bil ob tem zelo prizadet, zdelo se mi je, da je tako moralo biti tudi pri nas v času, preden je Marija Terezija poskrbela za šolanje babic. Tudi v naših krajih so v tistih časih začeli resno porodništvo (dr. Makovitz). Poleg operacij vezikovaginalnih in rektovaginalnih fistul smo operirali še kar nekaj odraslih in otroških dimeljskih kil, precej ginekoloških bolnic, bolnico z golšo in nekaj male kirurgije. Starši so bili zelo hvaležni, če smo otrokom poleg kile naredili še cirkumcizijo, ki je za malgaške moške pravzaprav nujna.

Del zdravniške ekipe v operacijski sobi klinike Ambatoabo (Farafangana)



Življenje na misijonski kliniki je bilo res delovno. Namestitev in prehrana sta bila zelo skromna, vendar pripravljena z ljubeznijo. Prav tisti dan, ko je ena izmed kolegic – pediaterinja Ana – praznovala 30 let, se nam je operativni program zavlekel do ene ure ponoči. Sestre, usmiljenje, ker so vedele, da praznuje, so nas ob pol dveh v jedilnici presenetile z voščilom in darilom. Bilo je res pozorno in nepozabno. Pozneje smo našo delovno vneto vseeno spravili v razumne okvire. Pregledali smo zaloge zdravil, instrumentov in materiala. Pri tej inventuri sem našel tudi plastični predpasnik za enkratno uporabo s slovenskim napisom – Tosama Domžale.

Eno izmed nedelj smo izkoristili za obisk oddaljenega dispanzerja v kraju Tangainoni. Pot do tja je bila prava Camel trophy – po blatni cesti, polni jam, smo morali na splavu prečkati tudi reko, kar je bilo posebno doživetje, saj smo splav z lastnimi rokami prevlekli na drugo stran. Tudi ob vrnitvi je bilo enako. V dispanzerju smo se srečali še s hujšo revščino. Na jok ti gre, ko vidiš mlado mamo s shiranim dojenčkom, za katerega veš, da ni nobenega upanja, da bi preživel. V dispanzerju je glavna dejavnost preventiva, borba proti malariji in tuberkulozi, gobavosti, v zadnjem času pa tudi že aidsu. Kljub tej revščini pa so nas na vsakem koraku spremljale množice otrok, ki so se te želeli vsaj dotakniti, radi pa so se tudi fotografirali in bili srečni, ko so videli svojo sliko.

Kot je navada, je bila ob koncu našega prebivanja organizirana nogometna tekma, kjer smo bili domačini in gosti enakomerno razporejeni. V tej tekmi so bili najbolj zagreti domači otroci, katerim smo ob koncu prepustili nogometno žogo, ki je bila kupljena nalašč za to tekmo. Zvečer smo v enem izmed gostišč ob obali Indijskega oceana imeli poslovilno večerjo z veliko petja in plesa. Malgaši so zelo veseli ljudje, čeprav živijo zelo skromno

in težko. Kljub temu se znajo veseliti tudi majhnih stvari. Veselo vzdušje je trajalo prek polnoči. Ko smo se vrnili na misijon, nas je švicarska babica, ki tudi pomaga, prosila za pomoč. Ob enih ponoči se je s carskim rezom rodila še ena malgaška deklita. Ali bo imela tudi ona tako srečo kot njena mama? Še bolj vprašljivo pa je, kako bo takrat, ko bo njena mama drugič rodila.

Zdravstvenih težav, predvsem pa neurejene porodne oskrbe, se zavedajo tudi misionarji, med katerimi je prav v teh krajih veliko Slovencev. Imel sem priložnost, da sem se srečal s požrtvovalnim Slovincem Janezom Krmeljem, ki dela še bolj proti jugu in v notranjosti otoka, v okolici Ranomene. Poseben poudarek daje ravno porodom. Žene, ki bi sicer brez kontrole rojevale doma, pritegne na ta način, da dobijo tri merice riža, če rodijo pod kontrolo v njihovi zdravstveni postaji. Tu dela tudi Slovenka, medicinska sestra, ki se je za tri leta obvezala, da pomaga. Prepričan sem, da bodo na ta način rešena mnoga življenja otrok in mater.

Nazaj smo se spet vozili dva dni. V glavnem mestu smo se dogovorili, da obiščemo naselje Akamasoa, ki ga je začel graditi slovenski misijonar p. Pedro Opeka. Moji španski prijatelji so se poslovili prej, jaz pa sem svoje prebivanje podaljšal še za dva dneva in v resnici strmel nad tem, kaj je mogoče z združenimi močmi ustvariti. Velika moč p. Pedra je v tem, da je dal ljudem upanje in jih spodbudil, da so začeli verjeti vase in graditi novo življenje. Seveda so velika spodbuda darovi, ki jih uspe zbrati p. Pedro, med njimi tudi darovi iz Slovenije, vendar brez njihovega lastnega dela ne bi to pomenilo nič. Največje upanje pa so otroci, ki jih je brez števila. P. Pedro jih je uspel do zdaj izšolati že prek 10.000. Samo znanje je tista moč, ki bo tem ljudem lahko pomagala, da bodo nekoč zaživel sami

S španskimi kolegi pred državno bolnišnico v Farafangani – Madagaskar



Pohod na Okrešelj 2010

Željko Jakelič

Prizadevni organizatorji ZD Jesenice so z donatorstvom Zasebne ordinacije Jakelič v soboto, 25. septembra 2010, v spomin padlemu prijatelju zdravniku dr. Janiju Kokalju organizirali že 12. tradicionalni spominski pohod na Okrešelj.

Za tiste, ki so pozabili. Tragični dogodek se je zgodil 10. junija 1977 nekaj po pol dvanajsti uri v ostenju Turske gore nad Okrešljem. Tega dne se je med rednim usposabljanjem gorskih reševalcev zgodila ena najhujših nesreč v zgodovini slovenskega gornišтва. Smrtno so se ponesrečili izkušeni reševalci in alpinisti: Mitja Brajnik, Luka Krničar, Jani Kokalj, Rado Markič in Boris Mlekuž.

Zaradi neugodnih vremenskih razmer – deževalo je vso noč, popravljena je bila celotna Štajerska oz. Slovenija – je bilo malo udeležencev. Zbrali smo se pred ZD Jesenice, ob zgodnji jutranji uri. Nihče od udeležencev kljub slabemu vremenu in neobetajoči vremenski napovedi ni tarnal. Ozračje je bilo odlično.

Smer in potek potovanja sta bila za udeležence znana. Kot po navadi se je pot začela pred ZD Jesenice. Nadaljevali bi proti Logarski dolini, obšli Kamnik, Gornji grad – 1. škofija v Sloveniji. Škoda, vreme nam ni bilo naklonjeno in obisk ter ogled gradu nista bila mogoča.

V Logarsko dolino se lahko pride iz osrednje Slovenije, ceste skozi Gornji Grad ali Podvolovljek in čez Jezersko in Pavličevo sedlo, delno tudi po avstrijski strani.

Na poti proti našemu cilju smo se ustavili v Lučah, kjer smo naredili kratek postanek. Popili smo kavo in komentirali aktualne dogodke, lokalne volitve in tragični dogodek, ki je zaznamoval letošnji pohod. Ni dolgo od tragičnega dogodka, ki je prizadel družino Robič, sledil je drugi. Namreč, 24. septembra ob 14.

uri se je v prometni nesreči, ki se je zgodila na Plavškem rovtu nad Jesenicami, smrtno ponesrečil Jure Robič, brat Saša Robiča, izreden kolesar, ki je bil zaradi številnih kolesarskih uspehov znan ne samo v Sloveniji, ampak po vsem svetu. Petkratni zmagovalec dirke po Ameriki je bil med športnimi kolegi zaradi svojih dosežkov izjemno spoštovan, številni so ga poskušali posnemati, a njegov uspeh nihče ni uspel doseči. Res žalostno.

Po prihodu v Logarsko dolino smo zapustili avtobus, oboroženi z dežniki in deževnimi oblekami, ter nekatere pohodnike, ki se niso želeli naprej zaradi mogočih poškodb zaradi izredno namočenegega terena.

Končno smo se odpravili proti našemu cilju, Okrešelj. Okrešelj je stara slovenska beseda za krnico – polkrožno zaprto kotanjo pod visokimi in strmimi pobočji v gorah, v kateri se je zbiral led, ki je pozneje spolzel v dolino, za seboj pa pustil korita, studence in slapove. Najlepši in verjetno tudi največji slovenski okrešelj je Okrešelj nad Logarsko dolino. Velikanska skalna arena je visoko dvignjena nad desnim zavahkom Logarske doline, pod nazobčanim obzorjem Rinke in Mrzle gore. Tu se stikajo in stiskajo Štajerska, Kranjska in Koroška.

Od parkirišča nas je pot vodila pod slapom Rinka v Kotu (998 m). Zaradi močnih padavin je bila pot zelo težavna. Po dobri uri naporenega vzpona mimo slapa (na 1100 m) in strmi poti po gozdličku na desnem bregu Savinje smo prišli do **Frischauffovega doma** (po graškem profesorju Johannesu Frischauffu – savinjski Kugy) na Okrešlju (1396 m).

Zaradi slabega vremena se nismo ustavljali, ampak smo pot nadaljevali proti našemu cilju. Na Okrešlju smo položili venec na spominsko obeležje, prižgali sveče in se poklonili ponesrečnim. Zaradi slabega vremena in mogočih poškodb nismo mogli narediti daljše ture, ki je bila v načrtu. Vrnili smo se do Frischauffovega doma, kjer smo se v prijetnem vzdušju zadržali, da smo popili čaj in se posušili. Sledila je vrnitev do parkirišča, kjer nas je počakal avtobus.

Kljub napornemu in nenaklonjenemu vremenu smo uživali. Organizacija spominskega pohoda je bila odlična. Samo Cuznar, načelnik GRS Rateče, je poskrbel, da smo varno obiskali Okrešelj in se brez poškodb vrnili v dolino. Zaradi spomina na dogodek, ki je zaznamoval leto 1997, in spomina na naše prijatelje se je večina letošnjih pohodnikov odločila za naslednji pohod, ki bo v letu 2011, ne glede na vremenske pogoje. Tako smo se, pač, odločili.



Udeleženci pred spominskim obeležjem

Zapoznala zahvala

Vida Košmelj Beravs

Že več let deluje sekcija upokojenih zdravnikov. Prvotno jo je vodila pokojna dr. Betka Vrančič, zdajšnja predsednica pa je požrtvovalna mag. Božena Skalicky Kuhelj, dr. med. Večkrat se zberemo pri zanimivih predavanjih, kjer nam predavajo mlajši, zaposleni kolegi. Poslušalci smo zadovoljni in hvaležni, ker nam poljudno odkrivajo številne novosti v današnji medicini. Obenem pa društvo prireja tudi zanimiva in ne predraga potovanja s poudarkom na neznani lokalni zgodovini krajev z rekreacijo v toplicah. Pred kratkim, 24. septembra, je bilo vsakoletno srečanje z upokojenimi hrvaškimi zdravniki v Krapini, v kateri so nam razkazali sijajno urejen muzej tamkajšnjih neandertalcev. Pred letom dni, tj. od 3. do 10. oktobra 2009, smo se s polnim večjim avtobusom odpeljali številni upokojenci na sedemdnevni oddih in rekreacijo v Opatiji.

V hotelu Palace – Bellevue sem dobila lepo sobo v 1. nadstropju. Nekoliko utrujena od potovanja sem zvečer kmalu legla v posteljo. Zjutraj sem se kot običajno hotela umiti. Ker ni bilo posebne tušne kabine, sem zlezla v precej visoko banjo. Stoję med miljenjem mi je zdrsnilo in sem padla v banjo. Nastopile so hude bolečine v desni rami. Ker sem že pred leti pri padcu doživela luxatio rame, mi je bila diagnoza takoj jasna. Dolgo je trajalo, da sem se s težavo zvelkla čez visok rob banje. Zvonec v banji ni deloval. Skrčena v dve gubi sem se po tleh privlekla do vhodnih vrat. Tu je nastopila druga težava, ker nikakor nisem dosegla ključavnice; kot desničarka ne bi mogla zavrteti ključa v zaklenjenih vratih. Več kot pol ure je trajalo od padca, da sem se znašla pred odprtimi vrati. Tudi v predsobi zvonec ni deloval.

Na hodniku sem pred vrati čepela na tleh, kjer sta me našli dve Nemki in poklicali pomoč. Najprej sta mi prinesli kozarec vode, ki sem jo s težavo popila. Receptor je prihitel z vozičkom. Nanj so me naložili in poklicali taksi, da me odpelje v bolnišnico. Imela sem srečo, da je ortopedska bolnica v Lovranu samo šest kilometrov oddaljena od Opatije. Taksist, verjetno navajen takšnih strank, se mi je vso pot opravičeval zaradi luknjaste ceste. Vsak tresljaj mi je povečal bolečino. Pred bolnišnico je ustavil, od nekje pripeljal voziček in me preložil nanj. Brez besed me je vozil po zelo dolgem in ozkem hodniku. Na obeh straneh hodnika so stale dolge klopi, polne čakajočih bolnikov. Vsi so morali odmikati noge, da je voziček med njimi lahko vozil. Nihče se ni niti z besedo obregnil ob naju, ko sva prehitevala čakajoče. Taksist me je brez besed pripeljal v sprejemno pisarno. Tam sta sedeli dve uradnici, verjetno navajeni takšnih bolnikov. Brez vsakih vprašanj o zavarovanju, napotnici oz. diagnozi sta takoj poklicali mlajšega zdravnika, ta pa starejšega, ki me je tudi brez besed napotil v manjšo operacijsko sobo. Šele temu kolegu sem povedala, da sem zdravnica.

Poklican je bil tudi starejši ortoped, ki je obvladoval star rentgenski aparat. Oba zdravnika sta se namučila z menoj, ker sem zaradi bolečin drgetala in komaj stala pokonci. Seveda so bile slike temu primerne in šele po večkratnem poizkusu je bila potrjena diagnoza izpaha. Potrebna je bila repozicija, seveda v anesteziji. Ker sem zjutraj pred sobnimi vrati popila nekoliko vode, nisem bila tešča. Moj zdravnik dr. Veljko Šantič, dr. med., specialist ortoped, mi je dvakrat poizkušal brez anestezije reponirati humerus, kar pa zaradi drgetanja ni uspelo. Kljub bolečinam mi je šlo na smeh. Govoril mi je nekakšne neumnosti, misleč, da me bo s tem zamotil in bom mirovala. Ker tudi to ni pomagalo, mi je predlagal anestezijo, s pojasnilom, kaj lahko temu sledi. No, anestezijo in repozicijo sem dobro prenesla. Ko sem se zbudila iz anestezije brez bruhanja, so izginele tremor in divje bolečine. Nisem imela nobenega dokumenta o mednarodnem zavarovanju. Plačala sem neko malenkost v kunah. Pisarniški dekletki sta poklicali novega taksista, ki me je z mitelo pripeljal v hotel. Tam pa sem bila od svojih kolegov, gostov in hotelskega osebja deležna tolikšne pozornosti, da mi je bilo kar neprijetno.

Zvečer me je poiskal mlajši kolega, Celjan dr. Škapin, delni invalid, ki mi je predlagal lajšanje posledičnih bolečin z laserjem. Po trikratni obdelavi z laserjem so bolečine minile. Tudi vožnjo domov z avtobusom sem prenesla brez težav. Po tednu dni doma so bolečine v manjši meri spet nastopile. Še dlje časa je bil boleč vsak najmanjši gib roke. V zdravstvu smo bili nekdanj zelo slabo plačani. Nikomur ni padlo na pamet, da bi kdor koli štrajkal ali s petdesetim letom starosti prenehal dežurati. Vsi zaposleni v zdravstvu, od najvišjega do najnižjega delavca, smo se držali nenapisanega pravila, da smo bili med boleznijo takoj pregledani in ustrezno zdravljeni. Tudi strokovno smo si pomagali in večinoma smo bili prijatelji. V poznejših letih življenja izbijajo različne zdravstvene težave. Sprva se je težko navaditi na vlogo pacienta. V zadnjih petih letih sem kot upokojenka trikrat doživela neprijetno in nekolonialno obdelavo mlajših kolegov, ki so seveda vedeli, da sem bila nekoč tudi sama v njihovih vrstah. Zato sta me ljubezniv sprejem in zdravljenje nezgode v Lovranu, kjer najprej niso niti vedeli, da sem bila zdravnica, neverjeto presenetili. Šele po letu dni se jim vsem javno zahvaljujem, zlasti ortopedu dr. Veljku Šantiču za pomoč in več kot kolegialni sprejem.



Kulturno-umetniško društvo
Kliničnega centra in Medicinske fakultete
dr. Lojz Kraigher

Inštitut za anatomijo
Inštitut za histologijo in embriologijo
Inštitut za patologijo

Inštitut za sodno medicino
Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani

vabijo na

4I. KONCERT ZDRAVNIKOV

ob XLI. MEMORIALNEM SESTANKU
PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA

in

ob 70-letnici Inštituta za patologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani

s podelitvijo

diplome profesorja **Janeza Plečnika**

in

priznanja profesorja **Franceta Hribarja**

petek, 3. decembra 2010, ob 19. uri

**Dvorana Marjana Kozine (Velika dvorana), Slovenska filharmonija,
Kongresni trg 10, Ljubljana**

Spored

M. Držečnik: Votum Hippocratis

I. Florjanc: Hippocratis iusiurandum

Združeni zbori KUD-a KC in MF dr. Lojz Kraigher

Mešani pevski zbor dr. Bogdan Derč

Zbor študentov medicine COR

Domagoj Jugovič, orgle

J. Mikula, priredil P. Kernjak: Rož, Podjuna, Zila

Janko Tomišek, harmonika

Mešani pevski zbor dr. Bogdan Derč

Zborovodja: Venčeslav Zadravec

D. Šostakovič:

• Klavirski trio šte. 2 v e-molu op. 67

• Allegretto

• *Zdravniška glasbena komorna skupina PRO
MEDICO*

Marko Zupan, violina

Tina Gregorc, violončelo

Pavle Kornhauser, klavir

Jet: Are you gonna be my girl (priredba)

Skupina Muzikoterapija

Lucija Čemažar, 1. violina

Ana Grabar, 2. violina

Jernej Bernik, viola

Jan Štangelj, violončelo

Lovro Ašič, bobni

E. Toselli: Serenata

Z. Fibich: Poem

A. Templeton:

• Improvisation

• Modal blues

• In rhythm

• (za klarinet in godala, priredba Franc Avsenek)

Mitja Skočaj, klarinet

Ljubljanski zdravniški orkester Camerata medica

Dirigent: Franc Avsenek

P. Collins (arr. Mike Baron): Sussudio

D. Ellington (arr. Mike Tomaro): Caravan

D. Ellington (arr. Sammy Nestico): Satin Doll

Big Band Medicinske fakultete

Dirigent: Mitja Dragolič

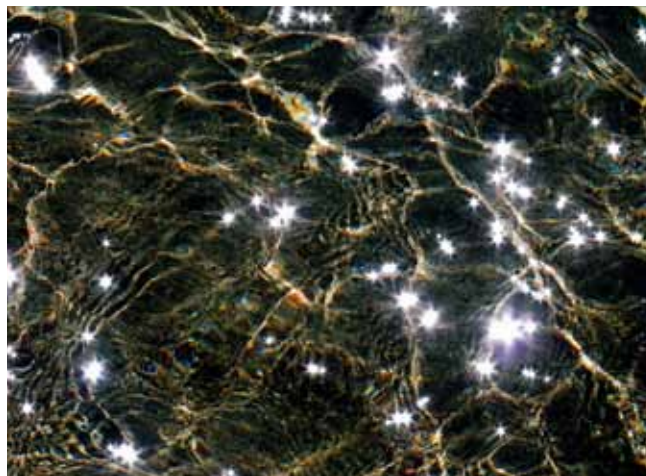
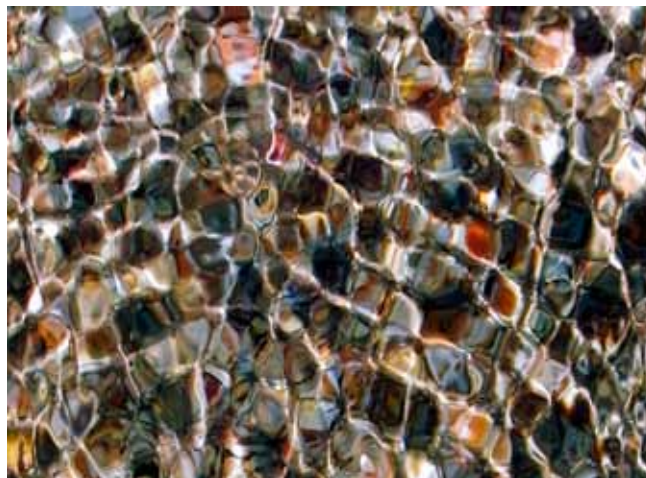
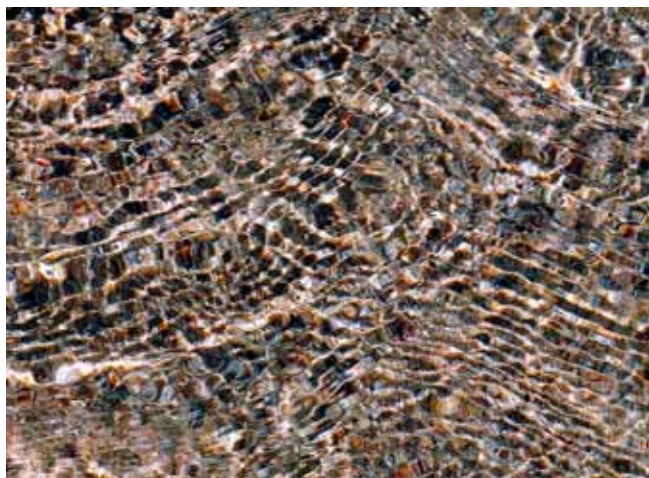
Spored oblikoval Andraž Cerar.

Koncertni del programa vodi Zvonka Zupanič Slavec.

Vstop prost.

Tiha pesem vode, sonca in kamenja

Tomaž Rott, Korzika, September 2010



Jesenski umetniški plodovi v galeriji UKC Ljubljana

Marko Slavec

Med slikarji Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete v Ljubljani (KUD KC MF) se številni zdravniki in drugi zdravstveni delavci že več kot tri desetletja sproščajo v umetnosti in tam iščejo navdih ne le za umetniško ustvarjanje, ampak predvsem za delo z bolniki, njihovimi svojci, s sodelavci, študenti medicine in z drugimi. Savudrijska kolonija ima najdaljšo tradicijo med slikarji KUD-a. Vseh 30 let slikarji ob koncu poletja nekaj dni preživijo v počitniškem domu Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (UKCL) in tam nastala dela poklonijo bolnišnici. Na oktobrskem odprtju razstave so dela dihala morsko toplino, vedrino, spodbudo ter neobremenjeno življenje prvobitne narave in okoliških domačij s prebivalci. Prav ta prijaznost izraza je tista, ki je pomembna za umetniško opremo klinike. Kdo drug kot ravno bolnik potrebuje spodbudo? Zato je na prireditvi 12. oktobra 2010 predsednik Likovne skupine klinični psiholog doc. Tone Pačnik v lepem nagovoru pojasnil opisana vsebinska izhodišča in upravi klične bolnišnice uradno predal slike. Vsak predstojnik kliničnega oddelka ali inštituta znotraj UKCL si lahko na razstavi izbere sliko in jo vključi v interjer svojih prostorov. Cenjeni predstojniki, pridite in ponosite žarke spodbude med svoje bolnike in sodelavce. Če letos zamudite to priložnost, pridite naslednje leto.

V nagovoru je doc. Pačnik med drugim povedal, da so kolonije zanimiv način likovnega ustvarjanja, kjer v omejenem času nastajajo slike, prežete z energijo, ki jo takšno druženje sprošča. Savudrijska srečanja omogočajo sproščen pristop k ustvarjanju in možnost likovne komunikacije med stilsko različnimi

ustvarjalci. Rezultati so vidni prav v predstavljenih delih. Tokratna razstava je v sozvočju s srečanjem likovnikov na Velikem Lošinjju, katerih dela so razstavljena v Mali galeriji. Doc. Pačnik meni, da ta dela presegajo okvire ljubiteljskega slikarstva. S pridobljenimi izkušnjami na kolonijah slikarjem ni težko uresničevati osnovnega poslanstva – deliti lepoto in svetlobo predvsem z bolniki UKCL.

Med častne članice Likovne skupine KUD-a sta bili na oktobrski prireditvi sprejeti nadarjeni zdravniki slikarki, pediattrinja Zora Lamprecht Rijavec in internistka Danica Bem Gala. S slikarskim navdihom in z delavnostjo sta ustvarili bogat umetniški opus in ga predstavljali na številnih skupinskih pa tudi nekaterih samostojnih razstavah.

Razstave spremljajo bolnišnične uporabnike mesec dni, umetniški program, ki pospremi njihova odprtja, pa je tisti, ki udeležencem prinese predvsem veselje. Vsak mesec KUD-ova predsednica prof. Zvoka Zupanič Slavec pripelje med zbrane odlične umetnike, velikokrat glasbenike, ki z zvočnim esperantom zbranim pričarajo notranjo toplino, preženejo strah pred splošno znano bolnišnično sterilnostjo in jih dvignejo vsaj za nekaj časa, da z večjim zaupanjem sodelujejo v procesu zdravljenja.

Trio Kranjc bi blestel na vsakem zdravniškem srečanju

Tokratni glasbeni nastop Tria Kranjc je bil fenomenalen. Skoraj uro so igrali brez predaha in navduševali zbrane. Nekdo izmed zaposlenih je ob koncu prireditve rekel, da tako lušno v galeriji UKCL še ni bilo. Neki bolnik pa je pripomnil, da ga dlani prav bolijo od hvaležnega ploskanja in da ve, da mu bo še nekaj časa lažje verjeti v uspešnost bolnišničnega zdravljenja. Kdo pravzaprav so Trio Kranjc? Odlični instrumentalisti harmonikar Rok Kranjec, violinist Andrej Eržen in kontrabasist ter solopec Igor Oražem. Ukvarjajo se z etnoizvedbami glasbe najrazličnejših žanrov – od baroka in klasične do slovenskih narodnih, evergrinov, popevk ... Na neki način so podobni skupini Terra folk. V prvotnem sestavu sta brata Rok in Marko Kranjc igrala v redki kombinaciji violine in harmonike, pozneje so temu dodali še kontrabas. Tako se je rodil Trio Kranjc, ki že devet let intenzivno nastopa in širi svoj glasbeni repertoar na področju instrumentalne in instrumentalno-vokalne glasbe. Leta 2003 so posneli promocijski CD z instrumentalno glasbo. Nastopali so s številnimi znanimi imeni slovenske estrade (Alenka Godec, Nuška Drašček, Neisha, Terra folk, Jara raja, Matjaž



Trio Kranjc je s prepričljivo in umetniško dovršeno glasbeno interpretacijo navdušil zbrane (foto: Tomaž Rott)

Robavs, Lara Jankovič, Boštjan Romih, Andrej Šifrer, Tomaž Domicelj, Jan Plestenjak ...). Igrali so tudi s skupino Folk ETC, katere vodja je ljubljanski patolog prof. Tone Cerar. Vsi člani so multiinstrumentalisti in podobne umetnike radi povabijo medse (www.triokranjc.si).

Naj toliko veselja kot tokrat naslednji mesec prinese med zbrane tudi Godba ljubljanskih veteranov (16. 11.), v decembru (21.) pa mednarodni zborovski prvaki, Dekliški pevski zbor Gimnazije Kranj pod vodstvom Primoža Kerštanja z božičnim

programom gospla. V galeriji Medicinske fakultete sočasno razstavljata Ksenija Slavec in Jernej Markelj fotografske vtise s poti po Mjanmaru. V novembru in decembru bodo v galeriji UKCL razstavljali KUD-ovi slikarji, med njimi zdravniki. 10. novembra bodo v Slovenski filharmoniji koncertirali študenti glasbeniki z ljubljanske medicinske fakultete, 3. decembra pa se bo v istih prostorih odigral 41. zdravniški koncert ob Plečnikovem memorialu. Bogato kulturno življenje med zdravništvom in v zdravstvu na splošno.

Fotografska razstava in potopis

Turbostan – z avtomobilom po svileni poti

Kazahstan, Uzbekistan, Tadžikistan, Kirgizija

Ksenija Slavec, Domen Robek, Fotografije: Domen Robek

V maju smo v avli Medicinske fakultete v Ljubljani postavili na ogled zanimivo razstavo fotografij, ki so nastale na *'overland'* potovanju študenta 3. letnika medicine Domna Robka po centralni Aziji. Na poti sta mu družbo delala še Manca Dolinar in Cene Kopač, oba ljubljanska študenta medicine. Razstavo in čudovito potopisno predavanje so poimenovali Turbostan in tako že v imenu združili avtomobil z vsemi državami, skozi katere so potovali. Domen nam je na izredno dobro obiskanem potopisnem predavanju živo pripovedoval, kako je videti, če se

z avtomobilom odpraviš na dolgo pot izpred fakultete vse do tromeje med Kitajsko, Afganistanom in Tadžikistanom, visoko v gorah Pamirja.

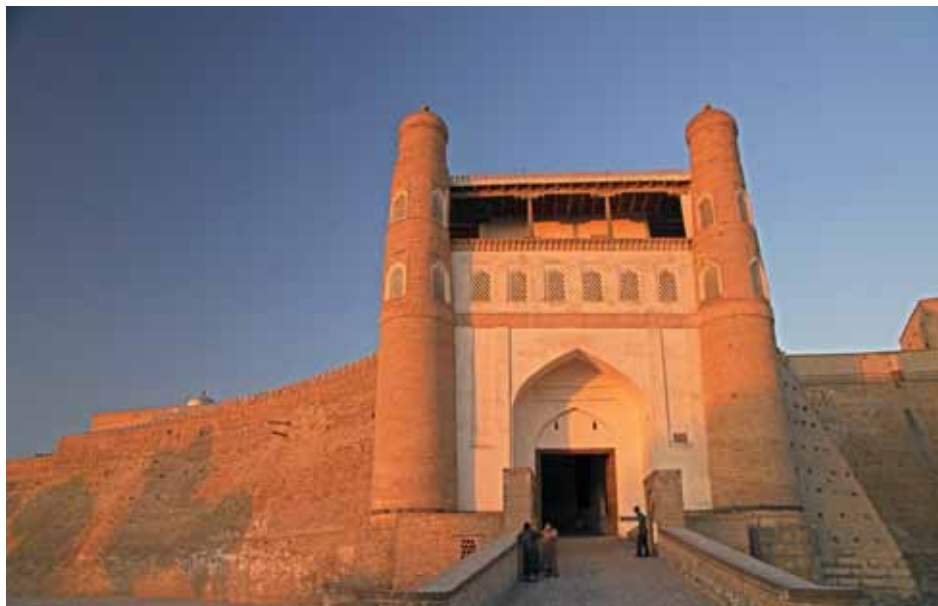
Pot je Domna in ekipo vodila prek velikanske Ukrajine in Rusije do Kazahstana, kjer so po sledeh starodavnih karavan svilene poti vstopili v svet Pravljič iz 1001 noči, v Uzbekistan. Šeherezadam pa, kot pravi Domen, v tistih krajih delajo družbo sovjetski birokrati in policisti ter odlična hrana, ki je zanimiva

Ladje, pozabljene v puščavi, na dnu Aralskega jezera, ki ga ni več. Uzbekistan.





Zlat nasmeh. Uzbekistan.



Mestna vrata v Buhari, Uzbekistan.

mešanica ruske, azijske, turške in perzijske kuhinje. Ta ne sko- pari ne z mesom ne z zelenjavo, še najmanj pa z začimbami.

Celotna država, kot pravita Domnova sopotnika, je najbližje pravlji in resničnem življenju, predvsem po zaslugi izjemno delovnih in prijaznih ljudi. Za tiste kraje sta nepozabna prija- znost in poštenost uzbeških policistov. Začelo se je že na meji, ko je carinik vsej odpravi na polomljeni rampi sredi puščave iz srca zaželel dobrodošlico v njihovi državi. Ta pomoč pa se na meji ni končala, po svojih najboljših močeh so popotnikom tudi pozneje pomagali. Uzbeki so si že nekaj let po razpadu

Sovjetske zveze z lastnimi rokami ustvarili košček raja sredi trde pu- ščave. Poletne temperature prek 50 stopinj Celzija v senci so tam nekaj običajnega. Kljub temu, je povedal Domen, potovanje ni bilo prena- porno: »Povsod so stara krošnjata drevesa, pod katerimi v miru piješ čaj in ješ lubenice, ki jih tam nikoli ne zmanjka. Skoraj vsak mimoido- či nosi kakšno pod roko. Tujcem se radi nasmihajo in jim prijazno mahajo. Umetnost življenja je na zelo visoki ravni. Uzbeki niso bogat narod, njihova umetnosti prebivanja je v domišljeni življenj- ski filozofiji: znajo živeti s tem, kar imajo, pridno delajo in vzdržujejo pristne družinske in medčloveške odnose.«

Naši popotniki so iz Uzbekistana krenili v divji Tadžikistan, kjer so od uzbeške pravlji ostali predvsem policisti. Domen je povedal: »Na meji sem moral h glavnemu cariniku, s katerim sva nato ob čaju govorila o družinah, študiju in o drugem. Kmalu mi je razložil, da je postopek prečkanja meje zelo zapleten in da bi mi on, ki je dober človek, rad pomagal. Prepričan je bil, da imamo kaj za njega ... V zamenjavo za mrzlo pivo smo dobili velik pečat v potne liste ... Po tem so se vse zapornice na meji dvignile ... Prečkanje meje je v tistih krajih vedno celodnevna dogodivščina, tudi če ubereš vse bližnjice.«

V Tadžikistanu jih je pot vodila prek Fanskih gora. Ceste so bile zelo slabe in so vodile med glo- bokimi soteskami, jezeri čudo- vitih barv, divjimi rekami in tudi skozi divje predore. Domen je povedal: »Peljali smo se skozi predor, ki še ni bil zgrajen in verjetno tudi nikoli ne bo. Cesta, ki je vodila prek 4.000 m visokega gorskega prelaza, je bila že davno povsem uničena. Pred samim predorom je bila skoraj meter globoka luža, predor sam pa prav tako v groznem stanju: Skozenj je drla pol metra visoka voda, pod njo pa so se skrivali betonski bloki in armaturne mreže, kar so avtomobilske gume občutile, voznikove oči pa niso mogle videti ... Divjo vožnjo, polno nevarnosti, je odtehtal prečudovit pogled na visokogorski

svet na drugi strani predora ...» Tak je bil začetek vzpona v Pamir, na streho sveta. Ceste so iz kilometra v kilometer postajale vse slabše, uporniki v gorah pa so razstrelili most, prek katerega je peljala edina uporabna cesta v Pamir. Mladim popotnikom, bodočim zdravnikom, ki bodo v življenju najverjetneje tudi morali iskati poti po brezpotjih, tako ni preostalo drugega, kot voziti po edinem kolovozu celih 600 km vzdolž Afganistanske meje. Na poti so srečevali revne domačine, ki pa so bili zelo prijazni in srčno dobri. Ko je Domen spraševal pastirja podobnih let, kako živijo pozimi pri 50 stopinjah Celzija pod ničlo, je ta preprosto odgovoril, da ne živijo, ampak deset mesecev letno trpijo, ter se kislo nasmehnil. Situacija v Tadžikistanu se od razpada Sovjetske zveze iz leta v leto slabša, saj ni več šol, zdravnikov, premoga, ceste se podirajo, ni dejansko ničesar, razen tistega, kar daje narava. Povprečna plača hribovskih prebivalcev znaša okoli 10 evrov mesečno. A življenje gre naprej in prebivalci ne razmišljajo o nerešljivih situacijah ter so dobri in prijazni, kar jih ohranja človeško dostojanstvene sredi ničesar. Za popotnika najdejo ne le prijazen nasmeh, ampak jih celo pogostijo. Policist pa je od naših medicincev celo zahteval, da vsi v avtomobilu odpnejo varnostne pasove, ker so po njegovem prepričanju škodljivi in te lahko ob nesreči celo poškodujejo.

Ko je nekdo po predavanju iz avditorija popotnike povprašal, kaj se jim je v Pamirju najbolj vtisnilo v spomin, so povedali: »Nikoli ne bomo pozabili vtisa, ki so ga pustile gore ... Cesta je vodila vse višje in višje. Užitek v vožnji po brezpotjih na skoraj 5.000 m nadmorske višine, obkroženi z veličastnimi sedemtisočaki, ki so nam pobrali še zadnjo sapo, je nepopisen ... Pamir je brezkončno in brezčasno lep, vreden težkih naporov in divje vožnje. Ko ga ugledaš, ga želiš videti znova in znova. Ob prečudovitih pogledih sta v trenutku pozabljena nizki zračni tlak 550 Mb in kuhanje pri tako nizki temperaturi, ki je misija nemogoče ...



Večerja v dolini reke Panč na afganistansko-tadžiški meji.



Jezero Jašik Kul v Pamirju.

Pozabljeni so: mraz, veter, vsi naporji ... Ni besed, ki bi opisale pamiško kraljestvo nad oblaki v vsej njegovi lepoti. Na koncu, ko misliš, da si videl že vse, te pričaka še slano jezero, nastalo s padcem meteorja, ki se blešči pod Pik Leninom, le nekaj metrov pred kitajsko mejo, v čudoviti turkizni barvi, tako lepi, da pozneje fotografijam nihče ne verjame.«

Iz Tadžikistana so se popotniki, »lažji« za nekaj podarjene



Mošeja Čorminor v uzbekistanski Buhari.

polente carinikom na meji s Kirgizijo, spustili na zelene pašnike te dežele. Carinikom so se odkupili s polento, za katero so ti mislili, da je nekaj imenitnega. Meja je bila improvizirana v stari kamionski cisterni na 4300 m nadmorske višine. Cariniki so jo za silo usposobili, da se je upirala mrazu in sneženju. V Kirgiziji divje gore zamenja mehka travnata preproga, ki pokriva to »Švico centralne Azije«. Tu in tam sredi zelenja popotnikom naproti prihaja jezdec z velikanskim belim klobukom. Tamkajšnji prebivalci še vedno živijo v jurtah, velikih nomadskih šotorih. Domačini v njih gostom postrežejo z ariagom ali s kumisom, rahlo alkoholno pijačo, ki jo pije staro in mlado, zraven pa dodajo košček kruha in sveže stepeno smetano iz konjskega mleka.

Ker se je jesen hitro bližala, so se popotniki iz visokih pašnikov spustili na pregrete ravnine kazaških step. Čakali so jih tisoči kilometrov suhih pašnikov, slabega asfalta in žejnih policistov. Policiste so nagajivo spraševali, ali vedo, kje bi našli Borata, pa jim ti pri najboljši volji niso znali odgovoriti ... Avtomobil je počasi lezel čez neskončne sipine, po dnu nekoč za tri Slovenije velikega Aralskega jezera, ki je zaradi pretiranega namakanja bombažnih polj v Sovjetski zvezi v nekaj desetletjih skoraj presahnilo. V bližini jezera naj bi bilo še vedno zakopanih 200 ton antraksovih spor in nebroj drugih izumov sovjetskega Biopreparata, saj je bila na otoku v jezeru nekdanja tovarna biološkega orožja ... Sredi zdaj povsem peščenega morja nemo počivajo zarjavele ladje, ki jih bo pogoltnil čas ... Domen je povedal: »Znašli smo se sami sredi peska, stara sovjetska ‚specialka‘, kompas, ravnilo in svinčnik pa so bili naša edina navigacija, ki nas je pripeljala 400 km prek puščave v mesto Aralsk. Na nekdanje mesto so spominjale le porušene stavbe in zarjavele ribiške ladje. Naokrog so se prosto pasle le kamele ...«

Naslednjih 1.500 km prek stepe je bil za medicinske popotnike najtrši oreh: luknje na cesti so bile ponekod večje od avtomobila, po deževju se je vse spreminjalo v blato, pa vendar so se po tednu neprekinjene vožnje prebili do reke Ural in prek nje v Evropo. Na hitro so se okopali še v oktobrskem Črnem morju, prevozili čudoviti Krim in prišli skoraj točno na prva jesenska predavanja.

Ob vsej popotni avanturi se gotovo sprašujemo, kako je avtomobil prestal takšno pot. Domen, vodja odprave in zagreti fotograf, je tudi konstruktor tega nenavadnega avtomobila. Kadar Domen ni za knjigami ali na fakulteti, ga najdemo pod avtomobilom. Da pa ni le inventivni avtomehanic in mediciner, se lahko prepričate tudi na fotografski razstavi s Turbostana, ki se bo iz galerije Medicinske fakultete jeseni preselila v razstavišče UKC Ljubljana. Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete v Ljubljani je ponosno na svoje drzne popotnike in fotografsko nadarjene ustvarjalce.

Za konec ali namesto njega še to: *overland* potovanja, kot se potovanju takih razsežnosti reče, so poseben način potovanja z avtomobilom, ki zahteva veliko priprav, odrekanja, prevoženih kilometrov čez drn in strn in so doživetja za ljudi, ki tako kot Domen resnično uživajo v vožnji sami in vsem, kar srečujejo na njej. Pot pa ni ena sama, vsak ima lahko svojo in vsaka lahko vodi v pravo smer, kot je zapisal Nejc Zaplotnik:

.....

*Kdor išče cilj, bo ostal prazen, ko ga bo dosegel,
kdor pa najde pot, bo cilj vedno nosil v sebi.*

.....



Deskriptivno ali kavzalno?

Preblisk spomina na mojega učitelja AOŽ

Marjan Kordaš

Na septembrski seji uredniškega odbora smo obravnavali zadnjo številko naše revije (Isis, avgust–september 2010). Ko sem prišel na vrsto, sem iz zapisa o prof. Pavlu Lunačku na glas prebral ta odlomek:

“... Ustanavljali so se novi inštituti in velikokrat so nastopili takšni problemi, da so nekateri učitelji obupavali. Tako je ob neki priložnosti doc. Andrej Župančič želel odstopiti ...”

Nato sem pripomnil, da se mi zdi sporočilo ali nerazumljivo ali pa avtorica iz pietete do pokojnih učiteljev ni hotela zapisati vsega, kar se je zgodilo. Zato sem dogajanje leta 1953 opisal in opozoril na vrzeli med meni znanimi dejstvi.

Naročeno mi je bilo, naj isto, kar sem povedal, reproduciram avtorici zapisa o prof. Lunačku.

Torej sem se lotil zapisa z namenom, da ga pošljem po elektronski pošti. A sem kmalu dognal, da je to narobe. Da je bolj prav najprej takratno dogajanje opisati tako, kot sem ga spremljal – bolj ali manj kot bližnji, pa vendar ne kot neposredni udeleženec, kot študent v 3. letniku medicine. To je bil za nekatere moje kolege zelo težek preskus. Za nekatere takratne učitelje na Medicinski fakulteti v Ljubljani (MF LJ) pa preskus o avtonomiji učitelja in konceptu ne le njegovega pouka, ampak o pouku na MF LJ sploh.

Se pravi, odločil sem se za zapis po spominu. Vanj sem vključil opazovanja in pričevanja nekaterih takratnih kolegov. Seveda tudi drobce, ki mi jih je občasno “spustil” prof. Župančič, na srečo tako, da sem lahko sestavil približno zaporedje dogodkov. Zaporedje, ki se je končalo v političnem vrhu takratne LR Slovenije.

Upam, da bo zanimivo ali vsaj informativno branje. Z dodatkom, ki utegne biti izziv za premislek.

Če se bo na tem temelju kakemu zgodovinarju zdelo vredno zadevo raziskati, se bo moral lotiti arhivov, verjetno tudi arhiva takratne partijske organizacije na MF LJ. Mogoče bo ta raziskovalec tako ugotovil tudi druge reči, npr. razkril dogajanja v Kliničnem centru, ko je bil pozimi 1979/1980 hospitaliziran Tito. Zelo si želim svoje vedenje o njegovi bolezni in obdukciji – o kateri sem obljubil molčečnost – primerjati z zgodovinskimi dejstvi.

Dogajanje, zaradi katerega se je Župančič (takrat docent) hudo sprl z Lunačkom (takrat profesorjem in dekanom MF), je nujno postaviti v takratni čas oz. politični okvir: vrhunec inform-birojevskega spopada med Jugoslavijo ter Sovjetsko zvezo in vzhodnim blokom sploh. V tej luči si je partijska organizacija na MF LJ prizadevala zatreti ali vsaj bistveno omiliti stavko zaradi t. i. *seleksijskih kolokvijev* v začetku leta 1952.

Seleksijski kolokvij so bili kar huda reč. Začeli so se že v š. l. 1949/1950. Za tiste, ki s(m)o se vpisali jeseni 1950 (š. l. 1950/1951), je selekcija potekala v dveh stopnjah:

- Vpisanih v 1. semester: 302. (1)
- Vpisanih v 2. semester: 180 (po kolokvijih iz anatomije, fizike, kemije, biologije).
- Vpisanih v 3. semester: 80 (po izpiti iz fizike, kemije, biologije v 1. letniku).

Od tistih, ki s(m)o se vpisali jeseni 1950, je bilo manj kot 1/3 srečnežev, ki s(m)o se jeseni 1951 znašli v 2. letniku.

Očitno je to dejstvo vplivalo na zanamce, na tiste, ki so se vpisali jeseni 1951 (š. l. 1951/52). In ker se je selekcija začela enako (kruto), je v 1. letniku izbruhnila stavka, ki je nato “okužila” – a le za nekaj ur – tudi 2. letnik. (2) Nekaj se je šušljalo tudi o stavki v 3. letniku, ki pa je bila uperjena menda izključno proti doc. Župančiču zaradi njegovih ostrih zahtev pri opravljanju seminarjev iz patološke fiziologije.

Stavka v 3. in 2. letniku se je za študente končala brez posledic.

Stavka v 1. letniku se je končala tako, da so organizatorje – večinoma so to menda bili t. i. *vojaški stipendisti* – izključili iz MF LJ. Vendar je disciplinski postopek potekal še nekaj let; ni mi znano, kako se je končal.

O Župančiču in patološki fiziologiji je v tistem času med študenti krožilo veliko zgodb – da je npr. samovoljen, hudoben, neusmiljen itn. Da se to najbolje in najbolj pokaže pri seminarjih. Po trije študentje morajo pripraviti en seminar v semestru (dva seminarja v letniku). Po javni obravnavi seminarja pred kolegi iz letnika je bilo obvezno oddati ustrezen tipkopis.

Kmalu se mi je posvetilo, da je namen seminarja pravzaprav preprost: predstaviti *svoj pogled* na obravnavano tematiko – kljub protislovjem v literaturi.

Seminar sem pripravljal z dvema kolegom oz. s sošolcema še iz gimnazije. Prvega, *Delovanje pospeška na človekov organizem*, smo “odpravili” 20. 11. 1952. Ker nam je zmanjkalo časa, vrh tega pa se nikakor nismo mogli dokopati do pisalnega stroja, smo se na seminarju pojavili brez ene same zapisane vrstice besedila. Za predstavitev seminarja sem bil določen jaz, torej sem govoril na pamet. Naš seminar sem po spominu na roko napisal šele čez nekaj tednov in ga oddal našemu mentorju, (takrat) asistentu Pavlinu.

Pri drugem seminarju je bil naš mentor sam Župančič. Vsak obisk – za navodila – pri njem se je končal natančno nasprotno,

kot smo pričakovali: namesto da bi z našim obiskom natančneje opredelili meje in obseg seminarja, se je obseg povečal in meje bolj razblinile. Ko nam je končno naložil, naj na kolegicah in kolegih letnika naredimo test za ortostatsko hipotenzijo, mi je bilo dovolj. (3) Sotrpinoma sem rekel, da smo vse bolj podobni detektivu Brettschneiderju, ki bi moral ugotoviti, ali se Švejk, rejec psov, ukvarja s subverzivno dejavnostjo. Brettschneider je torej obiskoval Švejka in vsakokrat kupil psa – a nikoli ni ugotovil, ali se Švejk ukvarja s subverzivno dejavnostjo. Zato smo nehali obiskovati Župančiča, seminar *Cirkulatorni slabiči* naredili po svoje, ga natipkali in spet “odpravili” 26. 3. 1953. (4)

Zagovor seminarjev, ki jih je vodil Župančič, ni bila šala. Sicer ni zahteval ničesar nemogočega, a delo je bilo resno. In zaradi svojega izjemno širokega znanja je preverjal vse temelje patološke fiziologije, od fiziologije pa vse do fizike. Dopustil ni prav nobenega *nakladanja*; napačna beseda, zapisana ali izrečena enkrat samkrat, se je skoraj vedno izkazala kot dokončno nepopravljiva napaka. Se pravi, namesto deskriptivnega je dosledno zahteval kavzalni pristop. In pri razlagi mehanizmov je preganjal odgovor “... zato, da ...” (odgovor glede na namen) ter pričakoval odgovor “... zato, ker...” (odgovor glede na vzrok in mehanizem).

Moja prva izkušnja, da velja vsako besedo skrbno pretehtati ...

Tako je spomladi 1953 eni skupini mojih kolegov pri seminarju spodletelo. Ob koncu študijskega leta jim je Župančič odklonil frekvenčni podpis. Katastrofa za prizadete; *de facto* prepoved nadaljevanja študija na MF LJ. Vsi v letniku smo bili ogorčeni nad Župančičevo krutostjo. A odločili smo se, da poskusimo zlepa. Napisali smo vljudno pismo in *tovariša profesorja lepo poprosili* za frekvenčni podpis prizadetim. Pod to pismo smo se vsi podpisali, ga pred predavanjem razgrnjenega nastavili na kateder in napeto čakali, kaj bo.

Župančič je pismo prebral takoj, ko je prišel do katedra. Potem ga je vzel v roke, nas pogledal in povedal tole:

„Kolegi, napisali ste prijazno pismo in lepo je, da ste se vsi podpisali. Če bi bil jaz v vaši koži, bi se tudi podpisal.

Jaz vas pa zdaj vprašam, kaj bi si vi mislili o meni, če bi tem kolegom dal frekvenčni podpis zdaj, potem ko ste me zanj *lepo* prosili? In kaj naj bi storil, če me *ne bi lepo* prosili? Naj bo moja presoja odvisna od tega, ali me *lepo prosijo* za ugodno odločitev? Mar ne vidite, da v vaši prošnji ni prav nobenega argumenta za spremembo moje odločitve?”

Ne vem, kako dolgo je molčal, potem ko je nehali govoriti. Njegove besede so obvisle v zraku in zdi se mi, da je tako kot meni zaprlo sapo vsakomur v avditoriju. (5)

Župančičeva poteza, da odkloni frekvenčni podpis ter onemogoči nadaljevanje študija skupini študentov, je bila še za tisti,

sicer zelo oster čas nekaj nezaslišanega. Kmalu se je začelo govoriti, da je Župančič za utemeljitev svojega ukrepa za študentski časopis *Tribuna* napisal članek, kakšen mora biti pouk na medicini.

Nadaljevanje zakulisnega dogajanja na MF LJ mi je opisal moj kolega B. L., dekanov nečak. Da je ob Župančičevi potezi dekan menda podivjal, izjavil da “... ta mulc pa me že ne bo zajebaval...”, vzel indekse prizadetih kolegov in se podpisal tja, kamor se ni hotel podpisati Župančič.

Ta dekanov poseg v avtonomijo učitelja se je končal tako, da je Župančič odstopil kot učitelj. V podporo njegovemu stališču je odstopilo še nekaj učiteljev. Menda doc. Stucin, prof. Breclj in prof. Milčinski. Se pravi, MF LJ se je poleti 1953 znašel pred strokovnim razsulo. Moj kolega M. P., ki je že takrat kar dobro poznal dogajanja na MF LJ, mi je zadevo duhovito opisal takole: “... no, zdaj pa moramo le še počakati in videti, kako bo *Sveta Partija* uredila zadevo ...”.

Kako je *Sveta Partija* zadevo uredila, mi je povedal kar prof. Župančič sam, seveda že kot upokojenec. Nekega dne (žal se ne



spomnim, kdaj je to bilo) se je kar na lepem pojavil v mojem laboratoriju. Najprej je preveril leto dogodka in mojo zanesljivost kot priča. In me končno zaprosil, naj mu v *Narodni in univerzitetni knjižnici* poiščem tisti članek, ki ga je pred veliko leti napisal za časopis *Tribuna*. Seveda sem ga hitro našel, priskrbel fotokopijo in jo oddal prof. Župančiču. Bil je neizmerno vesel in verjetno je iz hvaležnosti prelomil svojo običajno molčečnost. Povedal mi je, kako se je zanj zadeva končala:

Takratni minister za notranje zadeve Boris Kraigher (!) je Župančiča (!) povabil na pogovor. In v pogovoru se je minister v celoti strinjal s stališči in z zahtevami prof. Župančiča – razen z Župančičevo končno odločitvijo, da skupini študentov odkloni frekvenčni podpis.

Sveta Partija je bila torej prek svojega policijskega vrha pri gašenju požara na MF LJ uspešna – tako kot v tistih časih vedno in povsod. Vsaj formalno. A pri prof. Župančiču je verjetno tlelo še dolgo. Namreč, kmalu po tem, ko sem leta 1959 začel svojo pot pri prof. Župančiču, sem v pisarni inštituta našel njegov dopis Medicinski fakulteti v Sarajevu. Menim, da sem ga razumel prav: kot prošnjo za učiteljsko mesto na tej fakulteti.

Na srečo je ni uresničil.

Kolikor lahko presodim, so bili takratni selekcijski kolokviji v 1. letniku nepravilni in nepotrebno kruti. Vendar se nihče ni spotaknil nad dejstvom, da sta bili iz študija medicine navadno izločeni več kot 2/3 novincev. Očitno zato, ker se je to izvajalo na zahtevo politike.

Kolikor lahko presodim, so bile takratne Župančičeve študijske zahteve v načelu v celoti skladne s pogoji in z zahtevami, ki jih dandanes zahteva in ponuja *visokošolska didaktika*; ki prek kavzalnega načina razmišljanja spodbuja posameznikovo odgovornost.

Ker ne poznam nadorbnosti, ne morem presoditi, ali je bila Župančičeva odločitev glede frekvenčnega podpisa pravična ali nepravilna; pedagoška ali nepedagoška; pametna ali nespametna. A bila je avtonomna. In prav zato se je ob njo očitno spotaknil ne le MF LJ, ampak tudi takratna politika oz. *Sveta Partija*. Pa čeprav ni šlo – kot pri selekcijskih kolokvijih – za 200, ampak le za “nekaj” študentov.

Moja teorija je, da se je takrat, leta 1953, pouk na MF LJ začel preusmerjati od kavzalnega pristopa k deskriptivnemu. Namesto povečane *intenzivnosti* pouka se je v naslednjih letih neizmerno povečala njegova *ekstenzivnost*, ki – še dandanes! – od študenta ne zahteva razumevanja mehanizmov, ampak zapomnjevanje dejstev; ki ne spodbuja odgovornosti študenta, ampak njegov oportunitizem; ki si med študijem ne prizadeva za poglobljanje znanja, ampak za čim boljšo oceno pri izpitih, za katero so dopustni barantanje ter pravniške zvijače.

In popolnoma je pozabljeno Župančičevo mnenje, da zdravnika ni mogoče vzgajati in vzgojiti s predavanji, ampak le z zgledom.

Čeprav sem penzionist že od leta 1999, še vedno vsako leto vodim po eno izbirno vajo iz patološke fiziologije. In vsako leto opazujem poglobljanje vsesplošne permisivnosti, da študij medicine ne sme biti naporen, ampak udoben. Brezbriznost do skoraj kriminalne nevednosti ima včasih takšne razsežnosti, da bi jo utegnil razrešiti le takšen ukrep, kot ga je uporabil Župančič leta 1953.

In končno: če mi med vajami uspe pogovor o pojmu *odgovornost*, se izkaže, da skoraj noben študent ne ve, kaj je to.

Razumljivo: po mojem vedenju na MF LJ ni nobenega programa, ki bi (vsakemu!) študentu medicine omogočil razvoj njegove odgovornosti.

Moja rekonstrukcija dogodkov leta 1953 in zgodba o *Sveti Partiji* sta verjetno resnični.

Za svoje teorije in mnenja pa seveda nimam dokazov. O svojih stališčih o pouku na MF LJ sem sicer veliko (preveč?) pisal, a tudi nimam dokaza, da so pravilna in relevantna.

Vse, kar sem o pouku zapisal zgoraj, je v bistvu le ponavljanje, glas vpijočega v puščavi (prim. ISIS 2007; 16: 48–50). Zelo bi bil vesel, če bi bila na voljo raziskava, ki bi dokazala, da je moje mnenje (stališče) napačno.

Sledim namreč le tistemu, kar mi je nekoč rekel prof. Župančič:

“Človek mora imeti mnenje (stališče), pa čeprav je mogoče mnenje napačno. Namreč, najhujše je, če človek mnenja nima.”

(1) To številko sem prepisal iz izvirnega seznama vpisanih. Preostali dve številki pa sta približni.

(2) Kako sem takrat “stavkal” jaz, glejte SISI, 1. april 2010.

(3) Kako je ta test potekal, seveda v stari predavalnici (baraki) Inštituta za patologijo ter ob mizi za obdukcijo, pa bom mogoče opisal za prihodnjo izdajo priloge SISI.

(4) Ko sem leta 1959 začel delati pri prof. Župančiču, sem v inštitutskem arhivu poiskal oba seminarja, ju ukradel in shranil doma.

(5) Odtlej je bil zame Župančič *osebnost*. Arbiter, ki mu nisem *nikoli* ugovarjal. Ker pa sem enako trmast, sem se mu seveda uprl. Ko je bilo drugič, leta 1973, je bilo dokončno in odšel sem svojo pot. A do svojega *Učitelja* sem vedno, vedno, vedno ohranil globoko spoštovanje. Mu to poskušal vedno znova kazati. Očitam pa si, da mu tega nisem mogel ali nisem znal *tudi povedati* niti takrat, ko sem ga tik pred njegovo smrtjo obiskal zadnjič.

The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

The Isis Journal is issued on the first day of each month. The annual subscription for non-members is 49,20 EUR. A single issue costs 4,10 EUR. The tax is included in price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles. Printed 8500 copies. Postage for the Journal Isis paid at the 1102 Ljubljana post office.

The name of the journal is by the Isis, an Egyptian goddess, of all the gods and goddesses. The legend describes her as both the sister and the wife of Osiris, the first king in history. Isis had healing powers. She could also give new life into the body with her wings. According to the legend, her power extended all over the world. Each person is a drop of her blood. She was considered as the founder of medicine. A detail on a granite sarcophagus of Ramses III from the XXth dynasty shows her as a symbolic picture. This image and her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people, the drops of blood from the goddess Isis.

The President of the Medical Chamber

Prim. **Gordana Kalan Živčec**, M. D.

gordana.kalan-zivcecz@zzs-mcs.si

The vice-presidents of the Medical Chamber

Prof. **Mitja Košnik**, M. D., Ph. D.

Sabina Markoli, D. M. D.

The President of the Assembly

Uršula Salobir Gajšek, M. D.

The vice-president of the Assembly

Diana Terlevič Dabič, D. M. D.

Executive board of the Medical Chamber of Slovenia

The president of the Educational council

Prof. **Matija Horvat**, M. D., Ph. D.

The president of the Professional medical committee

Prof. **Radovan Hojs**, M. D., Ph. D.

The president of the Primary health care committee

Assist. **Antonija Poplas Susič**, M. D., Ph. D.

The president of the Hospital health care committee

Prof. **Mitja Košnik**, M. D., Ph. D.

The president of the Dentistry health care committee

Sabina Markoli, D. M. D.

The president of the Legal-ethical committee

Prim. assist. **Danica Rotar Pavlič**, M. D., Ph. D.

The president of the Social-economic committee

Jana Wahl, M. D., M. Sc.

The president of the Private practice committee

Prim. assist. **Dean Klančič**, M. D.

Public Relations Department

Valentin Hajdinjak, B. Sc.

Legal and General Affairs Department

Vesna Habe Pranjič, L. L. B.

Finance and Accounting Department

Jožica Osolnik, Econ.

Health Economics, Planning and Analysis Department

Nika Sokolič, B. Sc. Econ.

Training and Professional Supervision Department

Mojca Vrečar, M. B. A.



Tasks

The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists. Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.

The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:

Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.

Maintaining a register of members and issuing membership cards.

Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.

Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.

Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.

Organising professional seminars, meetings and other types of professional medical development.

The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia.

Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.

Determining doctors' fees and

The Medical Chamber Of Slovenia

Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province. The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

participating in agreeing the prices of health care services.

Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.

Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional salaries.

Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.

Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.

Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.

Assisting members to find suitable locums during their absence.

Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.

Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.

Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.

Monitoring alternative methods of treatment.

Detering prohibited and unacceptable medical practices.

Providing a free permanent consulting service to members.

Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.