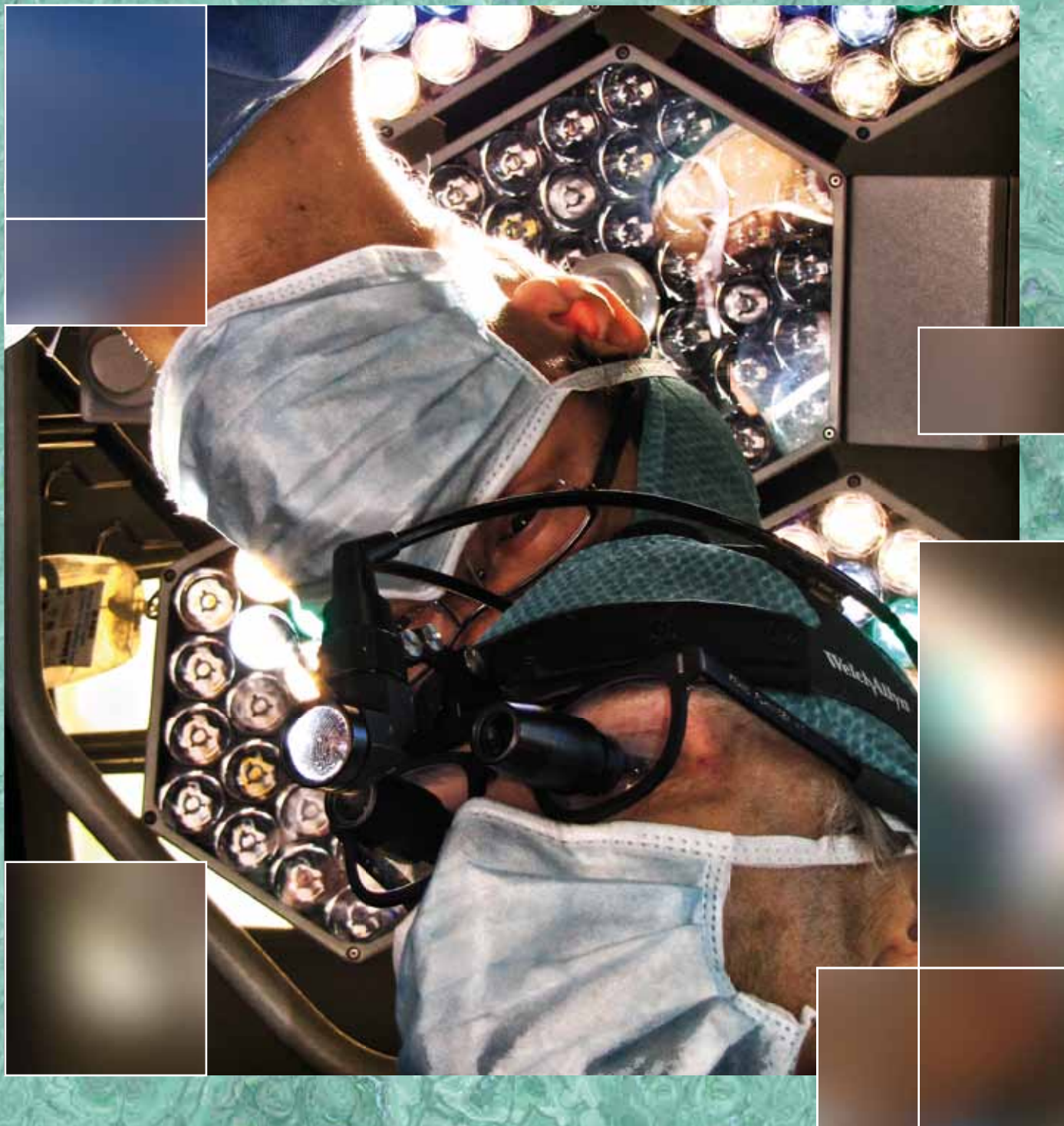


ISIS





Spoštovani zdravnice in zobozdravnice, zdravniki in zobozdravniki!

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

V STISKI NISI SAM!

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

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

Pokličite nas na
ANONIMNO telefonsko številko:

01 307 2222

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

Ali je kriza res kriza, kje so možne rešitve?

Svet se zadnja tri, štiri leta sooča z globalno finančno krizo. Posledice so vidne povsod. Brez vojne ali revolucije so mnogi ljudje izgubili osnovno varnost, ki bi jo morala zagotoviti vsaka država svojim državljanom: službo, zdravstveno varstvo, varno okolje, zaupanje v sistem in prihodnost. Države so bankrotirale, odnosi v svetu so se dramatično spremenili. Nekateri gredo iz krize hitreje, kot je bilo pričakovano. Žal jih je več, ki se iz krize nikakor ne uspejo izviti.

»Ali je v svetu gospodarska kriza ali vlada kriza idej? Stremimo k več, boljše, hitreje, varčnejše, enostavnejše, ceneje. Zakaj se ob tem izogibamo novostim, inovativnosti, unikatnosti, tveganju, drugačnosti, kreativnosti, nepredvidljivosti, skoraj strasti ali opustimo pogum? Odgovor je mogoče enostaven: na prvo mesto postavljamo varnost, ki jo nujno potrebujemo in je posledica ohranitvenega nagona. V svetu vlada kriza vrednot,« je kratek povzetek sporočil, ki jih zadnje tedne prejemam preko e-pošte.



Na povabilo francoske zbornice je slovenska delegacija prisostvovala proslavi 40. obletnice njihove združene zbornice. Kolegi so z nami delili poučno izkušnjo francoskih zdravniških organizacij. V začetku so bili vsi skupaj: številni sindikati, zbornice in združenja. Imeli so tudi zelo reprezentativno hišo na elitni pariški lokaciji. Pred dobrim desetletjem so se zaradi različnih osebnih interesov odnosi skalili do te mere, da so se razšli. Skupno hišo, ki so jo primerjali z Galerie Lafayette, pa so morali prodati. Ob proslavi so kolegi s ponosom povedali, da so presegli nesoglasja iz preteklosti in se ponovno intenzivno združujejo. In to je eden od temeljev, da je Francija na prvih mestih po učinkovitosti in kakovosti zdravstvenega sistema.

Zadnja leta doživljamo na letališčih razvrednotenje zasebnosti, dostojanstva in osebne integritete. Vse zaradi in v imenu naše varnosti, je splošno pojasnilo. Ali si moramo res dovoliti naključen osebni pregled pred vsemi? Ali se moramo res odreči spoštovanju lastnega telesa, ko dovolimo pretipavanje na očeh vseh? Roke odročite, noge razširite, mirujte, ne govorite in stojte tako, dokler vam ne rečemo drugače! Že dolgo nisem prestregla pogleda tako globoko enako misleče povsem neznane osebe, kot med osebnim pregledom na enem od evropskih letališč. V sosednji vrsti je bil moški, ki je bil deležen enake obravnave. Stala sva mirno, se pogledala in v delčku sekunde izmenjala vse misli. Ogorčenje, bes, razočaranje, ponižanje in globok občutek sramu zaradi tega, česar sva bila deležna. Da ne bo pomote, »moja« policistka in »njegov« policist sta bila izjemno profesionalna, korektna, do neke mere celo vljudna. In postopek bi bil bistveno manj ponižujoč, če bi bil opravljen v minimalnih pogojih zasebnosti, vsaj za pregrado. Toda »naučili« so nas tako rekoč slepe poslušnosti, zaradi katere preenostavno sprejmemo praktično vse, kar od nas zahtevajo. Prepričana sem, da je mogoče bistveno višjo raven varnosti potnikov zagotoviti z bolj preudarnimi, premišljenimi in kreativnimi metodami pregleda ter da obstajajo strokovnjaki, ki to področje poznajo, analizirajo in so sposobni predlagati rešitve. Zakaj jim ne prisluhnemo?

Ali smo tudi zobo/zdravniki v lastni organizaciji izgubili sposobnost dialoga ter iskanja rešitev in ga nadomestili s stalnim »opozarjanjem« na nepravilnosti in probleme? Da ne bo pomote, seveda je potrebno opozoriti na nepravilnosti, probleme, težave. Vendar stalno širjenje negativizma nikakor ne prispeva k

izboljšanju položaja. Ukvarjanje s tujimi problemi ne rešuje lastnih oz. le-ti ne bodo nič manjši. Kdor ni sposoben reševati problemov ali svojih nalog, ki so pred njim, je upravičen do pomoči. Če tega koraka ni sposoben, se je dolžan umakniti. **»Težav ne moremo reševati z isto miselnostjo, kot smo jo imeli, ko smo jih ustvarili.«** (Albert Einstein)

Povsem nasproten pristop je *»parrhesia«* – neustrašni govor, ki strne v sebi odkritost, resnico, nevarnost, kritičnost in dolžnost (M. Foucault, Neustrašni govor). Predstavlja temeljne civilizacijske vrednote. Kar misliš, tudi govori, stori, ne olepšuj, tudi za ceno neugodnih posledic za govorca. Že v antičnih Atenah je bila *parrhesia* vodilo demokracije, pa tudi značilnost etične in osebne drže dobrega državljana. Ko bi jo bilo le mogoče slišati tudi v sodobnem času!

Zaključek leta je priložnost za inventuro. Za nami je težko leto, vendar ne neuspešno. Dokazali smo, da lahko pomembno in konstruktivno prispevamo k pripravi kakovostne zakonodaje in tudi preprečimo

sprejemanje takšne, ki ni v korist bolnikom, niti je zdravniki ne bi mogli izvajati. Brez stroke ni mogoče pripraviti dobrih zakonov, niti predpisov. Dokazali smo, da smo sposobni preseči povsem osebne interese, ustvariti pogoje za dialog, si podati roko sprave in ob strani pustiti tiste, ki tega niso sposobni. Dokazali smo, da je tudi v zdravstvu mogoče graditi v rokih, brez aneksov in podražitev, z lastnimi sredstvi. Dokazali smo, da imamo modrost in sposobnost, da samostojno oblikujemo pogoje za naše delo, aktivno gradimo svojo prihodnost in pozitivno prispevamo k razvoju družbe.

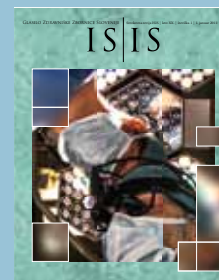
Ob novem letu 2011 se povprašajmo, kaj lahko naredi vsak sam in kaj vsi skupaj, da bomo ustvarjali svojo prihodnost po lastnem prepričanju. Tako v strokovnem kot osebnem življenju. Oprimo se na znanje, stroko, predano delo, vrednote, pokončno držo in osebni ponos! Predvsem pa moramo res verjeti v to, kar delamo.

Vse dobro Vam želim, Vaša Gordana Kalan Živočec

*Naj čas nikoli ne mineva tako hitro,
da ne bi zastali in pomislili na najbližje,
se nasmehnili, spomnili in občutili lepote tega,
da imamo drug drugega.*

Srečno 2011!

Zdravniška zbornica Slovenije



*Avtor fotografije: Franci Planinšek
Avtor logotipa: Primož Kalan
Oblikovanje naslovnice: Andrej Schulz*

■ UVODNIK

Ali je kriza res kriza, kje so možne rešitve? 3
Gordana Kalan Živčec

■ ZBORNICA

Pobuda, naslovljena na vodstva zdravstvenih ustanov, za bolj spoštljiv in osebni odnos do kolegov, ki potrebujejo zdravniško pomoč 9

V Sloveniji je zobozdravnikov dovolj 10
Sabina Markoli

Navodila za ravnanje ob bolniškem staležu in preverjanje uresničevanja predpisanega staleža 11
Danica Rotar Pavlič

Iz dela zbornice 12

■ PERSONALIA

Opravljeni specialistični izpiti 16

■ IZ EVROPE

V zdravstvenem sistemu ni mogoče varčevati, ne da bi zmanjšali kakovost 17
Marjan Kordaš

Katastrofa v izobraževanju 17
Marjan Kordaš

Pripravnništvo: kdo investira v prihodnost? 18
Marjan Kordaš

Nagrada Johann Beer za Paula Hochgattererja 18
Marjan Kordaš

61. dunajski zdravniški ples (Wiener Ärzteball) 19
Marjan Kordaš

Moralne in etične dileme zdravnikov 19
Marjan Fortuna

■ FORUM

Dileme v zvezi z bolnikovim zavračanjem transfuzije krvi 21
Aleksander Manohin, Gregor Gerželj, Jože Trontelj, Jože Balažic, Viktorija Žnidaršič, Damjan Korošec

Izzivi slovenskega zdravstva I 23
Nina Mazi

Selitev Inštituta za varovanje zdravja 27
Dušan Nolimal

Selitev Inštituta za varovanje zdravja v nove prostore 30
Nada Puharič, Darko Lečnik

■ ZANIMIVO

EAGALA tudi v Sloveniji 32
Sara Bertok, Breda J. Sobočan, Petra Štrus

Slikarska ikona Frida Kahlo (1909–1954) 33
Zvonka Zupanič Slavec

■ MEDICINA

Kognitivna remediacija duševnih motenj 36
Mojca Zvezdana Dernovšek, Maja Smrdu

(Ne)varnost cepljenja 38
Alenka Trop Skaza, Lucija Beškovnik

Skupščina Svetovne zveze zobozdravnikov 40
Rok Šušterčič

Kompetentnost v estetiki 41
Igor Potočnik

Slovensko menopavzno društvo – tokrat »tam spodaj« 42
Damir Franič

Kongres Evropskega združenja za internistično onkologijo 43
Martina Reberšek

Prvi podiplomski tečaj protimikrobnega zdravljenja za bolnišnične zdravnike 44
Mateja Logar

Konferenca o opioidni odvisnosti v Čikagu 45
Barbara Lovrečič

Kakovost – dejavnik uspeha 47
Jasna Čuk Rupnik



Pošljite nam medicinsko fotografijo, ki bo polepšala naslovnico Izide

Spoštovani zdravniki in zobozdravniki, bralci revije Isis,

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

Vabljeni k sodelovanju!

1. slovenski kongres področne anestezije 49

Iztok Potočnik, Vesna Novak Jankovič, Adela Stecher, Jasmina Markovič Božič, Božena Gerjevič

Učna delavnica ultrazvočne diagnostike plodovega srca profesorice Lindsey Allan in ponovni obisk King's College Hospital School v Londonu 50
Darija Strah

Dokaži na modelu, da imaš psihomotorične sposobnosti, šele potem pridi v operacijsko 52
Ziva Novak Antolič

Po kongresu 54
Miran Rems

Vloga zdravnika družinske medicine je nenadomestljiva 56
Ksenija Tušek Bunc

■ STROKOVNE PUBLIKACIJE

Tretji izdaji monografije Multipla skleroza na pot 58
Matej Leskošek

■ OBLETNICA

Razvoj oftalmologije v Sloveniji in ljubljanske očne klinike ob 120-letnici Očne klinike v Ljubljani (1890–2010) 59
Zvonka Zupanič Slavec, Ksenija Slavec

■ V SPOMIN

Nekaj utrinkov iz življenja in dela prim. mag. Štefana Kopača, dr. med. 64
David Neubauer

■ S KNJIŽNE POLICE

Katja Sturm Schnabl: Spomin na barbarstvo 65
Marjan Kordaš

■ STROKOVNA SREČANJA 69

■ MALI OGLASI 75

■ ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

41. zdravniški koncert pred odstrto zaveso 77
Ana Marija Vrbič

Razmišljanja po zdravniških koncertih 80
Pavle Kornhauser

Poslednja diagnoza 82
Andrej Rant

Koledniki 82
Andrej Rant

Kratki aforizmi v beli halji z geografskim poreklom 82
Janez Tomažič

45. tradicionalno srečanje slovenskih in hrvaških upokojenih zdravnikov v Novem mestu 83
Marjana Šalehar

III. srečanje poljanskih zdravnikov 85
Štefka Križnar

Douhtarji, pa še prijatli, generacija 1960 86
Metka Adamič in Andrej Subić

Patetična simfonija v Domus Medica 89
Marta Brečko Vrbovnik

Utrinki iz Indije 90
Urška Gantar Rott

Jesen v Ontariu 91
Franci Bečan

Maraton New York 2010 93
Lili Žura

■ SISI

Novoletne želje 95
Dan Šustek

Avtomotoapoteza 95
Andrej Rant

Zobarju 95
Andrej Rant

■ ZAVODNIK

O ugovoru vesti 96
Jože Trontelj

Impressum

LETO XX., ŠT. 1, 1. januar 2011
natisnjeno 8600 izvodov
datum tiska: dan pred izidom
UDK 61(497.12) (060.55)
UDK 06.055:61(497.12)
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9
IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK / PUBLISHED BY
Zdravniška zbornica Slovenije
The Medical Chamber of Slovenia
Dunajska cesta 162, p. p. 439,
1002 Ljubljana
W: <http://www.zdravnikazbornica.si>
T: 01/ 30 72 100, F: 01/ 30 72 109
E: isis@zzs-mcs.si
Transakcijski račun: 02014-0014268276

PRESEDNIK / PRESIDENT
prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med.
UREDNIŠTVO / EDITORIAL OFFICE
Dunajska cesta 162, p. p. 1630,
1001 Ljubljana
W: <http://www.zdravnikazbornica.si>
Isis online: ISSN 1581-1611
T: 01/ 30 72 152, F: 01/ 30 72 109
E: isis@zzs-mcs.si

ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK / EDITOR-IN-CHIEF AND RESPONSIBLE EDITOR
prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med.
E: egadzijev@onko-i.si
T: 01/587 98 97

TEHNIČNA UREDNICA, LEKTORICA / EDITOR, REVISION
Marta Brečko Vrhovnik, univ. dipl. slov.
E: marta.brecko@zzs-mcs.si

UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI / EDITORIAL BOARD AND JOURNALISTS
prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med.
doc. dr. Vojko Flis, dr. med.
prof. dr. Anton Grad, dr. med.
prim. asist. Jana Govc Eržen, dr. med.
prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.
prof. dr. Boris Klun, dr. med.
akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.
prof. dr. Črt Marinček, dr. med.
asist. mag. Marko Pokorn, dr. med.
prim. 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, Marko Mastnak,
Simon Trampuš, Primož Kalan
VisArt studio
Kvants-VisArt d.o.o.
Koprska ulica 94, 1000 Ljubljana
T: 01/257 67 41

TRŽENJE / MARKETING
Zdravniška zbornica Slovenije
Dunajska cesta 162, p. p. 1630,
1001 Ljubljana
T: 01/ 30 72 152, F: 01/ 30 72 109
E: isis@zzs-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 farmacevtskega podjetja ali če v članku obravnavate farmacevtske izdelke, morate navesti konflikt interesov.

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

Poročila s strokovnih srečanj

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

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

Nekrologi

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

Izjava uredništva

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

Letna naročnina

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

ISIS

Sodelovali

Mag. Metka Adamič, dr. med., DCP, d. o. o., Ljubljana • **Prof. dr. Jože Balazic**, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Inštitut za sodno medicino • **Franci Bečan**, dr. med., ZD Kranj • **Sara Bertok**, dr. med., SB Izola • **Lucija Beškovnik**, dr. med., Zavod za zdravstveno varstvo Celje • **Marta Brečko Vrhovnik**, univ. dipl. slov., Zdravniška zbornica Slovenije • **Jasna Čuk Rupnik**, dr. med., ZD Logatec • **Izr. prof. dr. Mojca Zvezdana Dernovšek**, dr. med., Psihiatrična klinika, Ljubljana • **Asist. dr. Damir Franič**, dr. med., Franič Damir, Zasebna ginekološko-porodniška ordinacija, Rogaška Slatina • **Urška Gantar Rott**, dr. med., Ljubljana • **Božena Gerjevič**, dr. med., SB Trbovlje, Oddelek za anesteziologijo • **Gregor Gerželj**, univ. dipl. prav., Žalec • **Breda Jelen Sobočan**, dr. med., Jelen-Sobočan Breda, Psihiatrična ordinacija, Ljubljana • **Prim. Gordana Kalan Živčec**, dr. med., Zdravniška zbornica Slovenije • **Komisija upokojenih zdravnikov Zdravniške zbornice Slovenije** • **Akad. prof. dr. Marjan Kordaš**, dr. med., Ljubljana • **Prim. izr. prof. Pavle Kornhauser**, dr. med., Ljubljana • **Prof. dr. Damjan Korošec**, univ. dipl. prav., Pravna fakulteta Univerze v Ljubljani, Katedra za kazensko pravo • **Štefka Križnar**, dr. med., Škofja Loka • **Darko Lečnik** • **Matej Leskošek**, dr. dent. med., ZD Vrhnika, Šolska zobna ambulanta • **Doc. dr. Mateja Logar**, dr. med., UKC Ljubljana, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja • **Mag. Barbara Lovrečič**, dr. med., Inštitut za varovanje zdravja RS • **Prof. dr. Aleksander Manohin**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, SPS Kirurška klinika, KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok • **Sabina Markoli**, dr. dent. med., Zdravniška zbornica Slovenije • **Asist. mag. Jasmina Marković Božič**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, SPS Kirurška klinika, KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok • **Mag. Nina Mazi**, dr. med., Ljubljana • **Prof. dr. David Neubauer**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, SPS Pediatrična

klinika • **Mag. Dušan Nolimal**, dr. med., Inštitut za varovanje zdravja, Ljubljana • **Prof. dr. Živa Novak Antolič**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, SPS Ginekološka klinika • **Doc. dr. Vesna Novak Jankovič**, dr. med., UKC Ljubljana, KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok • **Asist. mag. Iztok Potočnik**, dr. med., UKC Ljubljana, KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok • **Doc. dr. Igor Potočnik**, dr. dent. med., Zasebna ordinacija, Bled • **Nada Puharič**, dr. dent. med., Zdravniška zbornica Slovenije • **Andrej Rant**, dr. dent. med., Ljubljana • **Asist. mag. Martina Rebersšek**, dr. med., Onkološki inštitut Ljubljana • **Prim. mag. Miran Rems**, dr. med., SB Jesenice • **Prim. doc. dr. Danica Rotar Pavlič**, dr. med., Zdravniška zbornica Slovenije • **Prof. dr. Dušan Sket**, dr. med., Ljubljana • **Ksenija Slavec**, Kranj • **Maja Smrdur**, Psihiatrična klinika, Ljubljana • **Prim. asist. mag. Adela Stecher**, dr. med., UKC Ljubljana, KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok • **Darija Strah**, dr. med., Diagnostični center Strah, Domžale • **Prim. mag. Marjana Šalehar**, dr. med., ZD Ljubljana • **Petra Štrus**, dr. med., Psihiatrična klinika, Ljubljana • **Andrej Šubic**, dr. med., Ambulanta Šubic, d. o. o., Škofja Loka • **Rok Šušterčič**, dr. dent. med., Dentart, d. o. o., Ljubljana • **Prof. dr. Janez Tomažič**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja • **Akad. prof. dr. Jože Trontelj**, dr. med., Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko • **Dr. Alenka Trop Skaza**, dr. med., Zavod za zdravstveno varstvo Celje • **Prim. asist. Ksenija Tušek Bunc**, dr. med., ZD dr. Adolfa Drolca Maribor • **Ana Marija Vrbič** • **Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec**, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Inštitut za zgodovino medicine • **Prof. dr. Viktorija Znidaršič**, univ. dipl. prav., Pravna fakulteta Univerze v Ljubljani • **Lili Žura**, dr. med., Osnovno zdravstvo Gorenjske, ZD Kranj

Pobuda, naslovljena na vodstva zdravstvenih ustanov, za bolj spoštljiv in osebni odnos do kolegov, ki potrebujejo zdravniško pomoč



Številka: /10/PK

Datum: 2010

Komisija upokojenih zdravnikov

Vodstvom zdravstvenih domov in bolnišnic, kolegom zdravnikom v zasebnih ordinacijah

Ugotavljamo, da je odnos do zdravnika v zdravstvenih ustanovah, zlasti ob prvem stiku, ko zboli, velikokrat neprimeren. Zdravnik prihaja v ordinacijo in je obravnavan »anonimno«, ne zdravnik, ne medicinska sestra ne upoštevata, da pomoč išče človek, ki je v svojem življenju storil veliko dobrega za svoje bolnike in se spozna na medicino.

Ne pričakujemo, da se zdravnika, ki je bolnik, obravnava »mimo vrste«, da bi dobil javno pravico prednosti. Vendar je prav, da se na osnovi priložene osebne in medicinske dokumentacije v sprejemni pisarni oziroma na bolniškem oddelku upošteva njegov poklic, da je odgovorni zdravnik, ki ga bo pregledal, seznanjen, da je pred njim kolega in ga bo tako tudi naslavljal. Tudi ko smo zdravniki sami bolniki, osebni pristop veliko pomeni in daje občutek zaupanja in varnosti.

Zato predlagamo, da bi vodstva vaših zdravstvenih ustanov dala svojim sodelavcem navodilo, da v odnosu do bolnikov, ki so zdravniki (velja tudi za medicinske sestre), upoštevajo stanovsko solidarnost in tudi z dejanji pokažejo, da vedo, kdo je pacient. Konkretno to npr. pomeni, da sprejemna medicinska sestra (ali zdravstveni administrator) predhodno obvesti odgovornega zdravnika, kdo bo na vrsti za pregled.

Upam, da boste ocenili naš predlog, ki ni v nasprotju z etičnimi normami, za primeren.

S kolegijskimi pozdravi

za Komisijo upokojenih zdravnikov:

prim. izr. prof. Pavle Kornhauser, dr. med., predsednik

prim. Marko Demšar, dr. med., Ljubljana

prof. dr. Janko Kostnapfel, dr. med., Ljubljana

prof. dr. Janko Popovič, dr. med., Ljubljana

prim. mag. France Urlep, dr. med., Gornji Grad

prim. Hilda Šavrič Veličkov, dr. med., Solkan

Ivana Norčič, dr. med., Murska Sobota

mag. Božena Skalicky Kuhelj, dr. med., Ljubljana

V Sloveniji je zobozdravnikov dovolj

V zadnjem času se veliko govori o pomanjkanju zdravnikov, sprejet naj bi bil tudi interventni zakon za uvoz tujih zdravnikov. V tem zakonu so omenjeni tudi zobozdravniki oz. doktorji dentalne medicine. Predstavniki zobozdravnikov v skupnih zdravniških in zobozdravniških organizacijah smo tako Ministrstvo za zdravje kot slovensko javnost že večkrat opozorili, da je, za razliko od zdravnikov, zobozdravnikov v Sloveniji dovolj.

Zanimivo je, da v uvodu predloga interventnega zakona ni bilo nič napisano o kadrovske situaciji v zobozdravstvu, zato smo, letos sicer že tretjič, posredovali podatke o številu zobozdravnikov v Sloveniji: v Republiki Sloveniji je bilo aprila 2010 zaposlenih **1332** aktivnih zobozdravnikov, od tega **1124** kliničnih (splošnih) zobozdravnikov in **208** zobozdravnikov specialistov. To pomeni, da je bilo v RS **66,6** zobozdravnikov na 100.000 prebivalcev. Primerljivi podatki iz nekaterih evropskih držav kažejo, da je Slovenija po številu zobozdravnikov na 100.000 prebivalcev (1/1600) v EU-povprečju, ki znaša 1/1700. Povprečno število obiskov pri zobozdravniku v Sloveniji je 2,8 obiska na leto, EU-povprečje pa je 2,2 obiska.

Glavni problem zobozdravstva ni število zobozdravnikov, ampak število programov zobozdravstva, ki jih plača plačnik – Zavod za

zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), torej financiranje iz javnih sredstev. Tako je 170 zobozdravnikov v Sloveniji brez koncesije in zaradi tega pridemo pri številu zobozdravnikov do evropskega povprečja. V kolikor primerjamo programe, ki jih plača ZZZS, pridemo do številke 2500 odraslih prebivalcev v splošnem zobozdravstvu za odrasle (648,76 programov) in 1200 otrok in mladine na program splošnega zobozdravstva za otroke in mladino (283,11 programov in 11,30 programov za študente). To število programov je tudi glavni vzrok za morebitno slabšo dostopnost in tudi za relativno dolge čakalne dobe. Po anketi Zdravniške zbornice Slovenije iz leta 2008 se je 50 zobozdravnikov brez koncesije pripravljeno vključiti v javno zobozdravstveno mrežo. Potem so sicer tukaj še specialistični programi (78,56 za ortodontijo, 23,88 za pedontologijo, 8,87 za protetiko, 26,86 skupaj parodontologija in endodontija, 24,74 za oralno in maksilofacialno kirurgijo) in tudi zaradi števila specialistov v celotnem številu zobozdravnikov smo v evropskem povprečju.

Torej, če seštejemo vse programe, splošne in specialistične, ki jih financira ZZZS, dobimo številko 1103. Iz tabele je razvidno, da je nekaj zobozdravnikov na fakulteti in v bolnišnicah (v glavnem UKC – Stomatološka klinika), zato je razlika do števila aktivnih zobozdravnikov (1332) večja od števila zasebnih zobozdravnikov brez koncesije, ki jih je 170.

Še vedno menimo, da bi lahko v zobozdravstvu samo z dodatnimi sredstvi in dodatnimi programi, podobno kot drugje v zdravstvu (pred kratkim so se povečala sredstva in programi za osnovno zdravstvo) povečali dostopnost in skrajšali čakalne dobe. Zobozdravniki smo pripravljeni pri tem sodelovati, kar kaže že omenjena anketa. Druga možnost je verjetno postavljanje prioritet, kar pa zahteva prevetritev pravic.

V zobozdravstvu je še kar nekaj problemov (preventiva, mreža, standardi in normativi, financiranje, delovnopравни položaj, organizacija institucij, ki zastopajo zobozdravnike ...), a v tem prispevku želimo opozoriti na to, da je zelo pomembno, da pri načrtovanju in pripravljanju tako strategije kot tudi zakonodaje pravilno upoštevamo realne podatke. Ti podatki kažejo, da je zobozdravnikov v Sloveniji dovolj.

Sabina Markoli

Odbor za zobozdravstvo

Vrsta ustanove	Št. zobozdravnikov
Zaposleni	
Bolnišnica	32
Zdravstveni dom	481
Zaposleni skupaj	513
Koncesionarji	645
Zasebniki	153
Fakulteta	21
Skupaj aktivni	1332
Upokojeneci	248
Skupaj	1580
Število vseh zaposlenih zobozdravnikov na dan 31. 5. 2010 po vrsti ustanove.	

Vrsta ustanove	Splošni zobozdravniki
Zaposleni	
Bolnišnica	1
Zdravstveni dom	413
Zaposleni skupaj	414
Koncesionarji	568
Zasebniki	138
Fakulteta	4
Skupaj aktivni	1124
Upokojeneci	185
Skupaj	1309
Število splošnih zobozdravnikov na dan 31. 5. 2010 po vrsti ustanove.	

Vrsta ustanove	Čeljustna in zobna ortopedija	Oralna kirurgija	Otroško in preventivno zobozdr.	Parodontologija	Stomatološka protetika	Zobne bolezni in endodontija	Skupaj
Zaposleni							
Bolnišnica	4	6	4	2	5	8	29
Zdravstveni dom	28	3	20	7	7	3	68
Specializanti z regijo	1				1		2
Zaposleni skupaj	33	9	24	9	13	11	99
Koncesionarji	38	12	3	2	12	10	77
Zasebniki	5	2			4	4	15
Fakulteta	1		2		6	8	17
Skupaj aktivni	77	23	29	11	35	33	208
Upokojeneci	19	3	11		10	20	63
Skupaj	96	26	40	11	45	53	271

Število specialistov na dan 31. 5. 2010 po specialnosti in vrsti ustanove.

Vir: register ZZS 31. 5. 2010

Navodila za ravnanje ob bolniškem staležu in preverjanje uresničevanja predpisanega staleža

V letu 2010 je odbor za pravno-etična vprašanja obravnaval več vlog delodajalcev in njihovih odvetnikov ter drugih vlagateljev, ki so se nanašale na potrdila in mnenja zdravnikov glede bolniškega staleža. Izbrani zdravniki so v pojasnilih opisovali zelo zapletene situacije in opozarjali na številne težave, s katerimi se srečujejo pri svojem delu. Poudarjali so dolgotrajnost postopka za oceno invalidnosti, ponavljanje postopkov in s tem povezano dolžino bolniškega staleža (npr. odsotnost z dela traja več kot eno leto). Neredko delodajalec po telefonu pokliče medicinsko sestro in želi prejeti podatke o načrtovanem trajanju odsotnosti delavca in režimu, ki velja med bolniško odsotnostjo z dela. Medicinska sestra največkrat posreduje telefonski klic zdravniku, čeprav je ta sredi obravnave drugega bolnika. Medicinske sestre in zdravniki so pogosto deležni besednega nasilja in groženj v zvezi s posredovanjem podatkov o bolniškem staležu. Ne nazadnje je tudi prijava zdravnika Zdravniški zbornici Slovenije zelo neprijetna zadeva, saj od njega zahteva opravičevanje (utemeljevanje) za korektno opravljeno delo. Zdravnik je izpostavljen tudi razočaranju bolnika, ki navede, da je desetletja vestno prispeval k poslovnemu uspehu podjetja, zdaj pa, ko je utrpel težjo bolezen, se ga »želijo znebiti« oz. ga neupravičeno nadzirajo. Sprašujejo, kako je mogoče, da jih med bolniško odsotnostjo kontrolirajo na domu. Problematika se pojavlja tudi v »pravnih koticikih« dnevnih časopisov.

V drugem odstavku 233. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS št. 30/03 – prečiščeno besedilo, 35/03, 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06/84/07, 33/08, 7/09 in 88/09), v nadaljevanju Pravila) je določeno, da *morata osebni zdravnik ali imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija dati zavarovancu navodila o ravnanju v času zadržanosti od dela (režim življenja, strogo ležanje, počitek, sprehodi ...). V času zadržanosti od dela zaradi bolezni, poškodbe ali nege mora zavarovanec, ki se zdravi doma, v času takšne zadržanosti biti na svojem domu. Odsotnost od doma je možna ob odhodu na zdravniški pregled ali terapijo, v primerih, ko odsotnost ne vpliva negativno na potek zdravljenja oz. če zdravnik ali imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija to odredi ali dovolita. Za odhod izven kraja bivanja je vedno potrebna odobritev osebnega zdravnika.*

Pri reševanju navedenih zapletov in vlog je odbor poudaril pomen seznanitve tako izbranih zdravnikov kot njihovih bolnikov s prenovljenimi navodili Zavoda za zdravstveno zavarovanje RS. Ta je na pobudo združenja Europa Donna prenovil navodila za ravnanje ob bolniškem staležu, ki jih dobi vsak zavarovanec, ko mu zdravnik odredi bolniško odsotnost. V omenjenem združenju so bili kritični predvsem do tega, da se je bolnikom z rakom omejevalo gibanje v času bolniške, saj to po njihovem prepričanju ne pripomore k

rehabilitaciji. Bistvena sprememba prenovljenih navodil je v tem, da se bolniki, ki jim zdravstveno stanje to dopušča, lahko gibajo oz. se ne zadržujejo le doma, vendar pod pogojem, da lečeči zdravnik takšno navodilo zabeleži tudi v zdravstveni karton. Dajanje navodil za ravnanje v času začasne nezmožnosti za delo je **strokovno medicinsko vprašanje**. Le-ta se namreč dajo zavarovancu glede na njegovo trenutno zdravstveno stanje ter glede na potek in način zdravljenja oz. rehabilitacije z namenom čimprejšnje povrnitve zmožnosti za delo in čim hitrejšega okrevanja in ki hkrati ne vplivajo negativno na njegovo zdravstveno stanje ali poslabšanje le-tega.

Navodilo glede ravnanja med bolniškim staležem mora prejeti bolnik že na samem začetku odsotnosti z dela, saj je prav, da tudi on ve, kakšne so njegove možnosti v času bolniškega staleža. Skupaj z izbranim zdravnikom se pogovorita o tem, kaj je v času bolniškega staleža primerno zanj oz. ne škodi njegovemu zdravju. Navodila se ne podajo glede na diagnozo, temveč glede na zdravstveno stanje posameznika, torej so prilagojena njegovemu zdravstvenemu stanju. Treba je poudariti, da v skladu s prvim odstavkom 35. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS št. 72/2006-ZZZVZZ-UPB3, 114/2006 – zutpg, 91/2007, 71/2008 in 76/2008, v nadaljevanju ZZZVZZ) bolnik/zavarovanec ni upravičen do nadomestila v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja med začasno zadržanostjo od dela, če v tem času opravlja pridobitno dejavnost.

V skladu z zakonom ima delodajalec (poleg ZZZS) pravico nadzirati zaposlenega v času bolniškega staleža. Kontrolo uresničevanja predpisanega bolniškega staleža lahko delodajalec opravlja sam ali pa jo zaupa pogodbeniku (npr. detektivu z ustrežno licenco). Navedena kontrola mora biti opredeljena v splošnih aktih delodajalca, ki omogočajo ukrepanje pri pogostih odsotnostih z dela. Pogodbenik (detektiv) se mora ob stiku z delavcem predstaviti s službeno izkaznico in ga opozoriti, da informacije podaja prostovoljno. Pri zbiranju informacij se delodajalec neredko obrne tudi na zdravnika. Pri tem ni upravičen do seznanitve s samo diagnozo delavca, je pa zaradi morebitnega preverjanja upravičene odsotnosti z dela upravičen do seznanitve z dejstvom o obstoju bolniškega staleža in režimom gibanja (tj. z navodili, ki jih je bolniku posredoval zdravnik in jih zapisal v zdravstveni karton). Zdravnik torej sme na način, ki ne bo omogočil nepooblaščenega seznanjanja z osebnimi podatki, sporočiti podatek o tem, ali je delavec zadržan od dela zaradi bolezni ali poškodbe ter koliko časa. Navedenih podatkov ni priporočljivo posredovati po telefonu. V takšnem primeru komunikacije identiteta upravičenega prejemnika namreč ni zagotovljena

v zadostni meri. Posredovanje informacij po telefonu odsvetujemo, saj tak način komunikacije skriva pasti, ki imajo lahko za posledico objavo v medijih (navsezadnje je kličejo lahko tudi raziskovalni novinar, ki preverja varnost podatkov v naših ambulantah).

Ob koncu je treba še enkrat poudariti, da morajo biti navodila, ki jih izbrani zdravnik posreduje bolniku, čim bolj natančna. Bolnik mora biti seznanjen s tem, ali mora doma počivati oz. sme npr. peljati otroka v vrtec, iti v trgovino ali na sprehod. Bolnik mora zdravnika seznaniti, če se med bolniškim staležem namerava

odpraviti iz kraja bivanja. Zaproši naj ga za mnenje, ki mora biti prilagojeno njegovemu zdravstvenemu stanju. Če bolnik navodil glede ravnanja med bolniškim staležem ne prejme, je odsotnost z doma mogoča le ob odhodu na zdravniški pregled, zdravljenje in preglede na podlagi napotitev. Kadar je bolniška odsotnost z dela daljša od 30 dni, mora biti režim uresničevanja bolniškega staleža napisan v sklepu imenovanega zdravnika ZZZS.

Danica Rotar Pavlič

Odbor za pravno-etična vprašanja

Iz dela zbornice

Članarina za upokojene zdravnike po-slej diferencirana

Skupščina Zdravniške zbornice Slovenije je na svoji 60. redni seji med drugim obravnavala tudi 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. Soglasje k znižanju članarine je podal tudi minister za zdravje.

Tako bo z novim letom letna članarina za vse tiste upokojene zdravnike, ki ne opravljajo morebitnega honorarnega dela v zdravstvu, nižja in bo namesto 108 EUR 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 še vedno opravljajo zdravniško službo, pa plačajo polno članarino, ki znaša 9 EUR mesečno. Ti imajo namreč preko Zdravniške zbornice Slovenije sklenjeno tudi zavarovanje pravne zaščite na poklicnem področju. Zavarovanje pravne zaščite krije vse stroške pravnih postopkov, v katerih se znajde zavarovanec – zdravnik oziroma zobozdravnik

(odvetniški stroški, sodne takse, povprečnine, stroški izvedencev in tolmačev, materialni stroški pravnih postopkov ter vsi ostali stroški, ki so vezani na zavarovani dogodek). Upokojeni zdravniki, ki pa zdravniške službe ne opravljajo več, pa takšnega zavarovanja ne potrebujejo in ga zato tudi ne bodo uveljavljali.

O vseh podrobnostih glede uveljavljanja znižane članarine bomo upokojene zdravnike in zobozdravnike obvestili takoj po praznikih. Poleg obvestila bomo v podpis poslali tudi izjavo s prošnjo, da jo tisti upokojeni zdravniki, ki ne opravljajo zdravniške službe in želijo uveljavljati znižano članarino, vrnejo do 20. januarja 2011. Na podlagi tega jim bo izdana odločba o znižani članarini.

Odbor za zdravstvo potrdil predlog zakona o poklicnih kvalifikacijah zdravnikov

Parlamentarni odbor za zdravstvo je na nujni seji, ki se je je udeležila tudi predsednica Zdravniške zbornice Slovenije prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med., potrdil predlog zakona o priznavanju poklicnih kvalifikacij za zdravnike, s katerim želi Ministrstvo za zdravje zdravnikom iz držav, ki niso članice Evropske unije, po nadzorovanem postopku poenostaviti in poenotiti postopke za priznanje izobrazbe in možnosti zaposlitve pri nas.

Pomanjkanje zdravnikov je eden izmed najbolj perečih problemov slovenskega zdravstva. Glede na različne ocene primanjkuje namreč od 500 do 2.500

zdravnikov specialistov, predvsem družinskih zdravnikov, anesteziologov, radiologov, patologov in pediatrov. Postopki, s katerimi zdravniki iz držav izven EU pridobivajo priznanje izobrazbe in licence za delo pri nas, v Sloveniji že tečejo, vendar pa je postopek pridobivanja priznanja izobrazbe urejen v več zakonih in ga pokriva več resorjev, zato lahko traja tudi do dve leti. Po novem zakonu pa bi lahko specialist, ki bo imel garantno pismo izvajalca zdravstvenih storitev v Sloveniji, da bi ga zaposlil, postopek zaključil v roku enega meseca. Ko bo zdravnik začel delati samostojno, bo moral znati tudi slovensko, posebna komisija Ministrstva za zdravje pa bo skrbela za preverjanje strokovnega znanja kandidata, je navedel minister.

Pri pripravi predloga zakona je sodelovala tudi Zdravniška zbornica Slovenije. Pri tem smo kot pomembne točke, na katerih smo vztrajali do konca in tudi uspeli, izpostavili naslednje:

- Z Ministrstvom za zdravje je bilo usklajeno in soglasno sprejeto, da bo Ministrstvo za zdravje, z namenom odpravljanja administrativnih ovir, vodilo upravni postopek, presoja strokovne usposobljenosti posameznih zdravnikov iz tretjih držav pa bo, po enakih kriterijih kot veljajo za slovenske zdravnike, prepriščena Zdravniški zbornici Slovenije oziroma njenim strokovnjakom s področja specializacij. Zato smo menili, da je umestitev dveh dodatnih predstavnikov (predstavnik Ministrstva za zdravje in Zdravstvenega sveta) v komisijo nesprejemljiva, saj nimajo ustreznega znanja za presojo usposobljenosti posameznikov na dodiplomskem in usmerjenem

specialističnem področju. To lahko zato postavi pod vprašaj kredibilnost celotnega postopka, ki mora biti na strokovno najvišjem nivoju. Zato smo vztrajali in tudi uspeli s predlogom, da komisijo sestavljajo le strokovnjaki, naštetih v prvih treh alinejah drugega odstavka 18. člena omenjenega predloga zakona.

- Predlog zakona prav tako ni vseboval ukrepa za zdravnika, ki opravlja zdravniško službo v nasprotju z določili veljavne zakonodaje, temveč je določal le globo za izvajalca zdravstvene dejavnosti. Menili smo, da je zelo pomembno, da se poleg delodajalca z ukrepom zaradi nespoštovanja slovenske zakonodaje ustrezno sooči tudi zdravnik kandidat, ki opravlja zdravniško službo v nasprotju z veljavno zakonodajo. Zato smo predlagali, da se mu v takšnem primeru izreče ukrep prepovedi opravljanja zdravniške službe v Republiki Sloveniji v trajanju 5 let. Ta predlog je bi zavržen kot diskriminatoren.

Minister pa je tudi soglašal, da Ministrstvo za zdravje v letu 2011 izvede upravne nadzore pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti in tako preveri, ali so vsi zdravniki v sistemu ustrezno licencirani.

Zdravniška zbornica Slovenije podpira vsako nadzorovano in zakonsko urejeno prihajanje zdravnikov iz tretjih držav v Slovenijo. Zato smo vedno podprli vsak predlog, ki omogoča povečanje števila zdravnikov tistih specialnosti, ki jih Slovenija potrebuje, in zato podpiramo tudi odpravo dolgotrajnih postopkov in administrativnih ovir. Absolutno pa vztrajamo, da so tuji zdravniki, ki prihajajo na delo v Slovenijo, enako strokovno usposobljeni kot slovenski zdravniki.

Aneks št. 2 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2010

Vlada Republike Slovenije je na 110. redni seji, ki je bila 2. 12. 2010, sprejela sklepe glede Aneksa št. 2 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2010 ter na predlog Zdravniške zbornice Slovenije sprejela t. i. sporno vprašanje glede referenčnih ambulant. Od 1. januarja 2011 bo

tako za boljše vrednotenje 40 referenčnih ambulant zagotovljeno 2.243.607 evrov na letni ravni. Predlog izvajalcev, ki imajo referenčne ambulante, bo pripravila Zdravniška zbornica Slovenije, končni seznam izvajalcev pa nato pripravi Ministrstvo za zdravje.

Ostali pomembnejši sklepi, ki jih je sprejela vlada, so:

- Za širitve programov na primarni ravni je namenjeno 1.622.998,26 EUR letno.
- Za izvajanje programa hospic v Bolnišnici Sežana je namenjeno 530.984,64 EUR letno.
- 1.738.568 EUR letno znašajo dodatna sredstva za širitve programa zdravljenja bolnikov z revmatoidnim artritisom.
- Aprila 2011 morajo biti čakalne dobe dogovorjene v skladu z vsebino 3. člena Pravilnika o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov, ki določa najdaljše dopustne čakalne dobe za zdravstvene storitve.
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije plača izvajalcem koronografije, ortopedske operacije rame, operacije hrbtnice, endoproteze gležnja, operacije ušes, nosu, ust in grla, operacije žolčnih kamnov, operacije na ožilju, operacije kile do 20 odstotkov preseganja pogodbenega plana (seštevek rednega pogodbenega plana in plana po nacionalnem razpisu). Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije plača do 10 odstotkov preseganje pogodbenega plana prvih obiskov v specialistično-ambulantni dejavnosti in vse realizirane storitve, ki so bile evidentirane in obračunane v okviru specialističnega ambulantnega standarda za onkologijo.
- Če izvajalec določeno storitev izvaja v obsegu, ki je manjši od 50 na letni ravni, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije z izvajalcem ne sme skleniti pogodbe o izvajanju teh storitev (izjema so ekskluzivni izvajalci na nacionalni ravni). Določba ne velja za posege, kjer je število posegov na nacionalni ravni manjše od 100 in te posege izvajata največ dva izvajalca. Ta določba začne veljati 1. januarja 2011.

- Izvajalci v javnem in zasebnem sektorju izvajajo dejavnosti kakovosti in varnosti pacientov, ki so objavljene v dokumentu »Izvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnicah« in se nanašajo tako na poslovno kot na zdravstveno področje. Navodila in časovnica so objavljeni na spletni strani Ministrstva za zdravje.

Vlada potrdila Splošni dogovor za pogodbeno leto 2011

Vlada je odločila o spornih vprašanjih Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2011 med partnerji v zdravstvu za prihodnje leto. Tako je prvič splošni dogovor sklenjen še pred začetkom leta, novost je tudi, da se bo pogodbeno leto začelo že s 1. januarjem in ne več s 1. aprilom, kot je veljalo doslej.

Ključna točka novega dogovora je poleg zgodnejšega pričetka pogodbenega leta tudi podaljšanje veljavnosti oz. prenos vsebine splošnega dogovora za leto 2010 na splošni dogovor 2011. To pomeni poenostavljeno in hitrejšo sklepanje dogovora, pogodbeno leto pa bo izenačeno z obdobjem, za katero izvajalci zdravstvenih storitev pripravljajo računske izkaze, letne plane in poročila. Med drugim je vlada Ministrstvu za zdravje naložila, da v sodelovanju z Ministrstvom za delo, družino in socialne zadeve ter Skupnostjo socialnih zavodov Slovenije pripravi predlog spremenjenih meril za razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti zdravstvene nege. Tako bi rešili težavo, na katero so v skupnosti opozorili pred časom, in sicer na neustrezno financiranje domov za starejše, zaradi česar v domovih težko normalno izvajajo zdravstveno nego. Predlog spremenjenih meril naj bi bil podlaga za delovni normativ in vrednotenje storitev. Ministrstvo za zdravje ima čas največ do 30. marca prihodnje leto, da predlog vloži v postopek sprejema partnerjem splošnega dogovora za leto 2011.

Letna konferenca zdravniškega sindikata Fides

Na letni konferenci zdravniškega sindikata Fides so delegati za predsednika ponovno izvolili Konrada Kuštrina, dr.

med., za kar mu v imenu Zdravniške zbornice Slovenije iskreno čestitamo. Poudaril je, da namerava Fides državo izzvati z novo kolektivno pogodbo - sodobno, kjer bo plačilo bolj odvisno od opravljenega dela. Kritičen je bil tudi do priprave zdravstvene zakonodaje, ki poteka mimo zdravniške stroke, in izpostavil nedavno sprejeti Pravilnik o nujni medicinski pomoči, ki ga je pripravilo Ministrstvo za zdravje.

Nestrinjanje z omenjenim pravilnikom je izrazila tudi predsednica Zdravniške zbornice Slovenije, ki se je kot gostja udeležila letne konference. Dejala je, da je zbornica na predlog pravilnika dala vrsto pripomb, ki pa niso bile upoštevane. Opozorila je, da se bo z novim načinom varnost državljanov znižala. Sicer pa je po njenem komunikacija med vlado in strokovno javnostjo na nizkem nivoju. »Preko medijev ali aktivnega iskanja na parlamentarnih straneh ugotavljamo, kateri zakon je v postopku.«

Med izzivi, ki čakajo zdravniške organizacije v bližnji prihodnosti, je novi-stari predsednik Fidesa izpostavil uveljavljanje standardov

in normativov, ki jih je uskladila Koordinacija zdravniških organizacij. Temeljne dokumente sta pripravili komisiji na Ministrstvu za zdravje že pred skoraj dvema letoma, vendar so ti obtičali v predalih. Prva objava standardov in normativov je bila v februarški reviji Isis, specifične standarde po strokah pa namerava Koordinacija zdravniških organizacij objaviti v posebni modri knjižici. Po mnenju predsednika Fidesa se bodo standardi in normativi izkazali kot eden od globalnih projektov prihodnosti. A vendar ti ne bodo veljali, če jih zdravniki ne bodo vzeli za svoje. Zato je zdravnike pozval, naj jih sprejmejo za svoje, saj jih bo v tem primeru morala sprejeti tudi politika.

Vloga žensk v slovenskem zdravstvu v 20. stoletju

V organizaciji Zdravniške zbornice Slovenije in Mohorjeve založbe iz Celovca je v Cankarjem domu ob robu 26. slovenskega knjižnega sejma potekal pogovor o vlogi žensk v slovenskem zdravstvu v 20. stoletju. O tem sta razmišljali

predsednica Zdravniške zbornice Slovenije prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med., in avtorica knjige o kirurginji Zori Janžekovič prof. dr. Marija Trop, dr. med., z Medicinske univerze Gradec.

Strinjali sta se, da imajo ženske pomembno vlogo v slovenski družbi, pa tudi v slovenskem zdravstvu, nekatere so celo vrhunske in svetovno priznane strokovnjakinje. Ena od takšnih je tudi kirurginja prof. dr. Zora Janžekovič, dr. med., ki sodi v sam vrh svetovne opeklinske kirurgije. Za svoje delo je prejela številne nagrade in priznanja ter je vzor številnim slovenskim zdravnicam.

Sogovornici sta poudarili, da se sodobna ženska, to velja tudi za zdravnice in zobozdravnice, sooča s številnimi izzivi in mora pogosto za svojo uveljavitev narediti veliko več kot pa moški kolegi. Kljub temu pa imajo ženske v slovenskem zdravstvu pomembno vlogo, tako v Sloveniji kot tudi v tujini.

Pasti objave podatkov v evropskem poslovnem registru

Članice in člane Zdravniške zbornice Slovenije ponovno opozarjamo na posebno previdnost pri podpisovanju obrazcev, ki jih te dni na naslove nekaterih slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov pošilja podjetje **EU Business register iz Madrida**. Slednje namreč vabi k vpisu v poseben evropski poslovni register, objavljen na spletni strani www.eubusinessregister.com.

Gre za podoben sistem spornega trženja kot v primerih, na katere smo vas v preteklih letih že

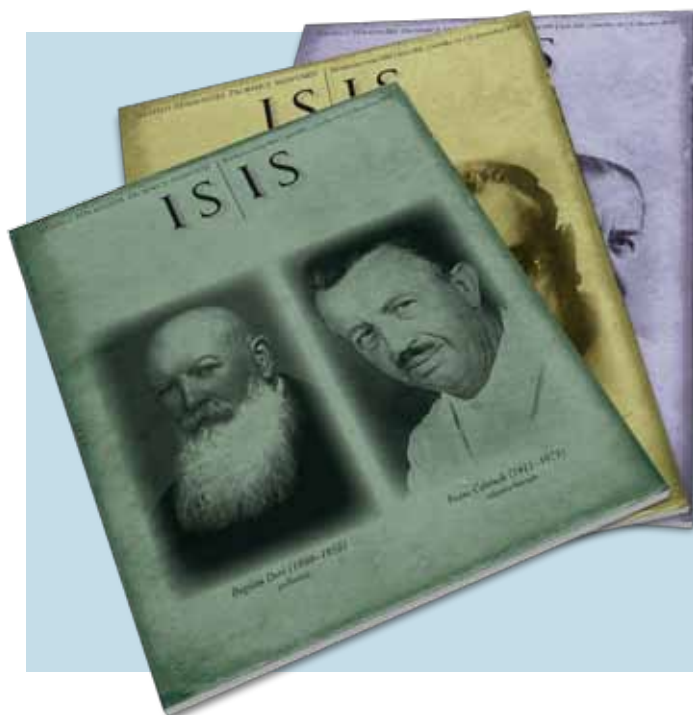
opozarjali. Članice in člane tako opozarjamo, da pred podpisom obrazca natančno preberejo drobn tisk. Z njegovim podpisom se namreč zavežete, da boste proti plačilu svoje podatke v registru objavljali najmanj tri leta oziroma do preklica. Obveznost letnega plačila znaša 995 evrov.

V primeru nejasnosti ali dodatnih vprašanj se lahko obrnete tudi na pravno službo Zdravniške zbornice Slovenije.

Opravljeni specialistični izpiti

- Asist. **Jure Bizjak**, dr. med., specialist urologije, izpit opravil s pohvalo 11. 11. 2010
- **Marko Bombek**, dr. med., specialist interne medicine, izpit opravil s pohvalo 25. 11. 2010
- **Senta Frol**, dr. med., specialistka nevrologije, izpit opravila 26. 11. 2010
- Asist. **Simon Hawlina**, dr. med., specialist urologije, izpit opravil s pohvalo 18. 11. 2010
- Asist. dr. **Borut Jug**, dr. med., specialist interne medicine, izpit opravil s pohvalo 19. 11. 2010
- **Daniela Kramberger**, dr. dent. med., specialistka čeljustne in zobne ortopedije, izpit opravila s pohvalo 19. 11. 2010
- **Petra Leber**, dr. med., specialistka transfuzijske medicine, izpit opravila 25. 11. 2010
- **Katja Semprimožnik**, dr. med., specialistka plastične, rekonstrukcijske in estetske kirurgije, izpit opravila 15. 11. 2010
- **Vesna Tlaker Žunter**, dr. med., specialistka dermatovenerologije, izpit opravila s pohvalo 3. 11. 2010
- **Lina Virnik Kovač**, dr. med., specialistka dermatovenerologije, izpit opravila s pohvalo 3. 11. 2010

Čestitamo!



Pošljite nam medicinsko fotografijo, ki bo polepšala naslovnico Izide

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

Vabljeni k sodelovanju!

V zdravstvenem sistemu ni mogoče varčevati, ne da bi zmanjšali kakovost

Uvodnik predsednika dr. W. Rutila

Olajšanje je veliko. Zdi se, da je Avstrija dobro prestala gospodarsko krizo zadnjih dveh let. Konjunktura se povečuje, zaposlovanje se razvija bolje, kot je bilo pričakovano, v celoti je bilo blagostanje komaj kaj prizadeto. Vendar ... država, zveza, dežele in občine morajo zdaj trdno varčevati – seveda predvsem na področju zdravstva. Tako se – le malo poenostavljen – glasi povzetek političnih in objavljenih mnenj.

Seveda proti učinkovitemu zdravstvenemu sistemu ni mogoče prav nič ugovarjati. Prav nasprotno. Zdravstveni sistem, v katerem se sredstva uporabljajo učinkovito, je vsaj tako pomemben kot učinkovita uprava ali učinkovita infrastruktura. Preneumne – in to je še preveč mil izraz – pa so izjave najrazličnejših zdravstvenih ekonomistov, ki fabulirajo o milijonskih in milijardnih prihrankih, ne da bi hkrati prizadeli kakovost.

In to je narobe. Daleč največji dejavnik cene je človek. In sicer človek z visoko kvalifikacijo, ki ima dovolj časa za posamezno pacientko, za posameznega pacienta. Tu

ni mogoče varčevati, ne da bi prizadeli kakovost. To je sicer v načelu predstavljivo, bi pa šlo za zarez, ki bi imel politično odgovornost.

Zadeva je še bolj absurдна, ker se porablja vse več energije za nadzor. Se pravi, denar se razmetava za administracijo in birokracijo zato, da bi se varčevalo pri (medicinskih; op. prev.) storitvah. Dejansko zdravstvena oskrba stagnira že dolgo. Medicinska *State-of-Art* ter katalog storitev zdravstvenih zavarovalnic se vse bolj grozeče razmikajo. Sicer pa je absurdno, da se izdatki za zdravje ocenjujejo le z vidika izdatkov. Letos poleti je bila objavljena tale raziskava: Če bi danes imeli zdravstveno oskrbo iz leta 1990, s takratno umrljivostjo in obolevnostjo, bi bil naš sedanji BDP za več kot 5 odstotkov manjši.

Kar pomeni: stagnacija ali celo regresija v zdravstveni oskrbi vpliva v Avstriji in na Štajerskem enako dramatično kot gospodarska kriza 2008/2009, ki je največja kriza po drugi svetovni vojni ...

Vir: Aerzte Steiermark, november 2010

Prevod in priredba: Marjan Kordaš



Katastrofa v izobraževanju

Uvodnik (stališče predsednika W. Dornerja)

Študenti, ki gredo na cesto protestirat zaradi študijskih razmer, zdaj tudi v Avstriji res niso nič nenavadnega več. Zares novo pa je, da zdaj prvič stojijo z ramo ob rami profesorji, fakultetni sodelavci (*Mittelbau*) in zastopniki študentov zato, ker je prišlo do podfinanciranja medicinskih univerz.

Dejstvo je, da večji del bremena izobraževanja naših mladih kolegic in kolegov nosijo univerzitetne klinike. Učinkovitost njihovega izobraževanja – tako med študijem kot pozneje med pripravništvom ali specializacijo – odloča o prihodnji kakovosti medicinske oskrbe v Avstriji. To, kar se trenutno že kaže v anesteziologiji, interni medicini in kirurgiji – namreč akutno pomanjkanje specialistov – bo prej ali slej veljalo za mnoga, če ne že za vsa področja. Vrh tega se starostna piramida pri zdravnikih premika vse bolj navzgor. Po rodnosti močni letniki se bodo v naslednjih letih upokojevali; zdravniška oskrba bo v celoti že samo zato postala resničen problem.

Če na univerzah (tj. medicinskih univerzah v Avstriji; op. prev.) ni razmer, da bi izobrazile dovolj zdravnic in zdravnikov, nam v Avstriji v 10 do 20 letih grozi hudo pomanjkanje zdravnikov. Trenutno je že ena četrtina vseh avstrijskih specialistov starejša od 55 let. To pomeni: v naslednjih desetih letih bodo številna specialistična delovna in vodilna mesta ostala nezasedena. Naj ponovno omenim negativni primer Nemčije: pomanjkljiva izobrazba in slabe delovne razmere so privedle do tega, da so cela področja – posebno v novih zveznih deželah – ostala brez ustrezne zdravniške oskrbe. Ta razvoj se zdaj kaže deloma tudi v Avstriji.

Zato v celoti podpiram zahteve vseh treh medicinskih univerz: potrebujejo več denarja za raziskovanje, za oskrbo pacientov, predvsem pa več denarja za zdravniško izobraževanje. Sicer bodo mladi zdravniki odpotovali, mesta specialistov bodo ostala prazna, raziskovanje pa bo še naprej ostajalo nezanimivo. Posledice se bodo pokazale tudi v našem vsakdanu: pojavilo se bo vprašanje, katerih bolezni ne bo več mogoče zdraviti v Avstriji zato, ker se ustreznih spretnosti morda ne bo mogoče več naučiti.

Da, sem tudi za ponovno uvedbo pristojbin za študente (*Studiengebühren*; šolnine). Da tudi študenti prispevajo svoj finančni delež. Prepričan sem, da se večjo učinkovitost lahko doseže le na ta način. Kljub temu, ali prav zaradi šolnin, so prenapolnjene vse elitne univerze v vseh državah sveta. Ker je pač dano jamstvo za visoko kakovost izobraževanja.

Kdor danes pri mladih kolegicah in koleghih varčuje, bo jutri odgovoren za eksplozijo stroškov v zdravstvu.

Vir: Österreichische Ärztezeitung, št. 21, 20. november 2010

Prevod in priredba: Marjan Kordaš



Pripravnništvo: kdo investira v prihodnost?

Ocena kaže, da se je izobraževanje v primerjavi z letom 2008 komaj kaj popravilo

Zdravniki pripravniki (stažisti, *Turnusärzte*) so svoje izobraževanje za zdravnike splošne medicine ocenili z oceno »zadovoljivo«. Dr. Harald Mayer, zastopnik bolnišniških zdravnikov zato meni, da je treba pogoje izobraževanja izboljšati.

Mnogo rutinskega dela, ki ga zdravniki ne morejo opraviti, ki je nepomembno za izobraževanje, mnogo nadur – vse to so bistveni, četudi ne nepričakovani podatki, kako poteka izobraževanje stažistov. Po sistemu ocenjevanja, ki velja za šole (1: prav dobro; 5: nezadostno; op. prev.) so pripravniki svoje izobraževanje ocenili s povprečno oceno 2,92 (3: zadovoljivo). Se pravi, v primerjavi s stanjem leta 2008 se izobraževanje

ni bistveno izboljšalo. Res pa je, da je letos le 23 odstotkov pripravnikov svoje izobraževanje ocenilo z *zadostno* ali *nezadostno*. Leta 2008 je bilo 27 odstotkov tako nizkih ocen.

Kar zadeva izobraževalne vsebine, se pripravniki čutijo najbolj trdni pri samostojni primarni oskrbi tujkov in poškodb, najbolj negotovi pa pri samostojni oceni ter zdravljenju menstruacijskih motenj ter klimakteričnih težav. Samo 11 odstotkov jih navaja, da so bili na začetku dela na oddelku obširno seznanjeni z delom. Če pa do tega uvajanja pride, to opravi starejši pripravnik. Skoraj 40 odstotkov pripravnikov navaja, da porabijo več kot dve uri na dan za nezdravniška opravila.

Vir: OÖ Ärzte, št. 245, november 2010

Prevod in priredba: Marjan Kordaš



Nagrada Johann Beer za Paula Hochgattererja

Letošnja nagrada Zdravniške zbornice za Zgornjo Avstrijo (Ärztelkammer für OÖ) je letos podeljena pisatelju in zdravniku Paulu Hochgattererju. Slednji je bil rojen v Spodnji Avstriji. Medicino in psihologijo je študiral na dunajski univerzi. Je specialist za nevrologijo in psihiatrijo otrok in mladostnikov. Od leta 2007 dalje je vodja ustreznega oddelka v bolnišnici v Tullnu. Hochgatterer je avtor pripovednih del, ki temeljijo na poklicnih izkušnjah psihiatra; njegovi protagonisti so pogosto psihični bolniki ter *outsiderji*. Med njegove knjige štejeta tudi *Die Süsse des Lebens* (Sladkost življenja) ter *Das Matratzenhaus* (Hiša žimnic). Za svoje literarno delo je bil Hochgatterer že

večkrat odlikovan, npr. z avstrijsko državno nagrado za otroško in mladinsko literaturo, z nemško nagrado za kriminalke ter z literarno nagrado Evropske unije.

Nagrada Johann Beer sponzorira Deutsche Bank v višini 7000 EUR. Podeljuje se vsako leto sodobni avtorici ali avtorju za literarna dela, ki tako po estetskih kot vsebinskih merilih vrhunsko obravnavajo nepredvidljivost življenja, ki pripovedujejo o eksistenčnih stiskah ter o njihovem premagovanju.

Vir: OÖ Ärzte, št. 245, november 2010

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

61. dunajski zdravniški ples (Wiener Ärzteball)

Sobota, 29. januarja 2011, *Wiener Hofburg*

Pokrovitelj: *Magnificenca* univ. prof. dr. Wolfgang Schütz

Vstopnina:

Dame in gospodje: 100 EUR.

Študentke in študenti: 35 EUR (vključuje 5 EUR za konzumacijo; vstop le s študentsko izkaznico).

Vstop dovoljen le v predpisani obleki.

Vstop ob 20.00. Slavnostni začetek: 21.00.

Na voljo tudi hotelski paketi.

Vir: OÖ Ärzte, št. 245, november 2010

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Komentar:

Če sodim po priloženi fotografiji, je za dame predpisana bela večerna obleka, v desnici šopek, na glavi diadem. Za gospode pa je predpisan črn frak, bel poškrabljen ovratnik s plastronom, črn metuljček, bele rokavice. Ni pa znano, ali je za dame in gospode predpisan tudi na sliki upodobljen obseg trebuha ...

Moralne in etične dileme zdravnikov

Na znanem spletnem naslovu je bila nedavno objavljena zanimiva anketa o vedno aktualnih etičnih in moralnih vprašanjih, s katerimi se soočamo vsi, ki delamo z bolniki. V anketo je bilo vključenih več kot deset tisoč zdravnikov. Po specialnosti je bilo največ zdravnikov družinske medicine (14,7 odstotka), 12,4 odstotka je bilo internistov, 10,7 odstotka pediatrov, 6,3 odstotka ginekologov oz. porodničarjev, 6,1 odstotka psihiatrov, 5,2 odstotka zdravnikov urgentne medicine, ostalih pa manj kot 5 odstotkov. Zastavili so jim 21 vprašanj. Odgovori so bili samo da, ne, odvisno od ... Dobili so zanimive in še zdaleč ne enovite odgovore.

Na prvo vprašanje, ali bi svetovali zdravljenje, čeprav ste presodili, da je to nesmiselno, jih je največ (39,4 odstotka) odgovorilo, da je to odvisno od okoliščin. Zanimiva sta morda dva odgovora: »Nekateri sorodniki imajo povsem nerealna pričakovanja, zato bi nadaljeval z zdravljenjem.« In drugi: »Zakaj zapravljati denar in čas, če bo rezultat nič!«

Drugo, morda bolj občutljivo vprašanje je bilo: »Ali bi kdaj prenehali zdravljenje zaradi zahtev svojcev, čeprav sodite, da je še prezgodaj?« Kar dobra polovica je odgovorila z ne. »Ne, če tako zahteva družina, temveč bi skušal ugotoviti, kaj želi ali je želel bolnik. Problem pa nastane, ko bolnik ne more izraziti svoje volje.« Takrat bi se mnogi odločili po svoji vesti.

Takoj temu lahko dodamo naslednje vprašanje: »Ali naj bo v določenih primerih dovoljena pomoč zdravnika pri samomoru?« Tu sta dve približno enako veliki skupini (vsaka okrog 40 odstotkov) odgovorili ena z da in druga z ne, le manjši del pa je bil v dvomu. »Ne moremo se sicer strinjati z bolnikom, nimamo pa pravice razsojati, ali je njegovo trpljenje neznosno.« »Ne verjamem v asistiran samomor, ampak zgolj prekinem npr. dajanje transfuzij, inotropnih zdravil, antibiotikov itd.«

Zanimivo je razmišljanje ob vprašanju, ali bi dali placebo, ker bolnik želi zdravljenje. Skoraj 60 odstotkov je odgovorilo z ne. »Laganje bolnikom nikoli ni upravičeno.« »Dovolj sem izkušen in vem, da ne morem vedno in vsakomur pomagati.« Nasprotno temu pa je mnenje, »saj je znano, da placebo koristi pri okrog 30 odstotkih in torej zakaj ne, saj konec koncev to pogosto počnemo?«

Pomembno je naslednje vprašanje: »Ali je sprejemljivo opravljati posege, ki niso medicinsko upravičeni, a jih delamo zaradi načela defenzivne medicine?« Večina (61 odstotkov) je odgovorila z ne. Je pa kar ena tretjina takih, ki menijo, da je odvisno od okoliščin. »Na sodišču med porotniki se bo vedno našel nekdo, ki te bo obtožil, da nisi storil vsega, kar bi lahko.« »Prenehati moramo s prakso, češ, naredil sem to, da zaščitim sebe.« »To je kriminalno dejanje, saj po nepotrebnem bolnika izpostavlja nevarnostim.«

V kar 84 odstotkih je bil odgovor ne na vprašanje »Ali bi nezadostno lajšali bolečino, če bi se bali posledic ali če bi bila nevarnost, da bolnik postane odvisen?«

Nemalo dilem sproži vprašanje splava zlasti proti volji zdravnika. Več kot polovica se s tem ne strinja. »Sprejemam in razumem pravico ženske, vendar nikoli ne bi naredil splava.« In dobra tretjina lahko tudi meni, »da je to stvar ženske« in bi torej splav mirne vesti opravili.

Mnogo dilem je v zvezi s skrivanjem informacij. Na vprašanje »Ali bi kdaj skrivali informacije bolniku v primeru terminalne bolezni?« jih je 60 odstotkov odgovorilo z ne in bolnikom pove tako, kot je, saj »kdo pa sem, da lahko razsojam, kaj naj bi in kaj naj ne bi bolniki vedeli.« »Je pa umetnost in stvar izkušenj, kako povedati tudi slabo novico na najboljši možni način, kar lahko storimo z veliko mero empatije.«

»Ali so bile kdaj okoliščine, da ste zamolčali ali se izognili razkriti napako, ki bolniku ni povzročila škode?« 60 odstotkov jih je odgovorilo z ne. Zanimiva sta dva odgovora. Prvi je, »da bolj ko je zdravnik odprt za svoje napake, bolj so te sprejemljive s strani bolnikov«. In druga skrajnost: »Vsak dela napake, toda zdravniki so kaznovani zaradi njih, ker je v današnji pravdarski družbi lahko zdravnik ob licenco.«

Na to vprašanje se takoj naveže naslednje: »Ali je kadarkoli sprejemljivo prikriti napako, če je ta napaka potencialno ali verjetno nevarna?« 95 odstotkov je odgovorilo z ne. »Prikrivanje napake je oblika laži.« »Priznati je treba vsako napako, zlasti tako, ki je potencialno nevarna.« Zanimivo je pa mišljenje sicer manjšine. »Če odkritje napake ne bi spremenilo načina zdravljenja in če še ni povzročila nobene škode, je princip – počakajmo in bomo videli – pravi.«

»Če zdravnikov prijatelj ali kolega ni več sposoben opravljati svojega dela, ali bi to javili nadrejenim?« Da je odgovorilo 86 odstotkov. »Medicina kot poklic ne more dovoliti tistim, ki so moteni zaradi kateregakoli razloga, ogroziti bolnika,« je le eden od značilnih odgovorov.

»Ali bi poslali bolnika k zdravniku samo zato, da bi mu vrnili uslugo, čeprav mislite, da za reševanje določenega problema ni dovolj izkušen?« Ne je odgovorilo več kot 92 odstotkov. »To ni opravičljivo.« »Tudi sam ne bi šel k takemu zdravniku ali k njemu poslal svojega sorodnika.«

»Ali bi odklonili bolnika, ki nima zavarovanja, sam pa ne more plačati?« Da meni kar 57 odstotkov vprašanih. Toda, »ker ne gre samo za denar, bi bolnika pregledal in mu dal vedeti, da mora svoje zavarovanje urediti.« »Spomniti se moramo, da smo se odločili za medicino zato, da bi pomagali ljudem, ki so bolni in pomoči potrebni.« »Počutil bi se nekakšen izdajalec, če ne bi ravnal tako.« »Predvsem neurgentnemu bolniku bi pa dal vedeti, da moram tudi sam plačevati določene prispevke in ne morem delati samo na etični osnovi.«

Ali je kadarkoli opravičljivo pripisati prevelik pomen ali celo falzificirati bolnikovo stanje? Ne v 73 odstotkih. »Na žalost pa v sedanjem sistemu zdravstvenega zavarovanja moramo storiti tudi to, čeprav se zavedamo, da je to prevara in široko praktici-rana metoda ropanja sistema.«

Ali bi kadarkoli »podkurili« bolniku, ki ne sodeluje, ali da bi se nehali ukvarjati z bolnikom, ki prekomerno izkorišča sistem? Ne v 80 odstotkih, »ker je to definitivno neetično«, toda »ravnal bi drugače, če bolnik večkrat izrazi svoje nesodelovanje« in »če s svojim ravnanjem ogroža svoje zdravje in zdravje drugih«.

»Ali bi kadarkoli govorili drugim o konkretnem bolniku in s tem ne bi ohranjali njegove zasebnosti?« Ne v 77 odstotkih, toda »o medicinskem problemu, ki se mi zdi pomemben ali ki zanima še koga drugega, bi se vsekakor pogovarjal, a seveda anonimno«.

»Ali je kdaj sprejemljivo prelomiti molčečnost, če veš, da bolnikovo zdravstveno stanje lahko ogroža druge?« Zanimivo, le 53

odstotkov je odgovorilo z jasnim ne. Drugi pa z da ali »odvisno od okoliščin«. »Sprejemljivo je, če je bolnik nevaren sebi ali okolici,« in »pravice večine odtehtajo pravice posameznika,« sta le dva značilna odgovora.

»Se strinjate, da bi morali odkloniti darila ali druge bonitete farmacevtskih firm, ker bi to lahko vplivalo na vašo medicinsko presojo?« »Le« 47 odstotkov je odgovorilo z da. Če gre za manjša darila manjših vrednosti, jih večina ne šteje za podkupovanje, »drugače pa je z darili večjih vrednosti«.

»Bi bili udeleženi v romantični ali seksualni odnos z bolnikom ali bolnico?« Ne v 83 odstotkih, v manj kot 1 odstotku da, v 12 odstotkih da »po daljšem časovnem obdobju, ko to ne bi v ničemer vplivalo na način zdravljenja«. »Odvisno je od specialnosti, zato v psihiatriji nikoli.« Pa tudi sicer večina meni, da »je to popolnoma napačno in izkoriščevalsko«.

»Je sprejemljivo kupovanje organov za transplantacijo, če jih ni mogoče dobiti po legalni poti na osnovi nacionalne čakalne liste?« Ne kar dobrih 66 odstotkov. So pa tudi izjemna stališča. Npr. »da, če gre za mamico z majhnimi otroki«. Ali »prodajanje in kupovanje organov je amoralno«. So pa tudi stališča, da »denar omogoča mnoge načine zdravljenja, žal«!

Kaj je bila doslej vaša največja moralna oz. etična dilema?

»Prijaviti nekompetentnega ali vedenjsko motenega kolega«, »priznati svojo napako«, »skrivanje dejstva, da je bolnik del para in HIV-pozitiven«, »podaljševanje brezplodnega in neuspešnega zdravljenja«, »odklonitev pomoči bolnikom, ki ne morejo plačati« in »spoštovati zahtevo ali željo nekoga, da sorodnikom ne bi povedali o terminalnem stanju bolezni«.

Iz odgovorov tako velikega števila zdravnikov vidimo, da so moralno-etične dileme tudi drugod povsem enake kot pri nas. Z razvojem in napredkom medicine bo teh dilem še več, saj nobena družba ne bo nikoli mogla zadostiti vsem željam in potrebam bolnikov. Hipokratovo prisego je že davno vsaj v nekaterih točkah prehitel čas, zato moramo naša ravnanja sproti prilagajati času in prostoru, v katerem živimo, kar resnici na ljubo že delamo, čeprav tega mnogokrat ne smemo ali ne moremo javno priznati. Prav zanimiva bi bila podobna anketa tudi pri nas, če bi bila seveda anonimna. Verjetno bi pokazala vso hipokrizijo družbe in odnos do najtežjih problemov ter dilem pri našem delu.

Vir: www.medscape.com, 11. 11. 2010

Marian Fortuna



Dileme v zvezi z bolnikovim zavračanjem transfuzije krvi

Aleksander Manohin, Gregor Gerželj, Jože Trontelj, Jože Balazic, Viktorija Žnidaršič, Damjan Korošec

Kadar bolnik, ki nujno potrebuje transfuzijo krvi, le-to prepove, se zdravnik znajde v negotovosti, kako naj ravna, saj si določbe Kazenskega zakonika in Zakona o pacientovih pravicah glede tega vprašanja vsaj na prvi pogled nasprotujejo. Za razjasnitev navedene dileme smo v sklopu evropskega podiplomskega izobraževanja iz anesteziologije (CEEa) 9. aprila 2010 pripravili Okroglo mizo o sodnomoedicinskih in etičnih dilemah pri anesteziji in intenzivnem zdravljenju. Sklep razprave okrogle mize je bil, da zaprosimo Državni zbor Republike Slovenije kot zakonodajni organ za avtentično razlago zakonodaje na tem področju. Z avtentično razlago smo želeli odpraviti negotovost, v kateri se znajde zdravnik pri svojem delu zaradi neskladnosti določb 178. člena Kazenskega zakonika (KZ-1) in 30. člena Zakona o pacientovih pravicah (ZPačP). V nadaljevanju postopka smo pridobili obsežna pravna mnenja in stališča, ki jih želimo predstaviti zdravnikom v Sloveniji.

V zdravniških krogih, posebno v tistih, kjer se pogosteje srečujejo s potrebo po transfuziji krvi in krvnih pripravkov, že dalj časa potekajo razprave o tem, kako naj ravna zdravnik, ki ve, da bolniku lahko samo transfuzija krvi morda reši življenje ali prepreči hujšo okvaro zdravja, bolnik pa transfuzijo odločno zavrača, vendar je razprava o tem do sedaj ostajala le znotraj zdravniške stroke. Odkar je bil sprejet Zakon o pacientovih pravicah (ZPačP - Uradni list RS, št. 15/08), so se razmere bistveno spremenile, saj dajejo pacientu bistveno večjo vlogo pri sprejemanju odločitev glede zdravljenja, kot je to bilo pred sprejemom tega zakona. Ravnanje zdravnika je tako omejeno vsaj z naslednjimi določbami dveh zakonov:

V 178. členu Kazenskega zakonika (KZ-1 – Uradni list RS, št. 55/08 s spremembami), ki ureja kaznivo dejanje opustitve zdravstvene pomoči, je zapisano:

Zdravnik ali drug zdravstveni delavec, ki v nasprotju s svojo poklicno dolžnostjo ne pomaga bolniku ali komu drugemu, ki je v nevarnosti za življenje, se kaznuje z zaporom do enega leta.

V 30. členu Zakona o pacientovih pravicah (ZPačP), ki ureja pravico do zavrnitve zdravstvene oskrbe, pa je zapisano:

(1) Pacient, ki je sposoben odločanja o sebi, ima pravico zavrniti predlagani medicinski poseg oziroma zdravstveno oskrbo, razen kadar bi to ogrozilo življenje ali hujše ogrozilo zdravje drugih.

- (2) Če zdravnik, ki pacienta zdravi, oceni, da je pacientova odločitev v nasprotju z njegovo najboljšo zdravstveno koristjo in bi zavrnitev lahko ogrozila njegovo življenje ali povzročila nepopravljivo in hudo poslabšanje njegovega zdravstvenega stanja, mora poskusiti pacienta o tem prepričati, po potrebi pa za pomoč zaprositi pacientove ožje družinske člane oziroma predlagati pacientu pridobitev drugega mnenja.
- (3) Zavrnitev medicinskega posega oziroma zdravstvene oskrbe ne sme imeti posledic v odnosu zdravstvenih delavcev oziroma zdravstvenih sodelavcev do pacienta.
- (4) Za operativne ali druge medicinske posege, povezane z večjim tveganjem ali večjo obremenitvijo, se zavrnitev dokumentira na obrazcu iz 27. člena tega zakona.

Zaradi naštetih členov obeh zakonov, ki vsaj na prvi pogled vsebujeta nasprotujoči si dolžnosti zdravnika, bo zdravnik pred težko odločitvijo, kaj storiti pri bolniku, ki je izrecno prepovedal zdravljenje s krvjo, pri katerem pa bi v nujnih razmerah samo transfuzija krvi morda lahko rešila bolnikovo življenje. Ne glede na to, kaj bo storil, bo lahko zoper njega pred sodiščem sprožen kazenski ali civilni (odškodninski) postopek. Če krvi ne bo dal, ker bo spoštoval pacientovo zakonsko določeno pravico odklonitve zdravljenja, zapisano v ZPačP, bo obstajala nevarnost, da bo uporabljen 178. člen KZ-1. Če pa bo kri dal kljub nasprotovanju pacienta in se tako izognil nevarnosti storitve kaznivega dejanja po 178. členu KZ-1, bo zaradi kršitve določb ZPačP lahko odškodninsko odgovoren pacientu oz. njegovim svojcem.

Za razjasnitev navedene dileme smo v sklopu evropskega podiplomskega izobraževanja iz anesteziologije (CEEa) 9. aprila 2010 pripravili Okroglo mizo o sodnomoedicinskih in etičnih dilemah pri anesteziji in intenzivnem zdravljenju, ki jo je vodil A. Manohin. Razpravljali smo tudi o dilemah v zvezi z zavračanjem zdravljenja s krvjo in krvnimi pripravki. V razpravi so sodelovali akad. prof. dr. Jože Trontelj, dr. med., prof. dr. Jože Balazic, dr. med., prof. dr. Viktorija Žnidaršič, univ. dipl. pravnica, prim. Dušica Pleterski Rigler, dr. med., doc. dr. Janez Primožič, dr. med., prim. Danica Avsec Letonja, dr. med., svetnica, in asist. Primož Gradišek, dr. med.

Sklep razprave za okroglo mizo je bil, da zaprosimo Državni zbor Republike Slovenije kot zakonodajni organ

za avtentično razlago zakonodaje na tem področju.¹ Z avtentično razlago smo želeli odpraviti negotovost, v kateri se znajde zdravnik pri svojem delu zaradi neskladnosti določb 178. člena Kazenskega zakonika (KZ-1) in 30. člena Zakona o pacientovih pravicah (ZPacP).

Ker je to negotovost potrebno čim prej odpraviti, smo se odločili za institut avtentične razlage. Zavedali smo se, da ta institut ni optimalna rešitev, vendar je takšna, da omogoča v sorazmerno kratkem času začasno urediti to vprašanje do takrat, ko bo to na bolj splošni ravni urejeno z ustrezno spremembo 178. člena KZ-1 ali ZPacP.

Ministrstvu za pravosodje smo sicer tudi predlagali, da ob morebitnih spremembah KZ-1 ustrezno popravi tudi 178. člen, vendar glede na siceršnjo dolgotrajnost postopka sprejemanja novele zakona rešitve ni pričakovati v kratkem času.²

Na podlagi mnenja Zakonodajno-pravne službe Državnega zbora RS³ in mnenja Vlade RS⁴ je bil predlog za avtentično razlago sicer zavrnjen, češ da avtentična (obvezna) razlaga 178. člena KZ-1 ni potrebna, saj že sama zakonska norma, s tem ko uporabi pravni standard poklicne dolžnosti zdravnika, napoti na uporabo specialnejšega zakona (ZPacP), ki natančno določa, kako naj zdravnik ravna v primeru pacientove zavrnitve medicinskega posega. Med razpravo o tem vprašanju pa smo zdravniki dobili pisno stališče z Ministrstva za pravosodje⁵ in Ministrstva za zdravje⁶, ki smo ga sicer v bolj zavezujoči obliki za sodišča dejansko želeli pridobiti s predlogom avtentične razlage, saj je v obrazložitvi stališč ministrstev zapisano: Bistveni znak kaznivega dejanja iz 178. člena KZ-1 je ravnanje zdravnika v nasprotju s poklicno dolžnostjo. V primeru, da zdravnik ravna skladno s 30. členom ZPacP, ni mogoče trditi, da ni ravnal skladno s svojo poklicno dolžnostjo, kljub temu, da pacientu na podlagi njegove izrecne zavrnitve zdravstvene oskrbe ni pomagal.

Če torej zdravnik, ki pacienta zdravi, oceni, da je pacientova odločitev v nasprotju z njegovo najboljšo zdravstveno koristjo in bi zavrnitev lahko ogrozila njegovo življenje ali povzročila nepopravljivo in hudo poslabšanje njegovega zdravstvenega stanja, mora pacientu to jasno predstaviti in v skladu z določbo 30. člena ZPacP poskusiti pacienta prepričati, da spremeni svojo odločitev. Pri tem mora po potrebi za pomoč zaprositi pacientove ožje družinske člane oziroma mu mora predlagati pridobitev drugega mnenja. Če pacient kljub vsemu naštetemu svoje odločitve ne spremeni, je potrebno

zavrnitev za operativne ali druge medicinske posege, povezane z večjim tveganjem ali večjo obremenitvijo, dokumentirati na obrazcu iz Priloge 2 Pravilnika o obrazcih o pisnih izjavah volje pacienta (Uradni list RS, št. 82/08, 84/08-popr.)⁷, zdravnik pa mora takšno odločitev spoštovati. Ob takšnem ravnanju zdravnik ne bi smel biti obsojen po 178. členu KZ-1. V primeru, da zdravnik ravna skladno s 30. členom ZPacP, ni mogoče trditi, da ni ravnal skladno s svojo poklicno dolžnostjo, kljub temu, da pacientu na podlagi pacientove izrecne zavrnitve zdravstvene oskrbe ni pomagal. Vse to se nanaša na primer, ko pacient poda izjavo za zavrnitev zdravstvene oskrbe neposredno pred medicinskim posegom in ne na primer, ko pacient vnaprej izrazi voljo po 34. členu ZPacP. Enako stališče je nedavno zavzela Komisija RS za medicinsko etiko.⁸

S tem smo v bistvu dosegli svoj namen, saj smo dobili bolj ali manj jasno navodilo, pod kakšnimi pogoji zdravnik ne bi smel biti obsojen po 178. členu KZ-1, če spoštuje pacientovo prepoved.⁹ Pri tem pa je treba upoštevati, da so sodniki pri sojenju neodvisni in vezani le na ustavo in zakon, ne pa na različna mnenja.¹⁰ Ta mnenja imajo tolikšno moč, kolikor so močni njihovi argumenti. Poleg prej navedenih mnenj smo pred začetkom celotnega postopka, torej tudi pred izdanim mnenjem Zakonodajno-pravne službe DZ RS, pridobili mnenje Kolegija kazenskega oddelka Vrhovnega tožilstva RS.¹¹ Ta se je v nasprotju s prej navedenimi mnenji postavil na stališče, da je »varovanje življenja kot najbolj temeljne in osrednje dobrine kazenskega prava še vedno prioriteten pomena. Zato tudi avtonomija pacienta kot vrednota ne more povzročiti znižanja življenja kot vrednote na nižjo stopnico lestvice vrednot. Kolegij ne more sprejeti splošnega mnenja za vse primere ter s sprejetjem predlaganega stališča (kljub vgrajenim varovalom) vnaprej izraziti soglasje k nekaznivosti opustitve dejanja zdravniške pomoči. Ni namreč mogoče presoditi, kako bi oškodovanec ravnal v danem trenutku (kasnejši fazi) ob poznavanju dejanskega stanja glede svojega zdravja, še zlasti po tem, ko bi se njegovo zdravstveno stanje radikalno poslabšalo. Zato je pomembna objektivna utemeljenost domneve, da bi v danih razmerah pacient privolil v zdravniški poseg.«¹²

- 1 Avtentična razlaga je razlaga, ki jo sprejme Državni zbor in pomeni obvezno razlago nejasne zakonske norme. Avtentična razlaga postane sestavni del zakona in velja od dneva, ko je začel veljati zakon, h kateremu je bila avtentična razlaga sprejeta.
- 2 Po zavrnitvi predloga za avtentično razlago je Ministrstvo za pravosodje v dopisu št. 007-156/2010 z dne 1.9.2010 zavrnilo tudi pobudo za spremembo 178. člena KZ-1, saj meni, da ta ni potrebna.
- 3 Mnenje št. 713-01/01-56/5 z dne 16.6.2010 EPA 1059-V - <http://www.dz-rs.si/index.php?id=101&st=a&vt=127&epa=1059-V&mandate=-1&unid=PA5|C12565E2005ED694C1257744002640B2&showdoc=1>
- 4 Mnenje št. 00741-12/2010/6 z dne 16.6.2010 - <http://www.dz-rs.si/index.php?id=101&st=a&vt=127&epa=1059-V&mandate=-1&unid=PA5|C12565E2005ED694C1257744004FBBAC&showdoc=1>
- 5 Dopis Ministrstva za pravosodje št. 007-156/2010 z dne 1.9.2010 - izvod dopisa ima prvi avtor članka.
- 6 Dopis Ministrstva za zdravje št. 004-14/2010-12 z dne 12.8.2010 - izvod dopisa ima prvi avtor članka.

7 Enako je po določbi 27. člena ZPacP treba dokumentirati tudi pacientovo privolitve za medicinski poseg.

8 Trontelj J. Priporočila o rabi krvi za zdravljenje pri Jehovovih pričah. Isis 2008; 18: 38-9.

9 S pravnega vidika je to vprašanje natančno obdelano v že navedenem mnenju Zakonodajno-pravne službe Državnega zbora RS (glej opombo št. 3), ki med drugim pravi: »178. člen KZ-1 je treba razumeti tako, da je s sklicevanjem na poklicno dolžnost že zajeto tudi spoštovanje pacientove avtonomije, ki jo ta izvršuje preko svoje pravice do samoodločbe glede zdravljenja. Jasnost obravnavane določbe je odvisna od vsebine pojma poklicne dolžnosti zdravnika ali drugega zdravstvenega delavca kot pravnega standarda, ki ga urejajo drugi predpisi in ne sam KZ-1« in »Spoštovanje pacientove volje tako v primeru privolitve v medicinski poseg kot v primeru njegovega zavračanja, je torej del poklicnih dolžnosti zdravnika oziroma drugega zdravstvenega delavca. Če tega zdravnik ne spoštuje in pri tem ne gre za primere, ko že zakon sam dovoli odstopanja ..., gre za prisilitev, kar pa upošteva 125. člen KZ-1 pomeni, da ...lahko gre za kaznivo dejanje telesne poškodbe, ali pa za kakšno drugo kaznivo dejanje.«

10 V primeru sprejete avtentične razlage, bi bili sodniki nanjo vezani.

11 Dopis Vrhovnega državnega tožilstva RS št. Ktr 2/10-12-AF-ks z dne 1.6.2010 - izvod dopisa ima prvi avtor članka.

12 Kot je navedeno v spremnem dopisu k mnenju, to mnenje ni uradna razlaga zakona, niti splošno navodilo ali zavezujoče načelno pravno stališče po državnotožilskih predpisih, zato ga je mogoče šteti le kot strokovno podlago za odločitve v okviru preprčiljivosti v njem navedenih razlogov.

Iz vsega napisanega sledi, da so glede obravnavanega vprašanja mnenja v pravni stroki različna in da absolutnega zagotovila, kako bodo v konkretnem primeru ravnali državni organi (državno tožilstvo in sodišča), ni bilo mogoče dobiti. Bodo pa argumenti, ki izhajajo

iz dokumentov, pridobljenih v postopku odločanja o predlogu avtentične razlage, lahko zdravniku v veliko pomoč na sodišču v morebitnem kazenskem ali civilnem postopku.

Izzivi slovenskega zdravstva I

Nina Mazi

Čeprav se v zadnjem času v strokovni in ostali javnosti govori predvsem o zdravniških dežurstvih, osebnih dohodkih in nagradah, pa urejanje področja, povezanega z vsebino oz. debelino plačilne kuverte zdravnikov, še zdaleč ni edini in najpomembnejši izziv, s katerim se v tem času sooča slovensko zdravstvo. Zdravstvo s svojo vedno bolj akutno in zaskrbljujočo problematiko sodi po ocenah poznavalcev med najbolj zahtevne sistemske zagate naše države, ki je v decembru praznovala svoj 20. rojstni dan.

- Pomanjkanje (primernih) zdravnikov. V naši državi po vladnih podatkih ta hip primanjkuje 517 zdravnikov, zdravniki pa so prepričani, da je dejanski primanjkljaj štirikrat večji od uradno priznanega, kar pomeni, da v RS potrebujemo (vsaj) 2000 novih zdravnikov. Upoštevajoč dejstvo, da študij medicine v Sloveniji vsako leto uspešno zaključi 190 študentov, bi potrebe lahko pokrili v kakih treh letih (če se potrebe po kakovostnih zdravnikih medtem ne bi bistveno spreminjale oziroma povečevale in bi se novopečeni zdravniki brezkompromisno odločali za aktivno vključevanje v domači zdravstveni sistem). Osnovno zdravstvo se bo v prihodnjih treh letih lahko kadrovsko okrepilo le s 50 novimi zdravniki, kar pa je glede na potrebe seveda odločno premalo. Glavnina države EU se ponaša z večjim številom zdravnikov kot pri nas, saj povprečje znaša 3,5 zdravnika na 1000 prebivalcev, v RS pa je to za skoraj 40 odstotkov nižje, le 2,2 zdravnika na 1000 prebivalcev. Pomanjkanje zdravnikov pri nas vodi do prekomernega obremenjevanja obstoječih zdravnikov in njihovih sodelavcev (zdravstvenih delavcev) in do daljšanja čakalnih vrst, pa tudi nižje kakovosti in slabše dostopnosti oziroma razpoložljivosti zdravstvenih storitev. Primanjkuje pa tudi ustreznih prostorov, sodobne opreme, medicinskih sester in ostalega kadra ... Zanimiv je podatek, da je delež javnofinančnih izdatkov v BDP, namenjen zdravstvu, pri nas nižji od povprečja v EU. Vse naštetu botruje številnim zadregam in zapletom v zdravstvu, ki lahko kmalu privedejo do tega, da bodo naši bolniki (ne glede na dosedanje razumevanje in potrpljenje) začeli na zdravljenje (množično) odhajati v tujino. Tja se bo z njimi vred začel odlivati tudi denar iz javne zdravstvene blagajne in iz zasebnih virov, kateremu bodo kmalu sledili tudi najbolj sposobni in ambiciozni

zdravniki in njihovi sodelavci. Pri tem se strokovnjakom in poznavalcem zastavlja resno in povsem umestno vprašanje: Ali se lahko odgovorni po vzoru poslovne sfere odločijo za »medicinski outsourcing« in nujno potrebne zdravstvene storitve na najbolj deficitarnih področjih prepustijo oziroma zaupajo v izvajanje kompetentnim, dela željnim posameznikom ali skupinam in organizacijam oz. ustanovam v tujini?

Ekonomisti, ki se (ne glede na svoje znanje, izkušnje in kompetence – ZIK) navdušeno ukvarjajo z zdravstvom in javnost nenehno bombardirajo s svojimi »kvazi« ekonometričnimi ugotovitvami, bodo bržčas mimogrede izračunali oziroma potegnili iz rokava, ali se bolj splača bolnike pošiljati v tujino ali pa je ceneje in ekonomsko bolj opravičljivo najemati tuje zdravnike in z njimi zapolniti kadrovske vrzeli v naših zdravniških vrstah. Ključno besedo pri iskanju odgovorov na gornja in podobna vprašanja ter pri sprejemanju odločitev o reševanju kadrovskega zagat v slovenskem zdravstvu morajo imeti zdravniki oziroma multidisciplinarni strokovnjaki iz zdravniških vrst, ki po lastni presoji oziroma potrebi pritegnejo k sodelovanju še ekonomiste, sociologe, pravnike in ostale strokovnjake. Žal se pogosto dogaja ravno nasprotno – zadeve preučujejo, usmerjajo, vodijo in rešujejo predvsem ali celo izključno eksperti z drugih področij, ki sprejemajo nepremišljene odločitve in predlagajo oziroma uvajajo kontraproduktivne ukrepe. Zdravnike in zdravstvene delavce pa nato *post festum* s kratko ultimativno (nemalokrat celo ne povsem jasno in razumljivo) notico obvestijo o svojih odločitvah, ki jih morajo zdravniki začeti nemudoma izvajati. Tovrstne ignorance in degradacije si slovenski zdravniki gotovo ne zaslužijo.

Sicer pa se s pomanjkanjem zdravnikov oz. zdravstvenih delavcev (zlasti medicinskih sester) ne ubada le Slovenija – problematika tare številne države (skrajne razmere so na primer v Ruandi, kjer je en zdravnik na 20.000 prebivalcev, v Kongu pa 10 zdravnikov specialistov »obvladuje« petmilijonsko populacijo), pa tudi nekatere članice EU, z Belgijo, Dansko (ki si jo pogosto jemljemo za zgled, vprašanje pa je, ali upravičeno in utemeljeno), Irsko, Portugalsko, Španijo in Veliko Britanijo. V Evropi, Kanadi, ZDA in ostalih državah visokorazvite zahodne

poloble primanjkuje predvsem zdravnikov v osnovnem zdravstvu (v ZDA jih za pokrivanje potreb prebivalstva do leta 2020 potrebujejo vsaj dodatnih 45.000). Očitno prost pretok strokovnjakov v EU v tem primeru sam po sebi ne zadostuje za »enakomerno razporeditev« zdravnikov in njihovih sodelavcev; potrebni so še drugi ukrepi. Najprej gašenje požara, hkrati pa tudi in predvsem (srednje-ročno in dolgoročno) preprečevanje kadrovskega primanjkljaja v zdravstvu. V zvezi s pomanjkanjem zdravnikov pa v razmislek še ugotovitev britanskih strokovnjakov, da je bolje imeti malo dobrih zdravnikov kot veliko slabih.

- Čakalne dobe. Kot logična posledica pomanjkanja kakovostnih medicinskih kadrov, neustrezne organizacije in pomanjkljivega sistema ostajajo čakalne dobe eden ključnih problemov – Ahilova peta našega zdravstva. Kljub številnim poskusom (od iskrenih, dobrohotnih do brezkompromisnih, skorajda militarističnih) njihovega omejevanja in skrajševanja (popolna odprava čakalnic ostaja iluzija v globalnem merilu) ter obljubam in napovedim o večji dostopnosti zdravstvenih storitev, povečevanju obsega zdravstvenih programov in skorajšnjemu odpravljanju neproduktivnega čakanja, odgovorne na tem področju čaka še veliko dela. Tako bolniki in njihovi spremljevalci »v prostem teku« vsako leto neproduktivno zapravijo na milijone delovnih ur (slednje za nacionalno gospodarstvo predstavljajo veliko breme – 12 milijonov evrov, namenjenih za plačilo dežurstev in izrednega dela zdravnikov, je v primerjavi z njimi zanemarljiv drobiž). Samo razumevanju, lojalnosti, pri-zanesljivosti, skromnosti in izredni potrpežljivosti bolnikov oz. uporabnikov se je treba zahvaliti, da se kljub večmesečnemu ali celo večletnemu čakanju množično ne odločajo za zdravljenje v tujini (na stroške zdravstvene blagajne, seveda).

Poznavalci trdijo, da bo čakalne dobe v zdravstvu nekoč verjetno uspelo skrajšati na sprejemljivi »optimum« (tega doslej še ni nihče natančno izračunal oziroma verodostojno določil in časovno okarakteriziral), nikoli pa povsem ukiniti. Nosilci Neodvisne liste za pravice bolnikov ocenjujejo, da bi ta lahko znašala največ 30 dni. Administrativno urejanje s pomočjo javnih seznamov, ki žulijo zdravnike in bolnike, obstoječih čakalnih vrst ne more učinkovito skrajšati, kaj šele dokončno odpraviti. Red in sistem spremljanja čakalnih dob pa sta se v številnih državah že izkazala za nezadostna, čeprav dovolj natančni aktualni podatki o čakalnih dobah za določeno zdravstveno storitev v izbrani zdravstveni ustanovi lahko spodbudijo povečanje mobilnosti uporabnikov zdravstvenih storitev. Zato tudi novi predlog pravilnika o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in načinu vodenja čakalnih seznamov ne bo odpravil nepravilnosti in odklonov, ki jih omogoča oziroma dopušča sedanji sistem. Kljub napovedim, da bo nova shema za določanje čakalnih dob mnogo bolj preprosta, hkrati pa tudi zavezujoča (se bo neupoštevanje novih pravil s strani izvajalcev in uporabnikov dejansko sankcioniralo?), čakalnih dob z njo ne bo uspelo skrajšati. Več upanja za skrajšanje čakalnih dob predstavlja možnost (čimprejnjše) uvedbe nove direktive Evropske komisije, ki bo kot dodatna svoboščina, ki bo državam članicam narekovala prost pretok storitev tudi na področju zdravstva. Kdaj se bo to zgodilo, zaenkrat še ni znano.

Zanimivo je, da se slovensko zdravstvo nahaja v zlati sredini EU. Slovenija je s 16. mestom na lestvici zdravstvenih sistemov iz leta 2009 v evropski sredini. Uvrstila se je za večino zahodnoevropskih držav in pred vzhodnoevropskimi. Od lani je na tej lestvici, ki sisteme presoja predvsem z vidika prijaznosti do uporabnikov, napredovala za štiri mesta. Nekoliko boljšo oceno kot lani si je na primer prislužila pri hitrosti uvajanja novih zdravil, negativne točke pa si nabiramo zaradi vse daljših vrst in naraščajočih oziroma (pre)dolgi čakalnih dob. Najbolj zaskrbljujoče in trdovratne (leta in leta nespremenjene oziroma kvečjemu daljše) so čakalne dobe v zobozdravstvu (o katerih ni veliko govora tudi in predvsem zato, ker si velik del državljanov RS tovrstne storitve plačuje iz lastnega žepa, delež zasebnikov med stomatologi pa se temu primerno veča), zlasti v ortodontiji. Problematično pa ni le zobozdravstvo, marveč celotna osnovna zdravstvena dejavnost. Prav tako pa se čakalne dobe podaljšujejo v nekaterih specialnostih – ginekologiji in fizioterapiji.

Čakalne dobe so škodljive in nevarne tako z medicinskega kot tudi z ekonomskega, socialnega in človeškega vidika. Predolgo čakanje na specialistični pregled in obravnavo pogosto botruje poslabšanju zdravstvenega stanja bolnika, posledice pa se kažejo v daljšem, bolj zahtevnem in dražjem zdravljenju, z manjšo možnostjo za uspešno ozdravitev, podaljšanim bolniškim staležem (ta je v času krize še posebej zaskrbljujoč), večjo nevarnostjo (dolgo)trajne nezmožnosti za delo, invalidnosti in smrti. Ker dodatnega denarja za urejanje tega področja ni na voljo, se mora zdravstvo opreti predvsem na lastne sile in vire ter si prizadevati za boljše organizacijo in večjo funkcionalnost delovanja oz. poslovanja. Potencialno rešitev predstavljata razvoj oz. širjenje zasebnega zdravstva in uvajanje prostovoljnih zavarovanj, ki bi razbremenila javno zdravstvo in tako omogočila krajše čakanje. Sicer pa si »tekočega« zdravstva brez zastojev in čakanja ne morejo privoščiti niti najbogatejše države na svetu (Norveška, ZDA, Luksemburg, Japonska). Kar pomeni, da sta v zdravstvu poleg financ nujno potrebna tudi čim bolj brezhiben sistem in odlična organizacija delovanja, za piko na i pa še jasna in razumljiva razdelitev pristojnosti, brezkompromisno prevzemanje odgovornosti v vseh členih zdravstvene verige in visoka moralno-etična zavest zdravnikov oz. izvajalcev zdravstvenih storitev. Temeljna dolžnost in ključna poanta njihovega strokovnega delovanja je služenje bolnikom (nasveta in pomoči potrebnim). Ključni problem naj bi predstavljali trenutno veljavni standardi, ki terjajo določeno število programov in določeno število zdravnikov. Preoblikovanje oz. sprememba standardov in povečanje števila zdravnikov sodita med pomembne ukrepe za učinkovito skrajšanje čakalnih dob. Dodatno možnost predstavljata tudi »telemedicina« in virtualno zdravljenje. Vprašanje pa je, ali je to v aktualnem trenutku primerno, smiselno in izvedljivo.

Zanimivo je, da v EU, OECD in Svetovni banki pomanjkanje zdravnikov oz. zdravstvenih delavcev in čakalne dobe povezujejo tudi s specifičnimi ekonomskimi, kulturnimi, zgodovinskimi in socialnimi razmerami v določeni državi. Kaj od tega velja za Slovenijo, bodo ugotovili pristojni, ki si »vsakdanji kruh« služijo (tudi) s proučevanjem in urejanjem zadev na tem področju.

- **Zdravila.** Cena, kakovost, izbira, dostopnost in razpoložljivost zdravil so nenehno pod drobnogledom strokovne in laične javnosti, nad njimi pa (vsaj občasno) bdi tudi politika. V Sloveniji so predraga celo generična zdravila, glavnina proizvajalcev pa o znižanju cen ne razmišlja, saj cene v Sloveniji predstavljajo pomembno izhodiščno osnovo cenovne politike farmacevtske industrije za države na Balkanu in Turčijo. Po najnovejših poročilih in ocenah zdravniki v RS svojim bolnikom zdravila predpisujejo preveč širokogrudno. Bolniki jih pogosto ne porabijo (ne zaužijejo toliko, kot bi morali) oziroma jih sploh ne jemljejo. S tem se povečujejo stroški oziroma izdatki zavarovalnice in uporabnikov za zdravila. Leta 2007 smo za zdravila v RS porabili vsaj 552.491.868 evrov, v zadnjih treh letih pa pričujoča poraba še naprej narašča. Zdravniki v bolnišnicah in ambulantah si sicer prizadevajo za racionalizacijo farmakološke porabe, a ta zaenkrat še ni dosegla ustrezne stopnje racionalizacije. Tudi na področju antibiotikov se naša država še ne uvršča med racionalne oziroma varčne porabnike. Spodbudno pa je dejstvo, da porabimo dvakrat manj antidepressivov kot na Švedskem. Leta 2000 je dnevno definirani odmerek antibiotikov na 1000 prebivalcev znašal 18,49, najnižjega smo zabeležili šest let pozneje, 2006 – 14,71, leto kasneje pa se je vrednost pričujočega odmerka spet povzpela na 16. Izsledki statističnih raziskav na primer pričajo, da v Sloveniji vsak dan 1,6 prebivalca uživa antibiotike.

V razvitih državah EU znaša masni delež neporabljenih zdravil pri končnih uporabnikih (bolnikih) od 0,1 do 0,2 odstotka. Podatek pa ne pomeni hkrati tudi deleža vrednosti zdravil, saj mase in vrednosti ne moremo primerjati, kaj šele enačiti. Med odpadnimi zdravili pri končnih uporabnikih je glede na maso daleč največ OTC-zdravil, ki ne bremenijo javne zdravstvene blagajne. Draga zdravila, med katera sodi tudi večina nevarnih zdravil, bolniki dobijo na zdravniški recept in jih običajno tudi v celoti porabijo. Pri varčevanju in urejanju porabe antibiotikov oziroma zdravil nasploh je treba upoštevati dejstvo, da je zavest o racionalni uporabi antibiotikov in ostalih zdravil pri zdravnikih danes že visoka, pri bolnikih oz. uporabnikih pa še vedno ni dosegla zavidanja vredne stopnje. Učinkovitost zmerne rabe zdravil pa ni odvisna le od zdravnika, ampak tudi in predvsem od bolnika oziroma od obeh. V prizadevanjih za strokovno utemeljeno, neškodljivo racionalizacijo na tem področju je treba bolj intenzivno vključiti in aktivno sodelovati tudi s farmacevti. Ko gre za zdravila, nimamo več opravka s klasičnim trikotnikom (zdravnik, bolnik, zavarovalnica), marveč ta prerase v (pravilni) četverkotnik, kjer dodatno oglišče pripada farmacevtom. Zanimivo je tudi, da o tem poklicu pristojni v nekaterih zahodnih državah (Kanada, EU, ZDA) razmišljajo tudi pri soočanju s pomanjkanjem zdravnikov in čakalnimi vrstami. Farmacevt naj bi s poglobljenim svetovanjem razbremenil zdravnika (iz prenapolnjenih čakalnic naj bi se vsaj del bolnikov preselil v (pol)prazne lekarne. Zlasti ko gre le za nadaljevanje terapije (obnavljanje seznama zdravil za kronične motnje, posvet, zamenjavo zdravila z ustrežno paralelo ipd.). Da zdravila predstavljajo veliko finančno breme za bolnika oz. posameznika, zavarovalnico in zdravstvo, priča tudi najnovejša nizozemska študija, v kateri so znanstveniki iz Rotterdama ugotovili, da visoki stroški za zdravila lahko pahnejo v revščino na milijone pripadnikov srednjega in nižjega

sloja prebivalstva. Za bolnike oz. uporabnike sta nevarna predvsem dva pojava: medikalizacija zdravja (zdravje je normalno stanje organizma, ki teži k homeostazi) in (pretirana) tržna naravnost zdravstvenega varstva.

- **Odličnost in kakovost.** V zdravstvu sta odličnost in kakovost alfa in omega vseh prizadevanj in naporov zdravnikov, njihovih sodelavcev, svetovalcev in pomočnikov. Odličnost in kakovost medicinskega izobraževanja in delovanja sta zahtevna in kompleksna, podvržena vplivom vrste dejavnikov in izpostavljena pritiskom številnih subjektov. Zato se namesto s kakovostjo na individualni in skupinski ravni, pa tudi na organizacijskem nivoju raje ukvarjajo s količino. S poudarjanjem, prikazovanjem in vrednotenjem le-te se skuša nadoknaditi kvalitativne spodrsilaje in pomanjkljivosti. Paradigma dobrega zdravništva pa je neločljivo povezana z odličnostjo in kakovostjo, ki pogosto nimata veliko skupnega s faktografskim znanjem, ovrednotenim v spričevalih, diplomah in potrdilih – sta predvsem njegova nadgradnja in dopolnilo.

Zdravstvene organizacije in sistemi, ki si resnično prizadevajo za optimalno delovanje (*Total Quality Management*, TQM), se od ostalih razlikujejo po višji stopnji kakovosti in odličnosti, uspešnosti in učinkovitosti svojega študija, dela in življenja. Vse to pa uspešno prenašajo tudi na svoje paciente, njihove najbližje in družbo v celoti. Dvig kakovosti in izboljšanje odličnosti sta neposredno povezana s povečanjem vpliva in ugleda ter z rastjo materialne vrednosti posameznika, skupine oz. organizacije. In kar je še pomembnejše: tako je mogoče okrepiti in izboljšati tudi produktivnost in konkurenčnost zdravnikov posameznikov in njihovih skupin, zdravstvenih ustanov, sistema in panoge v celoti, posredno pa tudi nacionalnega gospodarstva. Izsledki skandinavskih raziskav pričajo, da zdravnike, ki sicer sodijo v negospodarsko področje, strokovnjaki in poznavalci štejejo za izredno pomembne gospodarske subjekte. Pri čemer so enakopravne obravnave deležne vse tri osnovne dejavnosti: zdravljenje (preventiva, kurativa in rehabilitacija), menedžment in svetovalno delo. V inovativnih in demokratičnih, razvojno naravnanih zdravstvenih sistemih sta odličnost in kakovost (OK) nepogrešljivi. Njun pomen, vloga in funkcija pa se od ustanove do ustanove razlikujeta – sta organizacijsko specifični. Strokovno preverjen in poslovno sprejemljiv koncept OK, ki ponazarja učenje in ravnanje z razpoložljivimi viri oz. zmogljivostmi na individualnem in organizacijskem nivoju, omogoča, spodbuja in zagotavlja uspešnost in učinkovitost organizacije. Pri tem se bolniki oz. uporabniki nahajajo v središču pozornosti, zaposleni prisegajo na kakovost, stroka temelji na znanstvenem pristopu, praksa pa izkorišča dosežke znanosti in tehnike. V inovativnem zdravstvenem okolju so zaposleni, lastniki in poslovni partnerji dolgoročno zavezani razvoju in napredku. Tako okolje je primerno in ugodno za individualne dosežke in za timsko delo, aktivnosti zdravnikov oz. izvajalcev in bolnikov oz. uporabnikov zdravstvenih storitev in proizvodov pa temeljijo na sistemu nenehnih izboljšav in napredku, kaizen*.

(Dobronamerno) razmišljanje in snovanje oziroma načrtovanje novega strateškega organa oziroma agencije za kakovost je sicer popolnoma legalno in legitimno, vprašanje pa je, ali ne bi bilo

v času finančnih pretresov v državi bolje prizadevanja za odličnost in kakovost zaupati eni izmed obstoječih, zaupanja vrednih organizacijskih struktur. In jo po potrebi okrepiti z vrhunskimi kadri, ki dobro vedo, kaj je kakovost in odličnost, in na pričajučem, kompetenčno-konkurenčnem tandemu gradijo, razvijajo oziroma opravljajo svoje delo. Ti organizacijam omogočajo spodbujanje in razvijanje osebne odličnosti in strokovne kakovosti vseh zaposlenih ter oblikovanje maksimalno kompetentnih timov. Človek se sicer res največ nauči iz lastnih izkušenj, vendar nikoli nima na voljo neposredne izkušnje posledic svojih številnih, najpomembnejših odločitev. Predvsem pa je v zdravstvu nujno potrebno izoblikovati in brezkompromisno uveljaviti oziroma utrditi kulturo kakovosti, brez katere predstavlja vsako ustanavljanje novih teles in/ali organizacijskih struktur predvsem podvajanje jalovih prizadevanj in zapravljanje dragocenega denarja, materialnih sredstev ter ostalih potencialov. V ta okvir sodijo tako prizadevanja za izboljšave in inovacije kot tudi zagotavljanje ustreznosti in varnosti zdravstvenih storitev in proizvodov. Vodstva zdravstvenih ustanov, zdravnike in njihove sodelavce je treba ustrezno (dodatno) izobraziti in usposobiti za celovit menedžment kakovosti v zdravstvu (TQM) in razmisliti o pospešenem uveljavljanju evropskih modelov kakovosti in odličnosti, na primer iz arzenala priznane evropske inštitucije European Foundation for Quality Management (EFQM). Pričajuči model se je za učinkovitega izkazal zlasti v zagotavljanju kakovosti v zdravstvenem varstvu na lokalni in regionalni ravni. Zanimiv zgled menedžmenta odličnosti in kakovosti na sekundarni, klinični ravni pa predstavlja delovanje Clinical Excellence Commission (CEC). Poslanstvo inštitucije, ki deluje od leta 2004, je vzpostavljati oz. ohranjanje zaupanja v zdravstvu s pomočjo očitnih izboljšav in napredka. Tako je mogoče zagotoviti boljše in varnejše obravnavo bolnikov oz. uporabnikov ter višjo stopnjo zadovoljstva pri delu za zdravnike oz. izvajalce zdravstvenega varstva.

- **Javno-zasebno partnerstvo** oziroma vsaj korektno sodelovanje (brez fige v žepu), ki vključuje tako izmenjavo podatkov, informacij, znanja, izkušenj in kompetenc kot tudi prost pretok bolnikov, kadar je to strokovno utemeljeno, potrebno oziroma koristno. Je boljša ustvarjalna povezavalnost, neovirana komunikacija in transparentno sodelovanje ali brezkompromisna in odločna ločitev javnega od zasebnega? Brezkompromisno ločevanje javnega od zasebnega, s pomočjo sistema dvotrinega vodenja, je na majhni slovenski zdravstveni platformi vprašljivo, saj je zaradi omejenih koordinat kljub prizadevanjem za ločevanje krog kaj kmalu sklenjen. Plačilo za storitve v obeh sektorjih (javnem in zasebnem) prihaja iz uporabnikovega mošnjička, čeprav v različnih oblikah oziroma po različnih kanalih in načelih, ki jih zaznamuje predvsem prisotnost oziroma odsotnost solidarnosti. Vsekakor pa (javno) zdravstvo potrebuje organizirano sistemsko in nediskriminatorno pomoč države, presoja o višini le-te pa je stvar sprotne pragmatične analize. Filozofija uspešnega oz. učinkovitega javno-zasebnega partnerstva v zdravstvu je preprosta in razumljiva: nuditi visoko-strokovno medicinsko pomoč ljudem, kadar in kjer jo potrebujejo. Razvoj optimalnega javno-zasebnega sobivanja in sodelovanja pa terja nenehno skrb za odličnost, kakovost in inovativnost. Pri čemer je treba upoštevati, da se partnerstvo v zdravstvu razlikuje od

tradicionalnega poslovnega sodelovanja. Javno-zasebna naveza v zdravstvu stranko (bolnika oz. uporabnika) postavlja pred materialni dobiček. Pričajuče partnerstvo, od katerega si upravičeno lahko veliko obetamo, naj bi predstavljalo strateško prelomnico v slovenskem zdravstvu, a se to v konkretni praksi zaenkrat še ni potrdilo. Zakonodajo, ki regulira osrednji družbeni interes, sicer imamo, manjka pa končna, politična odločitev, kot osnova za srednje- in dolgoročno urejanje odnosov in razmerij med javnim in zasebnim na dveh vitalnih področjih – v zdravstvenem varstvu in financiranju zdravstva. Relacije so zapletene, rezultat prizadevanj pa negotov tudi in predvsem zato, ker je med zasebniki (zelo) malo takšnih, ki so svoj kapital pripravljenih vložiti v javne zdravstvene ustanove, ne da bi pri tem pričakovali oz. načrtovali dobiček in ne da bi smeli ali mogli nadzirati »kapitalizacijo« svoje finančne naložbe. Upošteva-joč aktualne trende je mogoče realno pričakovati, da bo naša država še naprej vztrajala v okvirih srednjeevropskega modela financiranja zdravstva, ki prisega na korporativizem. Značilno zanj je, da se glavnina potreb zdravstva financira z javnimi sredstvi – sistem, ki ga je najti v večini držav na stari celini, temelji na obveznem (in prostovoljnem) zdravstvenem zavarovanju, ki terja obvezno finančno participacijo uporabnikov ter uteleša dve pomembni, nepogrešljivi načeli: vzajemnosti in solidarnosti.

- **Korektno, transparentno in pošteno plačevanje zdravstvenih produktov – proizvodov in storitev**, ki temelji na sistemu, v katerem denar oz. materialna sredstva »spremljajo bolnika« oziroma z njim pritekajo in odteka. Tovrsten sodoben, razvojno naravn in trajnostno zaznamovan koncept najprej terja poglobljeno kompleksno revizijo. Šele na podlagi dobljenih objektivnih ugotovitev se lahko sposobni, razgledani in ustvarjalni posamezniki (dobri strokovnjaki in odlični poznavalci razmer) lotijo oblikovanja premišljene uresničljive oz. izvedljive strategije, ki bo omogočila nepogrešljivo spremembo oziroma prenovno financiranja bolnišnic, pa tudi ostalih zdravstvenih ustanov v državi. Zdravstvo je sicer res materialno zahtevno – drago, nikakor pa samo po sebi ni sinonim za vrečo brez dna. Zato je vsak dan bolj aktualno vprašanje: kako v zaostrenih razmerah z omejenimi viri (materialnimi, kadrovske) ohraniti maksimalno možno stopnjo pravic zavarovancev oz. uporabnikov ali vsaj preprečiti znižanje le-te pod optimalno. Njemu ob bok pa stopa pomemben izziv tudi na strani izvajalcev: kako zdravnikom v zaostrenih materialnih pogojih omogočiti, da bodo lahko delovali suvereno in svobodno, v skladu z najvišjimi možnimi strokovnimi standardi in merili človečnosti.

*Kaizen – pojem japonskega izvora, sinonim za kontinuiran proces nenehnih (postopnih, manjših) izboljšav in napredka. V anglosaškem svetu se uveljavlja inačica »continuous improvement«, ki pa v nasprotju s kaizen manj poudarja odgovornost, pomen in vlogo prizadevanj slehernega posameznika.

(Se nadaljuje.)

Selitev Inštituta za varovanje zdravja

Dušan Nolimal

Eno od načel »novega javnega zdravja« govori o organizaciji preprečevanja bolezni, podaljševanja življenja in izboljševanja zdravja preko organiziranih naporov celotne družbe in na način, da se lahko zajame veliko število tistih prebivalcev, katerih zdravje je treba varovati. Pri tem imajo ključno povezovalno vlogo **specialisti javnega zdravja**, ki posameznikov, skupin in skupnosti ne obravnavajo kot objekte, temveč jih sprejemajo kot aktivne udeležence varovanja zdravja. Drugo »starejše«, toda še vedno veljavno načelo, ki izpostavlja pomen dostopnosti za opravljanja dejavnosti varovanja javnega zdravja pravi: **»Delovna področja zdravnika so kraji, kjer ljudje žive, in ne laboratoriji in ordinacije.«** (A. Štampar, 1926.) Zagotoviti dostop do preventivnega zdravstvenega varstva ter programov promocije zdravja z zdravstveno vzgojo, zlasti za bolj prikrajšane dele prebivalstva, sodi danes med večje izzive nacionalnega **Inštituta za varovanje zdravja (IVZ)**, ki si je za cilj zadal vključevanje širše javnosti ter sodelovanje različnih strokovnjakov v teh programih. Dostopnost seveda temelji na različnih merilih, ki so lahko tudi politične, socialne, ekonomske ali kulturne narave. Končno lahko tudi lokacija in način delovanja organizacij javnega zdravja poveča ali omeji dostop do programov, ki jih ponujajo. V tej luči predlog vlade, da seli nacionalno inštitucijo za varovanje zdravja iz samega središča mesta na periferijo, ob ljubljansko severno obvoznico, ne prinaša nekaj dobrega, ampak vnaša v stroko in javnost zaskrbljenost in nezaupanje, saj pomeni nekaj, kar lahko pomembno poseže v razvoj in izvajanje dejavnosti varovanja zdravja prebivalcev v Sloveniji.

Nestrinjanje zaposlenih

Ko se je izkazalo, da so razlogi, ki jih je v javnosti za »prodajo« stavbe IVZ navajal bivši minister za zdravje Borut Miklavčič, zavajajoči in celo neresnični, so se zaposleni, ki so tudi sami raziskovalci, skupaj s sindikati odločili narediti raziskavo, ki naj bi vodstvu in ministru pomagala k boljšim odločitvam. Selitvi IVZ na mestno obrobje, ki jo zagovarja le ožje vodstvo, nasprotuje tri četrtine od več kot dvesto zaposlenih. Kar ne preseneča, saj je bila odločitev o selitvi sprejeta, ne da bi bili zaposleni o njej pravočasno obveščeni, kaj šele, da bi jih kdo o tem kaj vprašal. Primerjave sedanje lokacije in prostorov z novimi se nagibajo v korist sedanjega stanja, kjer so najbolj izrazite prednosti

na področju: prepoznavnosti lokacije, službenih poti znotraj Ljubljane, javnega prevoza, možnosti prehranjevanja in kakovosti okolja. Še več, novi prostori so neprimerni za dejavnost IVZ, ki ni zgolj pisarniško-administrativna, temveč je znanstvenoraziskovalna in zdravstvenopreventivna, z močno razvejano izobraževalno in laboratorijsko dejavnostjo ter distribucijo zdravil. Vse te dejavnosti imajo povsem drugačne zahteve po ureditvi delovnega okolja, kot jih lahko ponudi nova lokacija in prostori. Zato zaposleni predlog selitve razumejo tudi kot degradacijo stroke, saj osrednja ustanova javnega zdravja sodi tudi v center odločanja in ne na obrobje.

Zaposleni so prepričani, da je bila Vlada RS zavedena s predlogom o sklenitvi menjalne predpogodbe, saj je bila kot glavni argument predstavljena združitev IVZ na eni lokaciji. Kaže pa, da bo IVZ od vseh lokacij opustil le lokacijo Trubarjeva 2, pa še te očitno ne v celoti. Za potrebe IVZ ali ministrstva za zdravje se bodo ohranile lokacije na Zaloški 29, Grablovičevi 44, Bohoričevi 15 in v Tehnološkem parku Brdo. Poleg tega del prostorov IVZ na Trubarjevi sploh ni predmet menjalne predpogodbe med Ministrstvom za zdravje in Mabra inženiringom (gre za del stavbe na Trubarjevi 4, kjer ima IVZ v lasti in uporabi okoli 250 m² pisarniških prostorov). Vse to bi pomenilo, da argument združitve IVZ na eni lokaciji ne vzdrži. Sicer je za kakovost izvajanja stroke javnega zdravja, bolj kot lokacijsko združevanje raznolikih delovnih enot, pomembno odpiranje navzven ter funkcionalno povezovanje, medsebojno podpiranje in utrjevanje mrež institucij javnega zdravja.*

***V Sloveniji predstavlja strokovno hrbenico institucij javnega zdravja mreža zavodov za zdravstveno varstvo na območni ravni in IVZ na nacionalni ravni. Skupaj z ustreznimi inštituti in katedrami v okviru Univerze tvorijo raziskovalno infrastrukturo. Za uspešno in učinkovito delo na področju javnega zdravja pa je v to shemo treba vključiti vse vladne in nevladne organizacije, ki izvajajo politiko zdravja. (M. Premik, 2005.)**

Stavba s tradicijo

*** »Zgodi se, da pripadniki nekega naroda vprašajo, kakšno je njihovo zdravje in kako zanj poskrbijo. Ali spadajo med tiste bolj bolehnne ali one druge,**

pretežno zdrave? Kako se vedejo v odnosu do svojega zdravja? So preventivno osveščeni ali svoje zdravje kar prepustijo raznim naključjem, spletom bolj ali manj ugodnih okoliščin? H katerim boleznim se najbolj nagibajo? Katera smrt navadno čaka večino pripadnikov tega naroda? In kje lahko najdemo odgovore na ta vprašanja? Navadno na inštitutu, ki je zadolžen za javno zdravje naroda, za zdravje vseh njegovih državljanov.» (A. Marušič, 2005.)

Stavbo IVZ, ob Prešernovem spomeniku v centru glavnega slovenskega mesta, bi lahko uvrstili med stavbe s tradicijo, ki je prežeta s preteklostjo razvoja slovenskega zdravstva. Seveda ne gre za stavbo, kjer so prenočišča, v kateri je gostilna ali druga turistična ponudba za pridobivanje prihodkov, ampak se v njej tradicija ohranja in doživlja v skrbi za zdravje slovenskega naroda, torej za zdravje vseh njegovih državljanov. Na to meščansko stavbo so se kmalu po II. svetovni vojni vezale številne dejavnosti varovanja zdravja prebivalcev. Od tedaj se je inštitut razvil v vse bolj terciaren zavod, ki obravnava javnozdravstvene probleme nacionalnega pomena na akademski način in danes sodi med najbolj dejavne nacionalne inštitute v Evropski uniji. Zato je eden od njegovih bivših direktorjev, zdravnik, psiholog in psihiater Andrej Marušič, posebej izpostavil pomen čvrstih in globokih korenin inštituta, ki izhajajo iz raziskovanja, z dokazljivimi argumenti in brez vsiljivih ideoloških prepričanj. IVZ je, ne glede na številne polemike glede lokacije in kapacitete preventivnega zdravstvenega objekta, v katerem deluje, v samem centru mesta že pustil pečat. IVZ se je na tej lokaciji dobro prijel in uspešno sobiva s centralno lekarno ter z okoliško tržnico, butiki, trgovinami, cerkvami, nabrežjem Ljubljane, Tromostovjem in seveda spomenikom največjega slovenskega pesnika. Naloge zdravstvenega inštituta na lokaciji, kjer se srečujejo in povezujejo ljudje in različne kulture, so povsem komplementarne drugim ponudnikom materialnih in nematerialnih dobrin, ki delujejo v tem delu mesta. Izgradnja komplemnosti, prepoznavnosti in ugleda IVZ na sedanji lokaciji je bila dolgotrajen in načrtovan proces.

Apetiti zaslužkarjev

Vlada je dragoceno stavbo IVZ pod spomeniškim varstvom pridobila leta 1992 s »podržavljanjem družbene nepremičnine«. Stavba je bila predtem temeljito obnovljena tudi na račun prispevkov in nizkih plač zaposlenih zdravstvenih delavcev v socializmu. Zato je takšen posel vlade tudi moralno sporen. Za stavbo IVZ je, zaradi privlačne lokacije v mestnem središču, vedno vladalo veliko zanimanje. Predvsem so bili stalno prisotni apetiti različnih zaslužkarjev, ob podpori ideologije tistih urbanih arhitektov, ki bi na tej lokaciji raje videli hotele za tujce, trgovine ali kavarne. Vendar je tudi v mestnih središčih potrebna ustrežna funkcijska in socialna heterogenost ter protiutež pretiranim hedonističnim težnjam. IVZ je skupaj s centralno lekarno ob Prešernovem trgu vedno predstavljal neko dodatno kakovost v središču mesta in bistveno prispeval k njegovi pestrosti. Vedno je bila prisotna tudi nevarnost, da se vezanost IVZ na pripadajoče

ministrstvo izrodi v birokratizem s pomanjkanjem odprtosti za potrebe ljudi in medsektorskih aktivnosti. V tem razvojnem kontekstu je bilo področje javnega zdravja na Slovenskem pogosto izpostavljeno tveganjem nepovezanosti in izoliranosti njegovih institucij. Vendar je prevladal duh sodobnih sprememb in smisel politike zdravja. Zato vsi prejšnji ministri za zdravje niso podlegli kapitalu in mu prepustili stavbe za varovanje zdravja, ki je zaradi raznolikega mednarodnega sodelovanja in vidnosti inštituta v svetu kot takšna prepoznavna tudi v tujini.

Pomen lokacije

Najnovejši poskus selitve IVZ iz središča mesta prinaša morda nekaj prednosti za zaposlene in javnost, predvsem pa velike slabosti. Bližina obvoznice še ne pomeni večje dostopnosti zdravstvenih programov. Mnenja o tem, ali je nova predlagana lokacija na robu mesta, ob mestni obvoznici, za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva bolj ali manj dostopna, so zelo deljena. Problem ni le oddaljenost od socialnega in političnega dogajanja ter periferno-središčni odnosi, ki jih določajo ekonomski dejavniki. Lokacija ob obvoznici nedvomno pomeni poslabšanja delovnega okolja zaradi večjega promet, hrupa in onesnaženja zraka. Sedanja lokacija v mestnem središču tudi bolj ustreza poslanstvu, pomenu in ugledu nacionalnega inštituta za varovanje zdravja. Modernizacija javnega sektorja v razvitih državah z demokratično ureditvijo vključuje podporo oz. partnersko sodelovanje specialistov javnega zdravja. Njihova vloga je v prepoznavanju verjetnih učinkov političnih odločitev oz. določene sektorske politične usmeritve na zdravje ljudi. Zaposleni na IVZ že sedaj nudijo ključno strokovno podporo uradnemu nadzoru živil, pitne vode, alkohola, tobaka in drugih drog, različnih drugih izdelkov ter različnih dejavnikov okolja, ki vplivajo na zdravje. Zavzemajo se za izboljšanje življenjskih razmer in enakosti na področju zdravja ter nudijo tudi neposredno pomoč nekaterim ranljivim in posebej ogroženim skupinam. Od zaposlenih se ne pričakuje le zagotavljanje podatkov in informacij, ki bodo v pomoč pri varovanju zdravja. Od njih se pričakuje predvsem proaktivno vlogo pri obvladovanju vseh groženj zdravju in preprečevanju bolezní in soudeležbo pri ustvarjanju politike in načrtovanju zdravja. Zato bi oddaljenost institucij, kot je IVZ, od središča mesta in političnega dogajanja negativno vplivala na njegovo učinkovitost, saj je strokovno delo zaposlenih vpeto v neposredno sodelovanje s prebivalstvom ter številnimi vladnimi in nevladnimi organizacijami, ki so predvsem v središču mesta. Delo zaposlenih je organizirano tako, da strokovnjaki iščejo ranljive in ogrožene posameznike ter skupine prebivalcev in ne nasprotno. Zato mora biti delovno področje specialistov javnega zdravja tista lokacija, kjer se ljudje zbirajo in lahko aktivno vplivajo na svoje in zdravje drugih. V sedanji stavbi IVZ se prav zaradi opaznosti in izjemne frekventnosti lokacije ob Prešernovem spomeniku nahaja tudi centralna lekarna. Centralna lokacija obeta vsem potencialnim lastnikom stavbe IVZ dobro trženje in velik zaslužek. Seveda je lokacijsko pogojenost storitev in trženjski koncept mogoče aplicirati tudi na družbeno pomembne in neprofitne teme, kot

je javno zdravje. Lokacija ne vpliva le na zaslužek, ampak tudi na dostopnost programov promocije zdravja in preprečevanja bolezni. Prav na račun dobre lokacije je možno dosegati večjo učinkovitost v smeri vplivanja na čim večje število ljudi in družbene norme v korist zdravja. Lokacija v središču mesta pomeni tudi priložnost za razvoj sodobnih delovnih metod. Zakaj bi lokacijo ob nabrežju Ljubljane in Prešernovem trgu prepustili le komercialnim pristočnim aktivnostim in materialni potrošnji domačega prebivalstva in turistov?

Negospodarnost

Dober gospodar nikoli ne kupuje ali sprejema v zameno nepremičnine, ki je pod hipoteko, in to od neznanih lastnikov, kar je v primeru menjave stavbe IVZ za »Dunajske kristale« storil bivši minister za zdravje. Sicer je dobro znano, da ima mera gospodarnosti na področju urejanja zadev v negospodarskem sektorju lahko protisloven značaj. Neka zdravstvena organizacija je z vidika gospodarnosti lahko neuspešna, vendar pa z vidika poslanstva lahko uspešno opravlja svojo nalogo. Zato v razvitih državah gospodarnosti v zdravstvu ne merijo več samo s številskimi v bilanci uspeha, temveč tudi s pomočjo kvalitativnih meril zadovoljevanja potreb uporabnikov, socialnih stroškov poslovanja, uspešnosti komuniciranja javnih zavodov z javnostmi ter tudi zadovoljstva zaposlenih na delovnem mestu. Ne glede na to niti Ministrstvo za zdravje niti vodstvo IVZ nista pripravila elaborata ekonomske in druge upravičenosti menjave stavbe IVZ za »Dunajske kristale«. Niti niso zaposlenih strokovnjakov povprašali, kaj menijo o spremembi tradicionalne lokacije nacionalnega inštituta in selitvi. V oči bode površno in nepregledno načrtovanje posla. Ker se »kupi« nepremičnino pod hipoteko, javnost upravičeno dvomi o gospodarnosti tega posla. Na direktorico IVZ in na novega ministra za zdravje so bila naslovljena vprašanja o stroških, povezanih s selitvijo, vendar uporabnih odgovorov na konstruktivna vprašanja še ni. Ko so zaposleni sami, na podlagi dostopnih informacij, pristopili k izračunu nekaterih stroškov selitve ter ocenili stroške vzdrževanja novih prostorov, so ugotovili, da bo menjava stala državo vsaj dodaten milijon evrov. Npr. 200.000 za opremo novih delovišč (približno 1000 EUR na delovno mesto), 50.000 in več za opremo konferenčne dvorane, 40.000 in več za selitev komore za cepiva itd. Nadalje bodo morali zaposleni na novi lokaciji opraviti 140.000 dodatnih kilometrov vsako leto samo za prevoz na delo in domov ter vsaj 40.000 dodatnih kilometrov vsako leto za poti na sestanke v mesto in nazaj.

V letu 2011 je zaradi krize pričakovati manjši proračun za področje javnega zdravja. Stroški, povezani z novo lokacijo in prostori IVZ, pa bodo znatno višji. Zato lahko predvidimo dodatno finančno izgubo poslovanja IVZ na predvideni novi lokaciji.

Sindrom bolnih stavb

Celotni stroki javnega zdravja v posmeh pa je, da se na lokacijo »Dunajskih kristalov« ob avtocesti seli organizacija, ki mora

opozarjati na zdravju škodljive vplive iz okolja. »Dunajski kristali« se delijo v stanovanjske in poslovne objekte. Ob tem prodajalci potencialnim kupcem stanovanjskih objektov obljublajo, da jih bo poslovni del v ospredju »varoval pred hrupom ter neprijetnimi emisijami iz obvoznice in servisnih cest« (http://www.novogradnje.si/novogradnje.html?ng_nep=&projekt=576).

Torej, IVZ kot »živi ščit«, da bodo stanovalci deležni čim manj avtocestnih vplivov. Zanimivo v zvezi s to ignoranco je, da je IVZ v preteklosti izgubil prav pristojnosti za izdelavo okoljskih mnenj pri pridobivanju soglasij za gradnjo objektov. Zakon se je nekaj let nazaj spremenil tako, da je priprava mnenj in dajanje okoljskih soglasij v pristojnosti Ministrstva za okolje in prostor. Tisti, ki taka mnenja pišejo, pa v skladu z novim zakonom danes sploh ne potrebujejo specializirane izobrazbe s področja javnega zdravja. Verjetno se zato lahko dogaja, da v Sloveniji ob avtocestah na novo gradimo različne stavbe in jih kasneje namenjamo tudi za bivalne in delovne namene. Za Slovenijo velja podatek o primernosti *bivanja ob avtocesti* iz raziskave o vrednotah prostora in okolja iz leta 2004, ko je 2/3 vprašanih odgovorilo, da ob avtocesti ne bi živel. Zato zaposleni na IVZ ponovno opozarjajo na raziskave, ki kažejo, da ljudje v prostorih, ki so zaradi vplivov onesnaženja iz okolja noč in dan umetno prezračevani, pogosto trpijo za tako imenovanim sindromom bolnih stavb (*sick building syndrome*). Za te stavbe so značilni pojavi, kot so suha sluznica, draženje oči, pogostejši glavoboli, utrujenost in pojavljanje vnetij dihal. Vzroki za te simptome naj bi bili prehitro in turbulentno gibanje zraka, nesposobnost posameznika, da vpliva na klimatske razmere, kontaminacija zraka, ki prihaja iz cevi in vlažilnikov zraka, nizkofrekvenčni hrup ventilatorjev in nefiziološko spreminjanje temperature čez dan. Zato je v primeru selitve zaposlenih v takšne prostore pričakovati porast stroškov preprečevanja visokih okoljskih tveganj ter tveganj povečane odsotnosti z dela, povezane s sindromom bolnih stavb.

Reševanje širših vrednot

IVZ naj bi bil tudi zgled skrbi za promocijo zdravja na delovnem mestu. Vendar 81 odstotkov zaposlenih meni, da IVZ s selitvijo na lokacijo in v prostore »Dunajskih kristalov« nastopa kot negativni zgled za zdravo delovno okolje. Če bo do te selitve prišlo, bo javnosti poslan signal, da zdravje in sodelovanje zaposlenih pri upravljanju nista pomembna ter da je zavzemanje vlade za zaposlenim prijazna delovna mesta navadna farsa. Absurd pa je, da zaposleni na IVZ, ki sicer pripravljajo analize delovanja zdravstvenega sistema ter predlagajo ukrepe za njegovo večjo dostopnost in učinkovitost, tega ne morejo v primeru organizacije svoje dejavnosti. Ne vodstvo IVZ, ne minister za zdravje, ne vlada njihovih opozoril ne jemljejo resno. V primeru stavbe IVZ gre za edinstveno centralno lokacijo za nudenje javnih storitev varovanja zdravja v središču mesta. Jasno je, da periferni položaj vsakemu posamezniku ali instituciji zmanjšuje ugled, veljavo, možnosti in konkurenčnost. Manj bo možnosti za udeležbo zaposlenih strokovnjakov pri soustvarjanju

politike in načrtovanju zdravja. Perifernost zmanjšuje dostopnost do storitev javne službe. Stroški poslovanja inštituta na novi lokaciji bodo višji kot na zdajšnji lokaciji. Mnogi menijo, da gre za vsestransko škodljiv posel, ki ga je zakuhal nekdanji minister za zdravje in ga zaradi politično-gospodarskih prepletenosti lahko prepreči le predsednik vlade. Enostavno lahko prekliča predpogodbo, ker so se okoliščine od sklenitve predpogodbe do predvidenega trenutka sklenitve glavne pogodbe toliko spremenile, da vlada niti ne bi pristopila k sklenitvi te predpogodbe. 66 odstotkov zaposlenih na IVZ meni, da bo selitev IVZ koristila »nekomu drugemu«, ne pa zaposlenim ali delovanju inštituta. Preklic pogodbe bi bil obenem znak, da je

treba zaustaviti pohod podobnih plenilskih aktivnosti v zdravstvu in drugod. Preprečil bi se prehod zgodovinske stavbe in kulturnega spomenika na Prešernovem trgu v zasebne roke. Drugače bo vlada dala skritim politično-gospodarskim navezam še eno potrditev, da se lahko, tudi z izigravanjem zakonodaje, nekaznovano zapravlja državno premoženje ter obenem ogroža zaposlene v zdravstvenem javnem sektorju ter pripadajočo znanost in stroko. Ko bo vlada znala takšne nepremičninske posle preprečiti, bo pokazala, da se zna zoperstaviti politično-poslovnim merilom, ki od nje zahtevajo odločitve, ki so v nasprotju z varovanjem širših interesov in vrednot.

Selitev Inštituta za varovanje zdravja v nove prostore

Pravično je, da se zdravniki zaradi zagotovitve podlag za objektivno presojo seznanijo z obema platema medalje oz. kot pravi znani pravni rek: »*Audiat et altera pars.*«

Razmišljanja g. Dušana Nolimala, pa tudi članki s skoraj identično tematiko v časniku »Delo« dne 27. maja 2010 in 15. septembra 2010, se posredno nanašajo tudi na Domus Medica, še posebej kar zadeva nekatere kvalifikacije glede izvajalca del (Mabra inženiring).

Z gotovostjo lahko zatrdim – kot vodja projektne skupine Domus Medica – ki sem vso gradnjo novega hrama slovenskega zdravništva – *pro bono publico* – spremljala več kot dve leti, praktično vsakodnevno, da so bila vsa dela izvedena pošteno, kakovostno in pravočasno, brez aneksov in podražitev in da se uporabniki zelo dobro počutimo v Domus Medica.

Nada Puharič,
vodja projektne skupine Domus Medica

Resnica o Dunajskih kristalih je: investitor vgrajuje materiale visoke kakovosti, za kar ima vsa potrebna dokazila, ki so slehernemu na vpogled

Poslovni objekt Dunajski kristali je nastal po projektu, ki je zmagal leta 2006 na javnem natečaju. Novi poslovni centri se ne gradijo več v mestnih jedrih, ker se s tem ustvarja promet v že tako prenatrpana mesta (še vedno je žal navada, da se zaposleni pripeljejo s svojim vozilom do delovnega mesta ali pa do poslovnega partnerja), in tudi ne v okoljih, ki so obremenjena z ekološko oporečnimi dejavnostmi. Dunajski kristali so na lokaciji, ki je ob zunanjem robu oziroma prometnem obroču mesta, na križišču s pomembnimi vpadnicami v mesto. To je tudi lokacija, ki ponuja čistejše okolje, saj so njeno naravno zaledje zelena dolina Save in gozdovi Rašice do Kamniških Alp, ne pa načrtovano parkirišče pod tržnico.

Pri projektiranju objekta je bilo osnovno vodilo dobro počutje delavcev v pisarnah in s tem dobra osvetlitev, zračni prostor, mikroklima in zvočna izoliranost.

Potrebno je bilo zagotoviti zadosti steklenih površin, ki pa morajo biti zaradi boljše mikrokline in manjše porabe energije za hlajenje v toplejših in sončnih obdobjih osenčene. Večina pisarn ima tudi svoja okna, ki jih zaposleni lahko odpirajo po svoji volji in potrebi.

Poslovni objekti Dunajski kristali bodo ogrevani s pomočjo daljinskega ogrevanja, poleti pa hlajeni s toplotnimi črpalkami. Po oceni strokovnjakov, ki so izdelovali energetska bilanca tega objekta, sodi taka rešitev z izvedenimi fasadami in senčili med najbolj varčne med trenutno zgrajenimi poslovnimi objekti v slovenski prestolnici, torej v najlepšem mestu na svetu po mnenju aktualnega župana.

S pomočjo »umetnega prezračevanja« je omogočen stalen dotok **svežega** zraka, ki je pozimi s pomočjo rekuperacije ogret, poleti pa ohlajen. Tako zaposleni

v Dunajskih kristalih ne bodo delali v izrabljenem in »predihanem« zrak, polnem bakterij, temveč v čistem in novem okolju ter svežem zraku in naravni svetlobi.

Pa še o kvadraturah na zaposlenega, v katerih niso predvideli (sic!) površin, ki bi bile potrebne za vertikalne in horizontalne komunikacije, sanitarije, čajne kuhinje, za sobe za fotokopiranje itd. Tako v celotni kvadraturi, ki je predmet menjave, manjka cca 30 odstotkov površin. Projektanti smo skušali kljub temu njihovemu doslej zamolčevanemu spodrsrlaju, glede na potrebe po delovnih mestih, v skladu z usmeritvami o racionalizacijah v državni upravi, omogočiti realizacijo programa. Poudariti moram, da v novem objektu **je** prostor za distribucijo zdravil in cepiva. Za to **dejavnost je** samo v kleti za skladišča rezerviranih 300 m², za stalna delovna mesta pa so rezervirane pisarne v pritličju z neposredno povezavo z dvigalom do skladišč.

Nekaterim zaradi njim znanih navad in rutine selitev na drugo lokacijo očitno **ne** ustreza. Žal pa so v svojem neupravičenem gnevu uporabili tudi rahlo »čudaške« in strokovno nevzdržne argumente in razlage, ki niso znotraj solednic razumnih, s strokovnimi argumenti utemeljenih razlogovanj. Morebiti se **celo ne** zavedajo, da so s cvetoberom neresnic in polresnic ter za lase privlečenih in napačnih utemeljevanj povzročili ogromno škodo objektu Dunajski kristali, projektantom in investitorju.

Po strokovnem pregledu (stare) stavbe IVZ menim, da je ta stavba obremenjena s stoletje starimi ometi in tlaki, v katerih je najbrž naseljenih vrsta plesni in bakterij, da je klet neizolirana in da hranijo in pakirajo zdravila v okolju, kjer so podzemne

stene najbrž tudi vlažne (klimati rešujejo ta problem samo površinsko). Poleg tega je prelepa lokacija v središču mesta obremenjena z najvišjimi koncentracijami PM10, SO₂, CO in O₃, kljub dejstvu, da je v tem predelu promet omejen. Za dotok svežega zraka morajo imeti v pisarnah odprta okna, kar pomeni, da zrak s škodljivimi delci nenehno kroži po pisarnah, pozimi pa poleg tega odprta okna še povzročajo toplotne izgube. Žal zainteresirana javnost ni seznanjena s tem, ali so kdaj izmerili količine radona v stavbi; ta je namreč značilen za starejše objekte, kjer omenjeni plin po razpokah seže tudi do višjih nadstropij.

Pri celoviti sanaciji takega objekta je potrebno najprej odstraniti vse dotrajano zidovje, stare omete, tlake, stavbno pohištvo in strešno konstrukcijo ter objekt statično sanirati. Obdelati je treba vse elemente, ki so del varovanja kulturne dediščine po navodilih spomeniške službe in jih obnoviti z originalnimi postopki. Poleg tega je potrebno opremiti objekt z sodobnimi instalacijami, ki jih zahtevajo zakoni in predpisi, vključujoč tudi tako napačno razumljeno in predstavljeno »umetno prezračevanje«.

Že vrsto let je mnogim znano, da se IVZ srečuje s prostorsko stisko, s težkim dostopom, z nenehno borbo za parkirišča, prav to pa so bili tudi razlogi za selitev na novo, sodobno, lažje dostopno in **zaposlenim prijazno** lokacijo.

Darko Lečnik,
arhitekt objekta Dunajski kristali



Psihoterapija in učenje s pomočjo konja

EAGALA tudi v Sloveniji

Sara Bertok, Breda J. Sobočan, Petra Štrus

Tudi v Sloveniji, kot v večini evropskih, afriških, azijskih in ameriških držav ter v Avstraliji, je nedavno potekal izobraževalni program EAGALA (*The Equine Assisted Growth and Learning Association*). Ta naziv označuje neprofitno organizacijo, ki si prizadeva za izboljšanje mentalnega zdravja posameznika, parov, družin in skupin s psihoterapijo ter učenjem s pomočjo konja.

V Centru za izobraževanje, rehabilitacijo in usposabljanje Kamnik (CIRIUS) se je letos poleti odvijal drugi del programa EAGALA, na katerem so udeleženci zaključili osnovni program usposabljanja. Slednji je bil prvič organiziran v Sloveniji in vključuje izobraževanje s področja EAP (*equine assisted psychotherapy*) – psihoterapija s pomočjo konja.

Udeležencev je bilo približno 20 iz različnih strok, ki delajo z ljudmi (psihologi, psihiatri, pediatri, pedopsihiatri, specialni pedagogi, logopedi, fizioterapevti, delovni terapevti, biologi, pedagogi itd.) ter strokovnjaki za delo s konji (inštruktorji, učitelji, sodniki, poznavalci in ljubitelji konj). S strokovnim vodenjem učiteljev smo preko konja spoznali metode za pomoč ljudem, kjer je delo s konji v ospredju.

Namen programa ni spoznavanje konj oz. dela s konjem, temveč konje uporabljamo le kot posrednike. Narava konja, ki je socialno in čredno bitje, ter njegov evolucijski položaj plena sta ga skozi razvoj vrste opremila z izredno senzibilnostjo za sprejemanje neverbalne komunikacije. Konj postane tako pomemben člen terapevtskega tima, ki ga sestavljata še strokovnjak s področja duševnega zdravja in poznavalec konj. Strokovnjak za psihološko obravnavo postavi problem, ki naj bi se ga srečanje dotaknilo, strokovnjak za konje izbere enega ali več primernih konjev. Tim natančno strukturira nalogo za klienta, ki omogoča razvijanje teme v interakciji s konjem. Opravljanje vaj s konji odkriva odnose ter psihološke težave bolnika, para, družine, delovnega tima itd. Strokovnjaka spremljata dogajanje, pozorno

opazujeta odziv in obnašanje konja ob delu s klientom, saj je konj zrcalo njegovega vedenja in počutja, kar se prenese v terapijo. Osnovno vodilo ljudi, ki imajo izkušnje s tovrstnim delom je, da so konji pri odzivanju iskreni. Ravno izkustveno, nebesedno odigravanje in predočenje problema in možnih rešitev je prednost te metode. Tovrstna terapija je tudi priložnost, ki omogoča uporabniku, da se izogne nelagodnemu občutku, ki ga lahko povzroča »govoreča« seansa. Konj se na neobsojajoč način dotakne zelo intimnih vsebin, ki jih običajno posameznik ali skupina poskuša potisniti v izvenzavestno. Metoda je primerna za široko psihološko problematiko, praktično za vso psihiatrično populacijo, za motnje v medosebnih odnosih, za graditev timov itd. Osnovna zahteva je zagotavljanje telesne in psihološke varnosti in etika za vse – kliente, terapevta, konje.

Udeleženci smo uspešno zaključili še drugi del usposabljanja in tako s poročilom o delu pridobili certifikat ter dodatno članstvo EAGALA. Z novim znanjem si prizadevamo dodatno pomagati ljudem v stiski z inovativnim načinom, kot je ta s pomočjo konja, ki bistveno pripomore k izboljšanju marsikaterega psihološkega stanja in je uveljavljen način zdravljenja v mnogih evropskih in neevropskih državah.



Vaje v maneži.



Udeleženci izobraževalnega programa EAGALA.

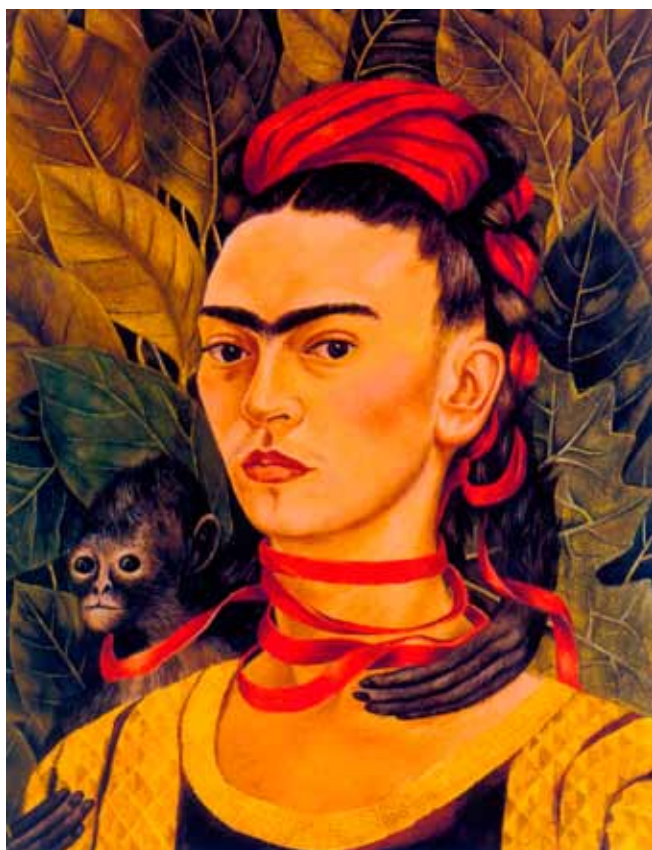
Slikarska ikona Frida Kahlo (1909–1954)

Zvonka Zupanič Slavec

Velike osebnosti ostajajo v spominu človeštva zaradi dobrih ali slabih del, velikokrat pa tudi zaradi svoje kontroverznosti. Kam sodi mehiška slikarka Frida Kahlo, ki je leta 2002 s filmskega platna z izjemno igralko Salmo Hayek ponovno opozorila nase široko mednarodno javnost? Njena ognje-vita in dekadentna zveza z znamenitim mehiškim slikarjem Diegom Riviero (1886–1957) jo je že za časa življenja spravljala na prve strani bulvarskih časopisov. Spominjam se je z neke razstave v San Franciscu, pa tudi najverjetneje iz MoMe v New Yorku. Nedavna berlinska in sedanja dunajska pregledna razstava (v Kunstforumu) pa sta kulturno feministično umetnico ponovno približali evropskemu občinstvu. Ogled razstave me je navdušil in kratko razmišljanje o njej in njenem slikarstvu bi rada delila z bralstvom Izide.

Fridino slikarstvo je zanimivo za medicino, ker preko njega umetnica reflektira svoje doživljanje poškodbe, bolečine, nerealiziranega materinstva, pa tudi duševne travme.

Frida se je rodila leta 1907 v predmestju Mexico Cityja očetu slikarju in fotografu nemško-judovskega rodu s predniki iz Romunije. V družini so bila še tri dekleta, a ker je bila Frida najbolj bistra, sta starša le njej namenila šolanje. Želela je postati zdravnica, a pri 18 letih se ji je zgodila nesreča z avtobusom, v kateri jo je prebodel železni drog in ji zlomil hrbtenico. Dolgo je ležala v bolnišnici in na srečo ponovno shodila. Ostala pa ji je bolečina, ki je bila pogosto neznosna, zato je skozi življenje tudi postala odvisna od analgetikov. Med dolgotrajno hospitalizacijo ji je oče podaril platno in paleto, da bi si krajšala čas s slikanjem. Četudi brez formalne likovne izobrazbe, je začela hoditi svojo poti v upodabljajoči umetnosti. Sčasoma je razvila lasten likovni izraz, ki je blizu nadrealizmu, nanj pa je močno vplivala tudi mehiška kulturna dediščina. Slikarski opus Fride Kahlo ni posebno velik, saj obsega le okoli 160 del manjših formatov. Zelo presenetljivo pa je, da v njej kar tretjino zavzemajo avtoportreti. Na dunajski razstavi so bila razstavljena večinoma manjša oljna



Eden izmed 50 tipičnih avtoportretov Fride Kahlo.



Takole je Frida Kahlo doživljala zlom hrbtenice in njeno kirurško rekonstrukcijo. Prometna nesreča jo je zaznamovala za vse življenje.



Izgubljenost materinstvo je motiv, ki ga je Kahlova večkrat naslikala.

platna, številne risbe s svinčnikom, v digitalizirani obliki pa je predstavljen tudi njen dnevnik. Obsega okoli 170 strani desetletnega življenjskega obdobja. V njem se je avtorica velikokrat izpovedovala v likovni govorici, precej besedil pa je pisanih v skrivni pisavi, zakodiranih, da jih nepoklicani ne bi prebirali. Dnevnik je pred 30 leti izšel v knjižni obliki. Na razstavi se lahko sprehodimo tudi skozi njeno življenje preko lepih fotografij nje in Diega Riviere, ki so umetniška dela znanih fotografov.

Dela Frida Kahlo segajo v različno motiviko. Večina njenih slik je izpovednih in nosijo Fridino zgodbo, razmišljanje, kolebanje med dobrim dekletom, ki bo kmalu zdravnica, in razočarano žensko, ki je ogoljufana za srečno življenje zaradi bolezni in nezvestega moža, a je tudi sama nezvesta. Ljubezen in trpljenje, ki sta bila stalnica v fatalni ljubezni med orjakom Riviero in drobno Frido, sta ju pripeljala do poroke

in razveze ter ponovne poroke. Ujeta sta bila v divje čustvovanje, razvrat, popivanje, intrige, politično simpatiziranje s komunizmom idr. Frida je notranje doživljanje te zveze prenašala s simboli v svoje slikarstvo in je slikam dodajala predznake pozitivnega in negativnega, sonce in luno, kot ženski in moški simbol, kot je tudi doživljala ljubezen in sovraštvo do Riviere. Fridi je bil blizu tudi svet mistike, nadrazumskega, verskega ... Njene votivne slike se ne obračajo na svetnike ali relikvije, kot je to značilno, ampak na vsakodnevne stvari, v katere je verjela in h katerim je Frida hrepenela. Tudi znak neskončnosti Frido spremlja na njenih slikah, najpogostejše pri avtoportretih, kjer bujne črne lase spleta v neskončnost, kot predanost svojemu Diegu. *Famme fatal* Frida je na avtoportretih naslikana resna, s prodornim pogledom ogljenih oči in mogočnimi zraščnimi obrvmi, ki se stikajo nad nosnim korenem. Njeni lasje so skrbno



Feministični svet si je Frida Kahlo, ki je prestopila meje konvencionalnega v dejanjih in mišljenju, izbral za svojo ikono (iz knjige Claudie Bauer: Frida Kahlo).



Mehiška slikarja in zakonca Frida Kahlo in Diego Rivera sta bila pravo nasprotje, in to ne le v fizičnem, ampak tudi duhovnem svetu. Imeli so ju za golobico in slona: Frida je bila visoka 160 cm in je tehtala 45 kg, Diego pa je štel 186 cm in je imel okoli 130 kg

počesani in speti v sanjske frizure, nemalokrat okrašene z barvitimi mehiških okrasjem. Avtoportreti so skrbno zrisani in so name naredili največji vtis med vsemi Fridinimi deli. Tudi galerist jih je postavil v osrednji del Kunstforuma, kar kaže na njihovo umetniško moč in osrednjo vlogo v slikarskem opusu Kahlove. Markantni Fridin obraz krasi labodji vrat, običajno ozaljšan z velikimi ogrlicami. Potreti so naslikani izjemno skrbno, nobena podrobnost ni prepuščena naključju. Mehiška naglavna pokrivala, ki jih Frida pogosto uporablja, kažejo njeno identifikacijo z rodno deželo, četudi je dolgo živela v ZDA. Frida svoje avtoportrete pogosto dopolni z živalmi, opico, mačko ali ptico. Biografi oz. psihoanalitiki interpretirajo njene avtoportrete kot osamljenost, nagovarjanje gledalcev in njihovo vabilo k pogovoru. Prav zanimivo bi bilo vedeti, kateri slikar je ustvaril toliko avtoportretov kot naša portretiranka.

Najbolj nenavadne so gotovo Fridine slike z medicinsko vsebino: njena invalidnost, brazgotine, izguba ploda, dojenje, amputacija noge ... Neizživeto materinstvo jo je nagovarjalo, da je na več slikah narisala plod, povezan z vezmi življenja.

Ta laični slikarski popis Kahlove nikakor nima namena vrednotiti njenega ustvarjalnega dela. Nagovorila me je s pretresljivo slikarsko izpovedjo, ki kaže na težko življenje talentirane ženske,

ujete med moč in nemoč, strah in pogum, up in obup, popolno človeško predanost in opeharjenost za življenjsko srečo.

Fridi kljub vsemu, kar je dosegla, življenje ni bilo naklonjeno. Nemirni duh, ki je osvajal z izjemno energijo in umetniškim talentom, je obupoval pod težo življenjskih razočaranj, bolezenskih težav, alkoholizma in tabletomanije ter po amputaciji noge klonil pri 47 letih zaradi pljučne embolije. Za sabo je pustila naslikano zgodbo svojega življenja, ki verjamem, da bo še naprej nagovarjala vse, ki iščejo senzacionalizem, žurnalistični in scenski blišč ter blišču nasprotno bedo in človeški razkroj. V zgodovino upodablajoče umetnosti se je Kahlova zapisala kot samonikli unikum.

Če vam je razstava ušla, pa si vseeno želite približati lik Frida Kahlo, njeno ognjevito in strastno naravo ter umetniškega duha, pogledajte film o njej ali sezite po njeni biografiji. Razumeli boste, zakaj so feministična gibanja našla v njej svojo ikono.

Kognitivna remediacija duševnih motenj

Mojca Zvezdana Dernovšek, Maja Smrdu

V strokovni literaturi se vse pogosteje pojavlja termin kognitivna remediacija, ki pa je pri nas še relativno neznan ali pa je celo napačno uporabljen, predvsem kot sopomenka kognitivni rehabilitaciji. Vendar pa je potrebno poudariti, da med omenjenima pojmom obstaja bistvena razlika. Termin remediacija namreč označuje korekcijo napake oz. določene pomanjkljivosti, medtem ko rehabilitacija pomeni, da s treningom vrnemo delovanje specifične funkcije na njen normalen nivo, takšen, kot je bil pred nastopom bolezni. Zato pri boleznih, kot so shizofrenija in čustvene motnje (npr. bipolarna motnja in težka, trajajoča depresija), ki trajno posegajo in spremenijo določene človekove sposobnosti, govorimo o remediaciji.

Težave v kognitivnem funkcioniranju se kažejo praktično pri vseh duševnih motnjah. Medtem ko so pri nekaterih bolj prehodne narave, pa so pri drugih spremljajoči del bolezni in odsevajo njen potek. Kadar se kognitivne sposobnosti slabšajo, s tem tudi povratno negativno vplivajo na nadaljnji razvoj bolezni. To je še zlasti očitno pri shizofreniji in nekaterih čustvenih motnjah. Pri shizofreniji so nevrokognitivni deficiti vezani na pozornost, spomin, sposobnost učenja in izvršitvene funkcije. Bipolarna motnja je povezana z deficiti na področju pozornosti (predvsem prostorske), delovnega spomina, epizodičnega in verbalnega spomina ter izvršitvenih funkcij. Pri depresiji pa so glavni kognitivni problemi vezani na hitrost procesiranja, eksekutivne disfunkcije in motnje pozornosti.

Kognitivne motnje so tiste, ki napovedujejo dolgoročen izid socialnega, poklicnega funkcioniranja in samostojnega življenja. V zahodni Evropi je na voljo precej programov rehabilitacije kognitivnih funkcij, ki se trenutno največ uporabljajo za osebe s poškodbami glave in za ljudi, ki imajo težave v procesu učenja. Rezultati so dobri, saj se je tako v raziskovalnih projektih kot v praksi pokazalo, da so posamezne kognitivne funkcije, na katere se z ustreznim treningom lahko vpliva, povezane z vsakodnevnim funkcioniranjem. V zadnjem času pa se tovrstni programi vse bolj prenašajo tudi na druge ciljne skupine, npr. na osebe s težavami v duševnem zdravju, zlasti shizofrenijo, pa tudi bipolarno motnjo.

Da bi lahko vplivali ne samo na upočasnitev kognitivnega upada, temveč izboljšali določene kognitivne funkcije, so psihologi razvili obravnavo, ki sodi v sklop vedenjskega zdravljenja – kognitivno remediacijo. Uporablja se ciljno za nevrokognitivne oškodovanosti in skozi praktično individualizirano vadbo ter skupinske razprave izboljšuje kognitivno funkcioniranje, ključno za učenje in osnovno vsakodnevno funkcioniranje ter za kompenzacijske strategije za zmanjšanje učinka vztrajajočih kognitivnih okvar. Jasno je namreč, da se brez specifične stimulacije določenega

funkcioniranja ne da spremeniti. Nedvomno torej ponuja možnost, da bi bolniki dosegli stanje, ki jim bo omogočalo kolikor se da samostojno življenje, brez tuje pomoči. Kognitivna remediacija zahteva prisotnost terapevta in uporabo različnih tehničnih pripomočkov za implementacijo različnih metod treninga.

Namen

Namen kognitivne remediacije je podpiranje kognitivnih zmogljivosti, ki so šibke, in učenje nadomestnih strategij. Pri ljudeh z duševno motnjo se kognitivna remediacija osredotoča na naslednje nevropsihološke funkcije:

- pozornost in koncentracijo,
- spomin,
- načrtovanje,
- kontrolo lastnega dela in vedenja,
- razumevanje socialnih interakcij in sporočil,
- strategije za reševanje problemov,
- identifikacijo napak in prilagajanje na osnovi povratnih informacij.

Ob tem, ko se ustvari dolgoročne spremembe v nevrokogniciji, kar že samo po sebi izboljša bolnikovo funkcioniranje, pa se hkrati poveča tudi učinke drugih terapevtskih ukrepov.

Kognitivno remediacijo lahko v procesu zdravljenja vključimo na različnih točkah:

1. Kot nadaljevanje akutnega zdravljenja – tako v ambulantni kot v bolnišnični obravnavi.
2. Že osebni zdravniki lahko ob zgodnji prepoznavi tovrstnih bolnikov predlagajo kognitivno remediacijo. To je ključno v prvih letih zdravljenja duševne motnje in v primeru dolgotrajnih staležev, ki so posledica duševnih motenj.
3. Ob možnosti izboljšave specifičnega vidika posameznikovega funkcioniranja, kot je aktivno poklicno življenje ali dokončanje poklicnega izobraževanja.

Potek

Kot prvo mora remediator zelo dobro poznati, katere kognitivne funkcije podpirajo in omogočajo določeno funkcioniranje, znati stanje objektivizirati in ustrezno načrtovati ter spremljati kognitivno remediacijo. Tako mora npr. vedeti, da so za ustrezno socialno funkcioniranje (ki je pri bolnikih z duševno motnjo pogosto močno prizadeto) ključni: deklarativni spomin, pozornost in izvršitvene funkcije. Z različnimi kognitivnimi nevropsihološkimi testi, ki so tudi računalniško podprti, mora oceniti prvotno stanje (in v nadaljevanju zdravljenja nastale spremembe) in na osnovi tega načrtovati ter izvajati vadbo, ki je zelo natančno prilagojena posamezniku. Zlasti v tej točki so bistvenega pomena izkušnost, strokovnost, fleksibilnost in

ustvarjalnost remediatorja, saj lahko ob napačnem načrtovanju in nestrokovnem izvajanju remediacije bolniku zmanjša zaupanje vase in v proces zdravljenja ter motiviranost za to.

Na začetku kognitivne remediacije se naredi posameznikov profil moči in šibkosti, tako da remediator ve, katere bolnikove močne sposobnosti bo uporabil za podporo šibkejšim.

Aktivni del ukrepov kognitivne remediacije je ponavljanje vaj na nevropsiholoških nalogah. Cilj teh je ali direktna okrepitev določene nevrokognitivne spretnosti, potrebne za izvedbo posamezne naloge, ali da bolniku omogočijo pridobivanje kompenzatornih strategij na področjih, kjer so prisotne kognitivne težave (npr. semantično grupiranje za spominske deficite). To izboljšanje nevrokognitivne spretnosti se nato generalizira na nevropsihološke teste, ki niso bili uporabljeni za vajo, vendar imajo podobne nevrokognitivne zahteve. Kadar bolnik ustrezno obvlada ta korak, se tako pridobljene spretnosti prenese še konkretno, v bolnikovo življenje in se jih znova utrjuje najprej v bolj specifičnih dejavnostih, zatem pa se jih poskuša čim širše generalizirati.

Na kaj bi morala biti kognitivna remediacija usmerjena?

Smiselno je, da interveniramo pri tistih kognitivnih težavah, ki imajo največji vpliv na posameznikovo življenje, vendar pa se te lahko razlikujejo glede na različne življenjske funkcije in izkušnje posameznika. Tako študije Greena s sodelavci (2002) kot McGurka in Mueserja (2004) zaključujejo, da so spomin in eksekutivne funkcije ključnega pomena pri napovedovanju splošnega funkcioniranja. Hkrati pa so pomembne tudi nekatere druge osnovne funkcije, kot je vzdrževana pozornost, čeprav imajo nekoliko manjši vpliv. Torej je smiselno remediacijski proces vedno usmeriti tudi na te funkcije.

Pa pogledjmo najprej, **na kaj** najbolj vpliva kognitivna remediacija: Rezultati kažejo, da trening na kognitivnih nalogah, usmerjen na določene nevrokognitivne deficite, izboljšuje določene vidike nevrokognicije. To je še najbolj razvidno na naslednjih področjih: delovni spomin, sposobnost rezoniranja/reševanja problemov, besedni in nebesedni epizodični spomin ter hitrost procesiranja. Nekatere izboljšave na področju delovnega spomina lahko izboljšajo bolj kompleksne eksekutivne funkcije, vendar zgolj do določene meje (najverjetneje do nivoja povprečnega funkcioniranja). Metaanaliza dosedanjih študij kognitivne remediacije je pokazala, da ima ta učinek na splošno kognitivno funkcioniranje in na šest od sedmih merjenih kognitivnih področij: hitrost procesiranja, verbalni delovni spomin, verbalno učenje in spomin, spomin za vizualno učenje, rezoniranje in reševanje problemov. Študije so ravno tako pokazale, da je kognitivno izboljšanje neodvisno od drugih simptomov shizofrenije. Hkrati pa ima lahko kognitivna remediacija pozitiven vpliv na druge simptome, ker omogoča pozitivno izkušnjo učenja, kar povzroči dvig samospoštovanja in samoučinkovitosti ter s tem izboljšuje depresijo. Več študij je pokazalo, da kognitivna remediacija izboljšuje razpoloženje, kar je zlasti pomembno

pri zdravljenju čustvenih motenj. Dokazane so bile izboljšave pri socialnem funkcioniranju, zlasti pri komunikaciji in osebni avtonomiji ter v kakovosti življenja. Pacienti, ki prisostvujejo kognitivni remediaciji, kažejo večji napredek v spretnosti pridobivanja in zadrževanja dela tudi v bolj tekmovalnem delovnem okolju, v kakovosti in zadovoljstvu v socialnih odnosih in sposobnosti reševanja medosebnih problemov. Randomizirane kontrolne študije pa so pokazale učinkovitost kognitivne rehabilitacije na pozitivne in negativne simptome ter dolgotrajen učinek na socialno funkcioniranje.

Kaj pri kognitivni remediaciji najbolj deluje:

Za paciente s shizofrenijo optimalna učna metoda zajema učenje strategij in računalniško podprto vadbo. Pomembna je tudi večja intenzivnost zdravljenja (npr. dvakrat tedensko). Izjemnega pomena pa je tudi izkušnost terapevta, saj bolj izkušen in izobražen terapevt hitreje zazna subtilnejše vidike kognitivnih deficitov in zna bolj učinkovito voditi personalizirano zdravljenje. Medalia je s sodelavci (2005) dokazala, da so pacienti bolj izkušenih in izobraženih terapevtov bolj izboljšali svoje funkcioniranje, so bili bolj redno prisotni pri zdravljenju in so ga hitreje zaključili.

Kognitivna remediacija z več dejavniki vpliva na izboljšanje zdravstvenega stanja bolnika in hkrati na učinkovitost programov zdravljenja. Ključni so: skrbna spremljajoča psihiatrična rehabilitacija, metode kognitivnega treninga in starost pacienta. Zlasti se izpostavlja psihiatrično rehabilitacijo, saj lahko s kognitivno remediacijo vodita k sinergističnemu učinku. Podobno je pri bipolarni motnji, kjer se kot pomemben dejavnik za izboljšanje funkcioniranja ob psihiatrični rehabilitaciji dodaja še psihoedukacijo.

Kognitivno-remediacijska terapija

Kognitivno-remediacijska terapija je nastala na osnovi kognitivne remediacije, vendar jo je še dopolnila s povsem jasno strukturo in poudarkom vloge metakognicije in transferja naučenega znanja in spretnosti v konkretno življenjsko okolje bolnika. Ta terapija sloni tako na razumevanju kognitivnega funkcioniranja Shallica in Burgesa (1990) ter njunem supervizijskem sistemu pozornosti ter Frithovih (1987) avtomatskih in voljnih poteh dejanj. Tako se že v grobem loči terapevtski pristop za rutinske in za nerutinske dejavnosti, saj so v ozadju teh različne kognitivne sheme. Kljub temu, da smo si marsikje poenostavili življenje z rutinskimi dejavnostmi, pa vseeno večino našega življenja zajemajo nerutinske aktivnosti in teh ne moremo ustrezno izvajati brez metakognicije. Ta je opredeljena kot sposobnost reflektiranja in reguliranja lastnega mišljenja.

Za to, da se zopet naučene spretnosti ustrezno prenesejo iz laboratorijske situacije v vsakodnevno življenje, pa potrebujemo sposobnost transferja. Vedno več je podatkov, da določeni tipi treninga omogočajo transfer, zlasti t.i. »oddaljen transfer«, pri katerem se učna situacija razlikuje od situacije, v kateri moramo uporabiti naučene spretnosti. To je izrazito pomembno, saj če bi morali trenirati kognitivno shemo za vsako možno situacijo, v

kateri se lahko posameznik znajde, bi bilo to zelo dolgotrajno in mukotrpno delo, če bi se ga sploh dalo izvesti.

Zaključek

V zahodnem svetu je kognitivna remediacija vedno bolj uporabljena metoda zdravljenja in izboljševanja funkcioniranja bolnikov s težavami v duševnem zdravju, zlasti s shizofrenijo. V zadnjem času pa se vse bolj usmerja tudi na paciente z bipolarno motnjo in kronično depresijo. Popolnoma normalno, če pogledamo številne raziskave, ki so dokazale njeno učinkovitost in koristnost, in to ne samo v laboratorijski, terapevtski situaciji, ampak tudi v resničnem življenju. Še več – kar se bolnik skozi tovrstno terapijo nauči, lahko potem samostojno prenaša še na

druge situacije in v svojem funkcioniranju samostojno napreduje. Zaradi jasnih pozitivnih učinkov na bolnikovo funkcioniranje se proces zdravljenja usmerja v še subtilnejše in ožje fokusirane programe kognitivne remediacije, kot je kognitivna remediacijska terapija, ki še povečujejo učinkovitost tovrstnega zdravljenja. V Sloveniji je kognitivna remediacija še zelo na začetku in zaenkrat še orientirana v splošnejše deficite. Kljub temu pa se (vsaj) na Psihiatrični kliniki Ljubljana vztrajno razvija naprej tako v smeri remediacije specifičnih kognitivnih motenj kot zajemanja širše populacije oseb z duševno motnjo.

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

(Ne)varnost cepljenja

Alenka Trop Skaza, Lucija Bešković

Uvod

Nalezljive bolezni ogrožajo zdravje prebivalcev vseh starostnih skupin. Cepljenje je najpomembnejši javnozdravstveni ukrep; zaradi njega so bile v svetovnem merilu izkoreninjene črne koze in številne nalezljive bolezni se pojavljajo zelo redko.

Pričakovanja glede varnosti cepiv so zelo visoka, saj se za zaščito pred določenimi nalezljivimi boleznimi cepi večinoma zdrave ljudi. Pogosto se določeno zdravstveno stanje, ki sledi cepljenju, pojmuje kot zaplet ob cepljenju. A redkih in resnih dogodkov, ki so povezani s cepljenjem, brez študij primerov s kontrolami, v katerih iščemo vzročno povezavo med cepljenjem in neželenim dogodkom, ne moremo pripisati cepljenju.

Vsa cepljenja s seboj prinašajo določena tveganja, ker gre za poseg v telo. Neželeni (stranski) učinki po cepljenju so lahko prave reakcije na cepljenje zaradi cepiva, lahko so posledica načina dajanja cepiva ali pa nastanejo zaradi določenega stanja cepljene osebe. Neželeni učinki po cepljenju lahko vključujejo »prave« ali »resnične« neželene učinke, koincidenčno (časovno zaporedje dogodkov, ki bi se zgodili, tudi če oseba ne bi bila cepljena), napake, ki so povezane z nepravilno pripravo cepiva, nepravilnim ravnanjem s cepivom ali nepravilnim dajanjem, in predhodno nepovezane dogodke, ki jih ne moremo povezati s cepivom ali njegovim dajanjem. Neželeni učinki se pojavijo kot lokalne reakcije, kot sistemske reakcije ali pa kot alergijske reakcije; anafilaksija kot najhujša stopnja alergijske reakcije se pojavi pri manj kot eni osebi na milijon cepljenih.

Sistem spremljanja neželenih učinkov po cepljenju v Sloveniji

V Sloveniji področje cepljenja ureja Zakon o nalezljivih boleznih, Pravilnik o cepljenju, zaščiti z zdravili in varstvu pred vnosom in razširjanjem nalezljivih bolezni ter Program

imunoprofilakse in kemoprofilakse za tekoče leto. Nalezljive bolezni, proti katerim v Sloveniji cepimo predšolske in šolske otroke v skladu z zakonodajo, so davica, tetanus, oslovski kašelj, otroška paraliza, okužbe, povzročene z bakterijo *Haemophilus influenzae tip b* (HiB), ošpice, mumps, rdečke, hepatitis B, okužbe, ki jih povzročajo humani virusi papiloma (HPV). Z izjemo cepljenja šestošolk proti okužbam s humanimi virusi papiloma, ki se izvaja kot neobvezno, je bil delež cepljenih predšolskih in šolskih otrok v Sloveniji v letu 2009 zelo visok, in sicer od 94,9 odstotka do 98,8 odstotka.

Poleg tega se je možno v Sloveniji cepiti še proti rotavirusnim okužbam, gripi, klopnemu meningoencefalitisu, meningokoknemu meningitisu, noricam, pnevmokoknim okužbam, tuberkulozi, hepatitisu A, hepatitisu B, rumeni mrzlici, okužbi z respiratornim sincicijskim virusom, tifusu, steklini. Stroški teh cepljenj se krijejo iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja v skladu z indikacijami, so strošek delodajalcev oziroma so cepljenja samoplačniška. Zakon o nalezljivih boleznih poleg postopka cepljenja ureja tudi pravice v zvezi z ugotavljanjem obstoja upravičenih razlogov za opustitev obveznega cepljenja in odškodninsko odgovornost države za škodo, ki jo zaradi obveznega cepljenja utrpí posameznik. Predlog za opustitev cepljenja obravnava Komisija za cepljenje pri Ministrstvu za zdravje; na osnovi njenega mnenja minister izda odločbo o (ne)opustitvi cepljenja.

Razprava

V sledenju neželenih učinkov po cepljenju je izredno pomembno spremljanje dinamike določenih zdravstvenih stanj, ki so lahko vzročno povezana s cepljenjem. Na ta način spremljamo varnost cepiv v uporabi in beležimo redke neželene dogodke, ki so lahko v vzročni povezavi s cepljenjem, jih pa v kliničnih študijah niso zaznali. Gre za pasiven sistem spremljanja neželenih učinkov po cepljenju, beležijo se vsi prijavljeni neželeni učinki, občutljivost pa

ima prednost pred specifičnostjo. Evidentiranje neželenih učinkov po cepljenju v Sloveniji spremlja register neželenih učinkov, pridruženih cepljenju na Inštitutu za varovanje zdravja RS.

V svetu je z zamenjavo živega peroralnega cepiva proti otroški paralizi z mrtvim cepivom za intramuskularno aplikacijo izginila postvaccinalna otroška paraliza, ki se je sicer zelo redko pojavljala kot neželeni učinek po cepljenju z živim cepivom. Prav tako se je na osnovi spremljanja neželenih učinkov po cepljenju izboljšal varnostni profil acelularnega cepiva proti davici, tetanusu in oslovskemu kašlju.

V Sloveniji je bilo po vseh cepljenjih, opravljenih v letu 2009, Inštitutu za varovanje zdravja posredovanih 419 prijav neželenih učinkov, izdanih pa je bilo 668.400 odmerkov različnih cepiv. Največji delež prijav (67,6 odstotka) je bil zabeležen po cepljenju s cepivi, ki se uporabljajo v rutinskem programu cepljenja. Pri skoraj polovici prijav (44,2 odstotka) je šlo le za lokalne reakcije po cepljenju, ki so običajno blage in minejo brez posebnih ukrepov. Zaradi neželenih učinkov je bilo bolnišnično obravnavanih 22 oseb.

Po opravljenih cepljenjih z inaktiviranimi cepivi se sicer pojavijo neželeni učinki običajno v 48 urah po cepljenju. Največkrat gre za bolečino, oteklino in rdečino na mestu vboda. Izredno redko se pojavi dalj časa trajajoča bolečina pri cepljenjih v mišico zaradi nehotenega injiciranja cepiva v sinovialno tkivo. Po cepljenju z acelularnim cepivom proti davici, tetanusu in oslovskemu kašlju (DTPer) se lahko pojavi večja oteklina na mestu intramuskularne aplikacije. Pri cepljenju zlasti adolescentov so zaradi psihosomatske specifičnosti tega obdobja nekoliko bolj pogoste sinkope; zaradi njih lahko ob padcu pride do poškodb. Pri cepljenju s cepivi, ki vsebujejo oslabiljene žive povzročitelje (npr. cepljenje proti ošpicam, mumpsu in rdečkam), se neželeni učinki lahko pojavijo tudi do šest tednov po cepljenju kot slabost, povišana telesna temperatura, bolečine v sklepih, edem parotidnih žlez.

V začetku devetdesetih let prejšnjega stoletja je cepljenje proti hepatitisu B v Franciji spremljala močna promocijska kampanja, v kateri se je proti hepatitisu B cepilo več kot 20 milijonov oseb, v glavnem mladostnikov in mlajših odraslih. Opisi posameznikov, ki so po cepljenju zboleli za multiplo sklerozo, so bili dovolj, da se je cepljenje pričelo omenjati kot vzročni dejavnik za multiplo sklerozo in druge avtoimunske bolezni. Zaupanje ljudi v cepljenje je bilo porušeno; v Franciji je delež cepljenih proti hepatitisu B še vedno nizek, čeprav so dokazali, da cepljenje proti hepatitisu B, gripi, tetanusu, ošpicam in rdečkam ni povezano z nastankom multiple skleroze in optičnega nevritisa.

Leta 2005 so se v ZDA pojavili strahovi glede povezave med cepljenjem proti meningokoknemu meningitisu s konjugiranim štirivalentnim meningokoknim cepivom in Guillain-Barréjevim sindromom. Po analizi podatkov se je pokazalo izredno nizko statistično tveganje za pojav Guillain-Barréjevega sindroma pri cepljenih osebah. Kljub temu dokazanemu tveganju so strokovnjaki opozorili na previdnost pri interpretaciji podatkov, saj ni bilo podatkov o bazični incidenci sindroma; cepljenje je glede na tveganja za okužbo in njene posledice priporočljivo.

Starejša cepiva proti steklini, ki so bila pridobljena na kulturah možganskih celic sesalcev, so bila povezana s povečanim tveganjem za pojav Guillain-Barréjevega sindroma. Nova rekombinantna cepiva, ki jih uporabljamo v razvitih državah in so pridobljena na celičnih jajčnih kulturah, niso povezana s povečanim tveganjem za pojav Guillain-Barréjevega sindroma.

Tudi hujših neželenih akutnih nevroloških težav po cepljenju s cepivom DTPer (epileptični napadi, kolapsi, dalj časa trajajoč jok otroka) v študijah primerov s kontrolami niso povezali z opravljenim cepljenjem. Cepljenje proti ošpicam, mumpsu in rdečkam (MMR) ni povezano s pojavom avtizma, kar so dokazali v epidemioloških študijah; prav tako ni s pojavom avtizma povezan tiomersal, ki ga vsebujejo nekatera cepiva. Vsa cepiva, ki so na voljo v Sloveniji, so deklarirana kot »cepiva brez tiomersala.« Edino cepivo, ki vsebuje tiomersal v sledovih (manj kot 0,5 mikrogramov tiomersala na odmerek oziroma manj od 0,25 mikrograma živega srebra na odmerek cepiva), je cepivo proti hepatitisu B.

Uvedbo novega cepiva pogosto spremljajo poročila o porastu avtoimunskih stanj pri cepljenih osebah, ki jih pripišejo cepljenju, saj cepljenje spodbudi delovanje imunskega sistema. Najnovejše cepivo, ki je bilo v programe cepljenja za odrasčajoča dekleta uvedeno v številnih državah po svetu, je cepivo proti okužbam s humanimi virusi papiloma (HPV). Septembra 2006 je uporabo cepiva v EU odobrila Evropska agencija za zdravila (EMA). Cepljenje proti HPV je del rednega programa na Danskem, v Franciji, Nemčiji, na Portugalskem, v Španiji, Grčiji, Luksemburgu, Belgiji, Švedski, Italiji, Norveški, Nizozemski, Veliki Britaniji, Švici, Makedoniji, ZDA, Kanadi, Avstraliji in Sloveniji.

Prevalenca avtoimunskih bolezni med odrasčajočimi in mladimi ženskami ni nizka. Ocena prevalence multiple skleroze v Evropi je 83 na 100.000; oboleva dvakrat več žensk kot moških. Dejstvo je, da zanesljivih podatkov o incidenci avtoimunskih bolezni ni, kar pomeni, da je zelo težko dokazati povezavo med cepljenjem in avtoimunskimi boleznimi. V ZDA so analizirali avtoimunska stanja, ki so se pojavljala med mladostnicami in mladimi ženskami pred uvedbo cepljenja proti HPV. Avtoimunska stanja so bila razlog za nujno zdravljenje pri 10,3 odstotka mladostnic (incidenca 86 na 100.000). Najpogostejši registrirani avtoimunski bolezni sta bili sladkorna bolezen in tiroiditis; zelo pogosta je bila tudi astma. Če bi s cepivom proti HPV cepili 80 odstotkov ciljne populacije mladostnic, bi se glede na ugotovljene incidence neodvisno od cepljenja pojavila astma alergogenega izvora v 24 urah po cepljenju pri treh od 100.000 mladostnic, pri dveh pa bi v enem tednu po cepljenju ugotovili sladkorno bolezen. Najpogostejši razlog hospitalizacije cepljenih deklet bi bil tiroiditis in ne multipla skleroz ali Guillain-Barréjev sindrom.

Zaključek

Laična in strokovna javnost sta do pojava resnih neželenih učinkov, pridruženih cepljenju, veliko manj strpni kot do pojava neželenih učinkov po zdravljenju. Vsako poročanje o zdravstveni posledici, ki sledi cepljenju, med ljudmi zelo odmeva. Vsi mediji so lani poročali o smrti 14-letne britanske deklice, ki je bila

nekaj ur pred smrtjo cepljena proti HPV. Bistveno bolj skromno so mediji poročali o dejanskem vzroku smrti.

Dejstvo je, da je cepljenje varen način varovanja pred mnogimi nalezljivimi boleznimi, kar se je izkazalo v dolgoletnih izkušnjah. Morebitna tveganja, ki jih cepljenje prinaša, so v primerjavi z morebitnimi posledicami bolezni, proti kateri cepimo, bistveno manjša, vsekakor pa jih ne moremo povsem izključiti. Nasprotniki cepljenja zatrjujejo, da so cepljenja škodljiva, nepotrebna in da služijo interesom farmacevtskih družb in njihovem dobičku. Takšen dvom je pri tistih, ki ne poznajo strogih pogojev proizvodne prakse in postopkov registracije cepiv na podlagi predkliničnih in kliničnih podatkov oziroma študij, razumljiv.

Starši otrok in drugi posamezniki, ki cepljenje zavračajo, pogosto zatrjujejo, da s tem ne ogrožajo nikogar. A za učinkovito zaščito kroženja mnogih nalezljivih bolezni, ki jih lahko preprečimo s cepljenjem, moramo doseči kolektivno imunost ciljne populacije. Zdravstveni strokovnjaki smo pogosto soočeni z odklonilnimi stališči do cepljenja. Ljudje dvomijo v neodvisnost zdravnikov. Na določene trenutke se ustvarja paranoja – vse je teorija zarote. Starši želijo, da cepljenje ne bi bilo obvezno, ampak prostovoljno. Vprašanje pa je, ali je naša družba za tak pristop dovolj zrela in poučena. Žal so otroci tisti, ki v primeru bolezni zaradi odklonitve cepljenja nosijo zdravstvene posledice. Za preventivo pa je takrat prepozno.

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

Skupščina Svetovne zveze zobozdravnikov

Rok Šušterčič

Rok Šušterčič in Špela Turk Bezljaj sva se septembra 2010 udeležila skupščine Svetovne zveze zobozdravnikov (*World Dental Federation – FDI*), ki je tokrat potekala v Braziliji, v mestu Salvador da Bahia. Udeležila sva se najpomembnejših sestankov in aktivno sodelovala na generalni skupščini. Delegacijo je vodil doc. dr. Premik, dr. dent. med.

Generalna skupščina je najpomembnejši dogodek, kjer se srečajo predstavniki zobozdravniških nacionalnih združenj z vsega sveta. Sestanki so bili razpotegnjeni preko celega tedna in ocenjujeva, da sva zelo uspešno navezala stike s predstavniki evropskih zobozdravniških zbornic in tudi predstavniki *British Dental Association* (BDA) ter *American Dental Association* (ADA). Predstavila sva delovanje Zdravniške zbornice Slovenije in razmere v zobozdravstvu v Sloveniji. Sodelovala sva pri sprejemanju revizije *FDI Statements*, volitvah funkcionarjev, udeležila sva se sestankov Sveta FDI ter si ogledala tudi najbolj zanimive seminarje in delavnice, pa tudi dentalno razstavo, na kateri so sodelovali številni razstavljalci.

FDI razvija globalni stalni izobraževalni program, s katerim pospešuje prenos znanja in izmenjavo izkušenj z dostopom do najbolj kakovostnih virov. Ta program vključuje izobraževalni del, kjer potekajo predavanja, seminarji in »hands on« delavnice. Odbor za izobraževanje FDI je razvil aktivnosti in smernice za stalni strokovni razvoj zobozdravnikov, s katerimi zobozdravniki vzdržujejo, izboljšujejo ter širijo znanje in veščine ter so seznanjeni z napredkom v stroki in tako lahko zagotavljajo svojim pacientom visoko kakovost zdravljenja.

FDI je pomembna mednarodna organizacija, ki skrbi za globalno promocijo oralnega zdravja. V njenem okviru poteka *Global Caries Initiative*, s katero skuša ustvariti partnerstva

med ključnimi odločevalci na raziskovalnem, izobraževalnem, kliničnem področju, v javnem zdravju, vladnih institucijah in industriji za učinkovito spremembo zdravstvenih sistemov in obnašanja posameznikov v skrbi za oralno zdravje. Vključena je v *Global Mercury Partnership* ter sodeluje v globalni regulaciji živega srebra, tako da se z vprašanji, povezanimi s dentalnim amalgamom, vključuje v delovne skupine Združenih narodov.



Doc. dr. Marjan Premik, dr. dent. med., Špela Turk Bezljaj, dr. dent. med., in Rok Šušterčič, dr. dent. med. (z leve).

V skupini profesionalnih zdravstvenih zvez (*World Health Profession Alliance*), ki obsega globalne organizacije zobozdravnikov, sester, farmacevtov in zdravnikov, je bil FDI povabljen, da sodeluje kot primarni partner pri uvajanju *The WHO Patient Safety Curriculum Guide* za izboljšanje varnosti pri zdravljenju pacientov skupaj z OSAP (*Organization for Safety, Asepsis and Prevention*) in drugimi vodilnimi zdravstvenimi organizacijami.

FDI je skupaj s *Unilever Oral Care* ustanovil javno-zasebno partnerstvo za izpeljavo projekta *Live.Learn.Laugh* z nalogo izboljšati oralno zdravje po vsem svetu.

FDI ima tudi založbo *FDI World Dental Press Ltd*, ki objavlja ugledne mednarodne revije in knjige s številnih področij, *International Dental Journal*, *Developing Dentistry*, *Community Dental Health*, *European Journal of Prosthodontics & Restorative Dentistry*, *Journal of the International Academy of Periodontology*. Pri tej založbi je izšla tudi zelo obsežna, a pregledna publikacija *The Oral Health Atlas*, ki zajema podatke o oralnem zdravju po svetu in vključuje tudi predloge in rešitve za posameznike in populacije.

Publikacije najdete na spletni strani [http://www.fdiworlddental.org](http://www.fdiworlddental.org/www.fdiworlddental.org) in www.oralhealthatlas.org.

Seminar

Kompetentnost v estetiki

Igor Potočnik

V Budimpešti je 12. in 13. novembra 2010 potekalo zobozdravstveno srečanje, namenjeno predstavitvi sodobnih možnosti estetske obnove zob. Srečanje vsako leto organizira eden vodilnih svetovnih proizvajalcev na področju kompozitne in porcelanske tehnologije zobozdravstvenih materialov, tovarna Ivoclar-Vivadent iz Liechtensteina. Udeležilo se ga je blizu 1000 zobozdravnikov in zobotehnikov iz vseh držav vzhodne Evrope, med njimi okrog 40 iz Slovenije.

Namen seminarja je bil predstaviti sodobne možnosti estetskih rešitev na področju nadgradenj na zobnih implantatih, inlay/onlay indirektni tehniki ter kompozitnih plombirnih materialov in tehnik plombiranja. Organizator pa je za predavatelje povabil nekaj uglednih strokovnjakov iz srednjeevropskega prostora in Brazilije.

Posebno pozornost so namenili možnostim, ki jih ponuja nova litijevo-disilikatna porcelanska zmes. Širša paleta barv in predvsem različne stopnje prosojnosti materialov omogočajo natančno posnemanje naravnih značilnosti zoba. Rdeča nit seminarja pa je bil prikaz možnosti predprotetične priprave mehkih tkiv, tako v terapevtskem kot tudi v estetskem smislu.

Načrtovanje celovite estetske prenovе začenjajo z analizo fotografij obraza in kratkih filmov, s pomočjo katerih natančno preučijo tudi dinamične dejavnike, pomembne za estetski videz pacienta, npr. linijo smeha. Načrtovanje estetike obzobnih tkiv (angl. *pink esthetics*) ni več le prilagoditev načrtu restavracije zob, ampak velja skoraj obratno: načrtovanje estetike restavriranih zob se prilagaja terapevtskim možnostim v področju obzobnih tkiv. Delo poteka v več fazah, od navoska do končne postavitve. Tudi končna rešitev je začasno cementirana za leto dni, kar zobozdravniku omogoča občasno snemanje in natančno kontrolo stanja obzobnih tkiv.

Pri vstavitvi implantatov je glavno vodilo smer vstavitve, ki omogoča estetsko vključitev porcelanske nadgradnje v celovit načrt. V primerih, ko s kirurškimi tehnikami to ni mogoče, si pomagajo z dograditvami strukture na implantatih z roza kompoziti.

Predavatelji so prikazali več primerov t.i. »visoke stomatologije«, ki so z didaktičnega vidika zelo poučni in prikazujejo končni dosegi stroke danes. Vsekakor pa to niso posegi, ki bi jih zobozdravniki udeleženci seminarja naslednji dan uporabili pri dnevnem kliničnem delu. Organizatorji so posebno pozornost namenili sodelovanju zobozdravnika in zobnega tehnika, kar so poudarili s skupnim nastopom obeh na odru. To so podkrepili z visokotehnološko projekcijo slike, kar je udeležencem omogočalo celovit vpogled v dinamiko kompleksnih zobozdravniških rešitev.

Za večerno vzdušje je organizator poskrbel z zabavnim programom, živo glasbo in razkošnim jedilnikom. No, po polnoči je večina vseeno omagala.

Sobotno dopoldne je bilo namenjeno kliničnemu prikazu prejšnji dan predstavljenih tem. Na odru so postavili zobozdravniški stol in s pomočjo videotehnologije na veliki ekran prenašali sliko terapevtskih postopkov v pacientovih ustih. V prvem delu so prikazali izdelavo direktne luske iz kompozitnega materiala, kar je bila skupaj z nekaterimi nasveti in tehničnimi rešitvami za udeležence seminarja najbrž edina predstavitev, ki jo je mogoče naslednji dan posnemati pri dnevnem delu. V drugem delu so prikazali pripravo zoba za keramični inlay, »elektronski odtis« in virtualno načrtovanje s pomočjo CAD/CAM-tehnologije na odru ter takojšnjo izdelavo in vstavitve v zob.

Prikazane teme na letošnjem seminarju presegajo možnosti uporabe v vsakodnevnem delu slovenskega zobozdravnika koncesionarja, predvsem zaradi časovnih in finančnih okvirov, v katerih dela. Tolažimo se lahko s tem, da je tak način dela »nadstandarden« tudi za večino zahodnoevropskih zobozdravnikov, ki delajo za zdravstvene zavarovalnice.

Kljub dejstvu, da celoten vzhodnoevropski trg pomeni le 4 odstotke svetovne prodaje tovarne Ivoclar-Vivadent, je njihovo vzhodnoevropsko srečanje največji tovrstni dogodek. Ker je bil namen kongresa predstaviti nove izdelke za leto 2011, je bila komercialna nota srečanja pričakovana. Kljub temu smo lahko

v predstavljenem programu našli strokovne presežke. Le-te so zagotovili predavatelji z mednarodno veljavo, ki svoj ugled potrjujejo tudi s kritično presojo predstavljene teme. Zato menim, da je bil obisk srečanja koristen.

Izjava o konfliktu interesov

Podpisani doc. dr. Igor Potočnik, dr. dent. med., avtor članka Kompetentnost v estetiki, predvidenega za objavo v reviji Isis, izjavljam, da sem članek napisal na prošnjo podjetja Ivoclar-Vivadent. Moj članek ne vsebuje reklamnih sporočil, ki bi se kakorkoli nanašala na izdelke tovarne Ivoclar-Vivadent.

Slovensko menopavzno društvo – tokrat »tam spodaj«

Damir Franić

Od 26. do 29. septembra 2010 se je Slovensko menopavzno društvo (SMD) v Sydneyju udeležilo 4. simpozija Azijsko-pacifiške menopavzalne federacije in hkrati 14. avstralskega menopavznega kongresa. Dejstvo, da smo bili edino evropsko menopavzno združenje, govori dovolj zgovorno o delu našega društva. Kot društvo smo prepoznavni doma in zlasti v tujini po aktivnih udeležbah naših članov na največjih strokovnih srečanjih, kot tudi po objavljenih raziskovalnih prispevkih v uglednih indeksiranih mednarodnih revijah. Naša gostiteljica in prijateljica je bila ambasadorica tega kongresa, prof. Lily Stojanovska iz Melbourne, ki nas je v imenu organizatorja tudi povabila k sodelovanju.

Število udeležencev na simpoziju je bilo okrog 800. Simpozij se je začel v nedeljo, 26. septembra, s predkongresnim programom, ki je obdelal definicijo in lastnosti prehoda v menopavzo (perimenopavzo) tako z vidika hormonskih sprememb kot tudi z vidika definicij in v praksi premalo uporabljene terminologije STRAW (Staging of Reproductive Aging Workshop). Sledilo je predavanje o perimenopavzalni kontracepciji. Prvi del se je zaključil z vzroki in kliničnimi algoritmi pri obravnavi perimenopavzalnih krvavit. Popoldanski predkongresni simpozij se je nadaljeval z obravnavanjem predmenstrualnega sindroma in o tem, kako spregovoriti o seksu v pomenopavzalnem obdobju. Zvečer smo sproščeno kramljali ob koktajlu dobrodošlice.

V ponedeljek se je simpozij tudi uradno začel, tako kot vse dni z zgodnjimi (ob 7.30) jutranjimi paralelnimi sekcijami nacionalnih menopavznih društev (kitajsko, indijsko in indonezijsko). Otvoritveno plenarno predavanje je bilo posvečeno ženski rasti in emancipaciji skozi čas v predavanju prof. Duru Shah iz Indije, ki je spregovorila o tem, kako se je bistveno spremenil odnos do ženske v Indiji, tudi po zaslugi velikega demokrata Mahatme Gandija. Sledila so predavanja o metabolnem sindromu. Popoldan so bile na sporedu proste teme in na koncu tudi nacionalna združenja (Avstralija, Tajsko, Malezija).

V torek zjutraj po nacionalnih sekcijah sta bili na sporedu dve pomembni temi, in sicer zgodnja menopavza in rak dojk. Rak dojk je »zimzelena« tema na vseh menopavzalnih kongresih in simpozijih zaradi strahu pred njim kot posledico dolgoletnega hormonskega zdravljenja (HZ). WHI-študija je pokazala za 26 odstotkov povečano relativno tveganje (RR) za rak dojk po petih letih uporabe kombiniranega estrogensko-progestagenskega zdravljenja (EPT). Zato so današnja razmišljanja usmerjena na uporabo čistega estrogena, po možnosti v oblikih ali v kombinaciji z intrauterinim sistemom (IUS-mirena). Če je progestagen nujen, pa imata mikronizirani progesteron ali dydrogesteron manjši vpliv na tveganje za rak dojk kot ostali progestageni.

Poseben problem ostaja reševanje klimakteričnih težav pri ženskah po operaciji raka dojk. Tako študije HABITS za klasično hormonsko zdravljenje (HZ) kot študije LIBERATE in LIFT za tibolon ne priporočajo uporabe bodisi HZ ali tibolona po operaciji in pomožni terapiji zaradi raka dojk. Kot rešitev klimakteričnih težav se priporoča nehormonsko zdravljenje. Če



Sedita z leve: prof. Lily Stojanovska (Avstralija), prof. Helena Meden Vrtovec, stojijo z leve: Tomaž Kocjan, Lucija Vrabčič Dežman, Katja Miličević in Damir Franić.

nehormonsko zdravljenje ne učinkuje, se priporoča individualni pristop, bodisi s čistim estrogenom, vaginalnim estrogenom ali tibolonom pri tistih, ki niso na/po pomožnem zdravljenju. Vsekakor je mirena možnost za preprečitev progestagenskega vpliva na receptorje v dojkah.

Predavanje o HZ v posebnih situacijah se nanaša tudi na drugi veliki problem HZ – vensko trombozo. Ne priporoča se peroralno HZ, ampak obliži, injekcije, kreme ali tibolon. Tudi tukaj se je treba izogniti progestagenskemu vplivu in zlasti 1. prehodu skozi jetra kot »triggerju« tako za vnetne kot tudi trombotične procese. Žal se še vedno vsi sklicujejo na študijo ESTHER, kar pomeni, da v tem obdobju ni bilo novih študij na tem področju.

V torek zvečer smo imeli družabni večer na lepi ladji, ki nas je počasi peljala skoz Sydneyjski zaliv. Ob izbrani hrani in pijači smo se lahko tudi zazibali v plesnih ritmih ob prečudovitih pogledih na »Sydney by night«. Žal povsem sproščeni nismo mogli biti, kajti v sredo zgodaj zjutraj smo nastopali tudi mi.

V sredo ob 7.30 zjutraj je bila možnost, da bi bil po družabnem večeru poleg nas in predsedujočih v dvorani še kdo, majhna. Kljub temu smo zelo uspešno zastopali barve Slovenije. Najprej je Katja Miličević predstavila zunajtelesno magnetsko inervacijo (ExMI) kot uporabno alternativo pri zdravljenju disfunkcij medeničnega dna. Metoda je uporabna zlasti pri tistih pacientkah, ki so po operaciji, ali pri tistih, ki ne morejo sodelovati pri aktivni fizioterapiji oziroma se jim ne more aplicirati intravaginalna sonda (FES).

Avtor tega prispevka je v nadaljevanju strnil uporabo HZ v zadnjih 20 letih v Sloveniji, in sicer s treh različnih zornih kotov: 1. iz zornega kota ZZZS, 2. iz nacionalnih opazovalnih študij o menopavzi v Sloveniji, ki jih izvajamo vsakih 10 let, in 3. na podlagi lastne

randomizirane klinične raziskave (RKR) – avtorjeve doktorske disertacije. Rezultati kažejo na nedvomni upad HZ v Sloveniji po letu 2003 (ZZZS), hkrati pa kažejo trend boljšega dolgoročnega sodelovanja pri uporabi HZ (Menopavza v Sloveniji 2010, RKR).

Endokrinolog Tomaž Kocjan je lepo razložil, zakaj HZ ni več zdravilo prvega izbora pri zdravljenju osteoporoze (starejša populacija, ki že ima številne dejavnike tveganja za ostale bolezni), saj je tveganje večje od koristi. Sicer HZ ostaja še vedno izbira pri mlajših pomenopavznih ženskah, zlasti tistih, ki so v zgodnji ali prezgodnji menopavzi in jim grozi osteoporoza.

Za konec sta predsednica SMD prof. Helena Meden Vrtovec in Lucija Vrabčič, vsaka s svojega zornega kota in na podlagi dveh različnih vprašalnikov, predstavili spolnost pri slovenskih pomenopavzalnih ženskah. Rezultati so več kot zanimivi in govorijo o dobrem spolnem življenju slovenskih žensk, zlasti kar zadeva njihovo osebno dožemanje. Vsekakor bi bilo treba v bodoče vprašalnike standardizirati, kar bi omogočilo objavo naših rezultatov v svetovni literaturi.

Na koncu je treba poudariti, da smo se uspešno predstavili »tam spodaj«, hkrati pa o menopavzalni medicini nismo slišali nič novega. Žal je interes farmacevtske industrije po izsledkih študije WHI vse slabši, kar pomeni manj investicij v nove raziskave. Ne glede na celostni pristop, ki je sedaj v trendu, se bo brez interesa farmacije in novih zdravil kriza še nadaljevala. Upajmo, da ne predolgo.

Že junija 2011 bo svetovni menopavzalni kongres v Rimu, kjer ima v znanstvenem odboru tudi Slovenija svojega predstavnika. Organizatorji obljublajo številne novosti v pristopih k obravnavi pomenopavzalne ženske.

Kongres Evropskega združenja za internistično onkologijo

Martina Reberšek

Tokratni kongres Evropskega združenja za internistično onkologijo (ESMO), že 35. po vrsti, je potekal od 8. do 12. oktobra 2010 v Milanu in je gostil 16.000 udeležencev iz 115 držav vsega sveta. Predstavljene so bile novosti z različnih področij onkologije, ki zajemajo celostno obravnavo rakavega bolnika.

35. kongres ESMO je uradno odprl predsednik združenja, prof. David J. Kerr, v nadaljevanju pa so bili predstavljeni podatki, da je bilo tokrat 67 odstotkov več prijavljenih prispevkov v primerjavi s prejšnjim letom. Tudi letos smo s prispevki v obliki posterjev in povzetkov sodelovali zaposleni z Onkološkega inštituta Ljubljana. Svečano odprtje se je zaključilo tako, kot se spodobi za Milano, s prekrasno predstavitvijo italijanskih oper in prikazom originalnih kostumov Zeffereellijeve La Traviate iz milanske Scale.

Po letu 2000, ko je bila prvič organizirana interaktivna seja o ESMO kliničnih priporočilih v sklopu kongresa ESMO, je bila to že sedma tovrstna seja. Vsebina letošnje seje so bila priporočila za standardno zdravljenje trojno negativnega raka dojk, GIST-a ter raka slinavke. Vsa posamezna priporočila vsebujejo podatek o incidenci maligne bolezni, diagnostične kriterije, oceno tveganja, priporočila za zdravljenja ter sledenje. Priporočila ESMO so pripravljena in se redno posodablajo z namenom, da bi podprla primerne klinične odločitve, izboljšala kakovost zdravstvene oskrbe in dosegla visok skupen standard klinične prakse za vse evropske države.

Sočasno je na kongresu ESMO 9. in 10. oktobra potekal 8. ESMO-seminar bolnikov. Vodilna tema je bila rehabilitacija, ki pomembno vpliva na optimizacijo terapevtskih postopkov in

lahko izboljša kakovost življenja bolnikov z rakom ter pospeši ozdravitev.

Med najpomembnejšimi strokovnimi novostmi so bili predstavljeni rezultati kliničnih raziskav pri bolnicah z rakom dojke, bolnikih s pljučnim karcinomom, pri bolnikih s karcinomom prostate, ki bodo prinesli kar nekaj sprememb v standardnem zdravljenju. Tudi s področja sistemskega zdravljenja metastatskega melanoma prihajajo spodbudni rezultati, tokrat kliničnih raziskav z BRAF kinaznim inhibitorjem pri bolnikih z možganskimi metastazami melanoma.

Ena od prednostnih nalog evropskih onkologov je tudi obravnavanje bolnikov z redkimi tumorji. Dvajset odstotkov vseh tumorjev sodi med redke, prizadanejo pa več kot 2,5 miliona ljudi v Evropi; vsako leto zaradi njih umre 240.000 oseb. Bolniki z redkimi tumorji se soočajo s specifičnimi izzivi, kot so pozne ali napačne diagnoze, težave z iskanjem strokovnega znanja in dostopom do primernega zdravljenja, omejenim številom kliničnih raziskav ter pomanjkanjem interesa za razvoj novih zdravil zaradi omejenosti tržišča, zaradi česar je bilo ustanovljeno združenje EAARC (*The European Action Against Rare Cancers*).

Tudi na letošnjem kongresu je potekala podelitev akreditacije za center odličnosti v celoviti onkološki in paliativni oskrbi, ki jo je lansko leto prejel Onkološki inštitut Ljubljana, letos pa Klinika Golnik.

Zelo aktualna tema je bila tudi sindrom izgorevanja, ki so jo izpostavili na posebnem združenem simpoziju ESMO/AIOM, znotraj katere je odbor mladih onkologov pozval k raziskavam o medicinskem izgorevanju ter k razvoju programov za prepoznavanje tega sindroma in obravnavo, vključno z izobraževanjem na področju komunikacijskih veščin.

Tako kot vsako leto, je tudi letos v okviru kongresa ESMO potekal ESMO-izpit, ki se ga je tokrat udeležilo 141 mladih zdravnikov onkologov. Med udeleženci je bilo tudi več kot 400 predstavnikov medijev ter 2600 udeležencev razstave in satelitskih simpozijev. Prvič v zgodovini ESMO se je na tem kongresu predstavilo tudi slovensko podjetje.

V okviru kongresa vsako leto organizirajo tudi dobrodelni koncert, s katerim prispevajo denarna sredstva v sklad za boj proti raku. Na letošnjem koncertu je nastopil eden največjih tenorjev vseh časov, José Carreras. Zaradi svoje osebne izkušnje z rakom je José Carreras ustanovil mednarodni sklad za levkemijo, ki nosi njegovo ime in se bori proti tej bolezni ter spodbuja napredek v znanstvenih raziskavah.

Letošnji kongres so poimenovali kongres presežkov, tako po številu sodelujočih in udeležencev kot števila prispevkov. Številna predavanja in simpozije pa so poimenovali kar most med znanostjo in klinično prakso. Številna nova spoznanja na molekularnem nivoju se uspešno prenašajo v klinične raziskave, katerih rezultati pa dajejo novo upanje rakavim bolnikom za zdravljenje in boljšo kakovost življenja.

Naslednji je na vrsti združen kongres ECCO/ESMO/ESTRO, ki ga bo gostil Stockholm med 23. in 27. septembrom 2011.

Izjava o konfliktu interesov

Avtorica članka »Kongres Evropskega združenja za internistično onkologijo« izjavljam, da sem članek napisala na lastno pobudo in s podjetjem Pharmadab nimam nobenih poslovnih odnosov.

Prvi podiplomski tečaj protimikrobnega zdravljenja za bolnišnične zdravnike

Mateja Logar

Uporaba protimikrobnih zdravil je v preteklih nekaj desetletjih močno spremenila usodo bolnikov z okužbami, zmanjšala smrtnost in ublažila potek bolezni številnih infekcijskih bolezni. Velikemu uspehu protibakterijskih in protiparazitnih zdravil v drugi polovici prejšnjega stoletja so se v zadnjih letih pridružila številna učinkovita protivirusna zdravila in protiglivne učinkovine. Človeštvo se je za nekaj let celo uspavalo v prepričanju, da bomo z uporabo protimikrobnih zdravil skupaj s cepivi tako rekoč odpravili problem infekcijskih bolezni. Široka paleta novih antibiotikov je omogočala

njihovo uporabo brez dokazovanja povzročitelja in pogosto brez premisleka o tem, ali bolnik sploh potrebuje antibiotik.

Pokazalo pa se je, da je svet mikroorganizmov starejši, bolj izkušen in predvsem bolj prilagodljiv od človekovega. Večina mikroorganizmov je pričela ob stiku s protimikrobnimi zdravili razvijati in izražati najrazličnejše mehanizme odpornosti. Nekatere bakterije so postale odporne proti vsem znanim antibiotikom, tako da za posamezne seve sploh nimamo več na razpolago učinkovitega antibiotičnega zdravljenja. Odpornost proti protimikrobnim zdravilom se neprestano razvija tudi pri

virusih, za zdravljenje okužbe z virusom HIV potrebujemo, da preprečimo razvoj odpornosti, več zdravil hkrati. Izbira protiglivičnih zdravil je skromnejša od protibakterijske, kljub temu pa zaradi njihove vedno pogostejše rabe že opazamo širjenje odpornih sevov in vrst gliv.

Razvoj farmacevtske industrije je nekaj desetletij sledil razvoju bakterijske odpornosti, v zadnjem času se vrzel med odpornimi bakterijami in zdravili, ki so proti njim učinkovita, povečuje. Učinkovitih zdravil proti povsem odpornim gramnegativnim bakterijam ne moremo pričakovati še pet do deset let. Zaradi vedno bolj odpornih sevov bakterij se bomo žal v naslednjih letih vedno pogostejše znašli pred problemom, da ne bomo imeli na izbiro učinkovitega antibiotika za zdravljenje bolnika. Tako se bomo pogosto vrnili v predantibiotično dobo, ko so bolniki umirali zaradi okužb bistveno pogostejše kot v zadnjih desetletjih.

Poleg tega se moramo zavedati, da stroški za porabljena protimikrobna zdravila v slovenskih bolnišnicah predstavljajo skoraj četrtino vseh sredstev za zdravila v bolnišnicah. Protimikrobna zdravila sodijo v skupino zdravil, ki jo predpisujejo praktično zdravniki vseh specialnosti. V času formalnega izobraževanja se večina zdravnikov nazadnje sreča s protimikrobnimi zdravili v četrtem letniku medicinske fakultete. V zadnjih letih se vedno bolj uveljavljajo načela smiselnega predpisovanja protimikrobnih zdravil. Smiselna raba ne zajema samo omejevanje predpisovanja protimikrobnih zdravil, ampak opredeljuje tudi takšno izbiro zdravilnih učinkovin, ki so za posameznika najbolj učinkovite in varne; ob tem poskušamo z izbranimi zdravili čim manj vplivati na nastanek odpornosti pri mikroorganizmih.

Sekcija za protimikrobno zdravljenje pri Slovenskem zdravniškem društvu je 15. in 16. oktobra organizirala prvi podiplomski tečaj protimikrobnega zdravljenja za bolnišnične zdravnike, ki je bil namenjen tako specializantom kot specialistom, ki delajo v bolnišnicah in se pri svojem vsakodnevem delu srečujejo s predpisovanjem protimikrobnih zdravil.

Na tečaju smo želeli najprej osvežiti osnovna farmakološka znanja, ki so potrebna za ustrezno predpisovanje protimikrobnih zdravil. Mikrobiologi so nam osvetlili probleme zaradi vedno večjega števila bakterij, ki so odporne proti številnim antibiotikom. V zadnjih letih se v bolnišnicah in tudi zunaj njih



zelo povečuje delež po Gramu negativnih bakterij, ki izločajo betalaktamaze razširjenega spektra (extended spectrum betalactamase – ESBL) in predstavljajo vedno večji problem pri izbiri ustreznega izkustvenega zdravljenja številnih pogostih okužb. Po posameznih organskih sistemih smo preleteli najpogostejše okužbe in povzročitelje ter predstavili slovenske in svetovne smernice za njihovo zdravljenje. Drugi dan smo tečaj zaključili z delavnicami, kjer so imeli udeleženci možnost, da so predstavili probleme iz svojega vsakodnevne dela in se s predavatelji pogovorili o možnih rešitvah.

Glede na veliko zanimanje in dober odziv udeležencev načrtujemo, da bomo tečaj še ponovili. Zaradi velikega javnozdravstvenega pomena, ki ga ima predpisovanje protimikrobnih zdravil na pojav odpornosti in ne nazadnje tudi na stroške, porabljene za protimikrobna zdravila, pri sekciji za protimikrobno zdravljenje menimo, da bi bilo smiselno takšen tečaj vključiti tudi v redni program specializacij za vse zdravnike. Človekovo samozavestno prepričanje o obvladovanju mikroorganizmov bo moralo zamenjati zavedanje, da je za resnično obvladovanje okužb potrebna skrbna, premišljena izbira protimikrobnega zdravljenja, s katero bomo uspešno pozdravili posameznega bolnika, obenem pa ohranjali občutljivost mikroorganizmov za protimikrobna zdravila.

Konferenca o opioidni odvisnosti v Čikagu

Barbara Lovrečič

V znamenitem hotelu Hilton v Čikagu (ZDA) je od 23. do 27. oktobra 2010 potekala konferenca s področja opioidne odvisnosti z naslovom »Gradimo partnerstvo: napredno zdravljenje in okrevanje«. Konferenco je organiziralo Ameriško združenje za zdravljenje opioidne odvisnosti (American

Association for the Treatment of Opioid Dependence), pri čemer sta sodelovala tudi Evropsko združenje za zdravljenje opiatne zasvojenosti (European Opiate Addiction Treatment Association – EUROPAD) in Svetovna zveza za zdravljenje opioidne odvisnosti (World Federation for the Treatment of

Opioid Dependence). Letošnji cilji konference so bili: posredovati najnovejše informacije s področja, proučiti in ovrednotiti posledice novih dognanj za strokovnjake, prikaz tehnik za izboljšanje dela ter promocija prednosti skupnostnega partnerstva. Konference so se udeležili strokovnjaki iz vsega sveta, še posebej pa je bila odmevna udeležba strokovnjakov iz Vietnama. Glede na številno udeležbo se je zdelo, da globalna kriza ne vpliva bistveno na znanja željne, saj je tu možno izvedeti vse, kar je novega, izmenjati izkušnje in poglede. Iz Slovenije sva se konference aktivno udeležili dve zdravnici.

Rdečo nit programa konference predstavljajo najnovejša znanstvena dognanja na področju opioidne odvisnosti, pri pripravi in izvedbi vsebinskega programa sodelujejo svetovno najbolj vplivne institucije na tem področju, od Ameriškega združenja za medicino zasvojenosti (American Society of Addiction Medicine) do Ameriškega inštituta za zlorabo drog (National Institute on Drug Abuse). Konferenco je odprl tamkajšnji kongresnik, ki je izpostavil novo zdravstveno reformo s ciljem zagotoviti lažjo in večjo dostopnost do zdravljenja. Nato je konferenca potekala v obliki plenarnih predavanj, simpozijev in učnih delavnic. Med evropskimi strokovnjaki je vedno najbolj odmevno srečanje združenja EUROPAD.

Na konferenci je bilo veliko časa namenjenega tudi stranskim učinkom metadona. Izpostavljeno je bilo vprašanje, ali je metadon povezan z dramatičnim povečanjem fatalnih srčnih aritmij. Okrog milijon bolnikov po vsem svetu prejema metadon, anekdotična pa so poročanja o smrtnih primerih zaradi srčnih aritmij. Povezava med uporabo psihotropnih zdravil, predvsem nekaterih antipsihotikov, in tveganjem za podaljšanje intervala Q-T, ni nova. V teh primerih je potrebna previdnost pri bolnikih z anamnezo za srčno aritmijo, hipokaliemijo ali drugimi vzroki za podaljšanje intervala Q-T. Tveganje za podaljšan interval Q-T pri vzdrževalnem zdravljenju z metadonom je po nekaterih ocenah od 2 do 4 odstotke, medtem ko je tveganje za nenadno smrt zelo nizko. Izsledki italijanske raziskave so pokazali, da je samo 6,5 odstotka bolnikov, ki so bili na vzdrževalni terapiji z metadonom (odmerki med 121 in 200 mg na dan), imelo podaljšan interval Q-T (pri moških > 450 msec, pri ženskah > 470 msec), med temi primeri pa je obstajala korelacija z odmerki sočasno prejemanih psihotropnih zdravil (triciklični antidepresivi, antipsihotiki, benzodiazepini ...). Pregled strokovne literature in izsledki raziskav o umrlih med vzdrževalno terapijo z agonisti opioidov zaradi srčne aritmije kažejo, da so take smrti izredno redke, da jih ni moč vzročno povezati zgolj z agonisti opioidov in da je tveganje večje v primerih sočasne uporabe drugih drog, predvsem kokaina. Priporočila narekujejo uvedbo preventivnih ukrepov, ki slonijo predvsem na izvajanju presejalnih EKG, še posebej pri bolnikih, ki prejemajo zelo visoke odmerke psihotropnih zdravil.

Drugi stranski učinki vzdrževalnega zdravljenja z metadonom so lahko pogosti, vendar niso življenjsko ogrožajoči in zelo malo verjetno je, da bi morali zaradi njih prekiniti zdravljenje. Čezmerno znojenje, obstipacija, spolna disfunkcija in motnje spanja so lahko dolgotrajni stranski učinki. Pri bolnikih, ki prejemajo

odmerke od 80 do 120 mg metadona dnevno, so motnje spanja, obstipacija in izguba libida po treh letih zdravljenja prisotne pri 15 do 20 odstotkih bolnikov, medtem ko čezmerno znojenje pogosto traja pri vsakem drugem bolniku. Med manj pogostimi stranskimi učinki pa izstopajo težave z zobovjem, glavobol, težave s kostmi, hipogonadizem, kajenje nikotina, ki so bolj povezane s prepričanji bolnikov oziroma miti kot z dejanskimi posledicami vzdrževalnega zdravljenja.

Ustrezna obravnava odvisnih od heroina zmanjšuje kriminaliteto ter umrljivost. Podatki norveške raziskave so pokazali, da se je v obdobju od leta 1997 do 2003 pri bolnikih, ki so bili medikamentozno zdravljeni, v času zdravljenja kriminaliteta zmanjšala za 50 odstotkov v primerjavi z obdobjem pred in po zdravljenju. Največji delež kriminalnih dejanj med zdravljenjem bolnikov pa je moč pripisati osebnostni motnji. Podobni rezultati so pokazali bistveno zmanjšanje umrljivosti med zdravljenjem v primerjavi z obdobjem pred in po zdravljenju. Podobne izsledke so prikazali Švedi, ki so bili prvi na tem področju in imajo na področju zdravljenja opioidne odvisnosti z agonisti več kot 40-letno tradicijo. Kljub temu umrljivost zaradi opiatov na Švedskem predstavlja še vedno velik izziv glede na porast od leta 2005. Uporaba drog je eden najpomembnejših vzrokov zdravstvenih težav in umrljivosti med mladimi in je povezana s precejšnjim deležem vseh smrtnih primerov med odraslimi. V študijah je bilo ugotovljeno, da je mogoče od 10 do 23 odstotkov smrtnih primerov med osebami, starimi od 15 do 49 let, pripisati uporabi opioidov. Predoziranje z drogo predstavlja velik javnozdravstveni problem. Nenamerna zastrupitev je bila leta 2006 v ZDA med smrtnimi nenamernimi poškodbami na drugem mestu vzrokov smrti takoj za poškodbami v prometu in v vsaj 40 odstotkih primerov je šlo za opioide. V svoji predstavitvi, ki se je nanašala na umrljivost uporabnikov drog, s pregledom področja in strokovne literature ter izsledkov raziskav o umrlih zaradi drog v Sloveniji, sva skupaj s sodelavko Jožico Šelb Šemerl na podlagi podatkov za Slovenijo ugotovili, da je direktna smrtnost (prisotnost usodne koncentracije droge v telesu v trenutku smrti) med uporabniki drog, ki se zdravijo, bistveno manjša v primerjavi z uporabniki drog, ki se ne zdravijo. Najpogostejše umirajo mladi moški zaradi nenamerne zastrupitve s heroinom, pogoste so tudi smrti zaradi kombinacij z drugimi drogami. Pomembna je tudi ugotovitev, da se velik delež zdravljenih odvisnikov ne testira na okužbo z virusom HIV.

Mercedes Lovrečič je letos že osmič predstavila izsledke raziskave, ki jo je opravila v sodelovanju s kolegi iz tujine. Tokratni izsledki raziskave kažejo, da je ob vstopu v program zdravljenja med odvisnimi od heroina najpogostejše prepoznana in diagnosticirana anksiozno-depresivna simptomatika, ki pa pogosto bolj kot v sklop pridružene duševne motnje spada v sklop simptomov, ki spremljajo odvisnost. Po drugi strani pa je psihopatologija, kot je psihomotorna vznemirjenost, lahko neprepoznana in podcenjena, čeprav bolj verjetno znak pridružene duševne motnje. Do podobnih zaključkov so prišli tudi italijanski kolegi. Prisotnost psihopatoloških simptomov je relativno pogost pojav pri odvisnih od heroina na začetku zdravljenja. Večina anksiozno-depresivnih

simptomov lahko kasneje z zdravljenjem z opioidnimi agonisti izzveni in so sestavni del odvisnosti, pri nasilnem vedenju in psihomotorni vznemirjenosti pa je potrebna natančna diagnostika in prilagojeno ter primerno zdravljenje.

Z namenom izboljšanja kakovosti obravnave je bil eden od ključkov konference, da v primerih dekompenziranih bolnikov, odvisnih od heroina, ki prejemajo vzdrževalno metadonsko zdravljenje vnaprej (odmerki za domov), obstaja veliko tveganje za preusmerjanje metadona na črni trg, kar ustvarja in okrepi občutek neuspešnosti vzdrževalnega zdravljenja pri splošni in strokovni javnosti. V takih primerih, še posebej pri visokih odmerkih, je priporočeno vsakodnevno prejemanje terapije pod nadzorom osebja, od česar imajo še največjo korist bolniki, saj se tako v nekaterih primerih lahko izognemo nenamernim predoziranjem z metadonom s črnega trga, dekompenziranega bolnika pa lažje opazujemo in zdravimo.

Kljub 21. stoletju in z »dokazi podprtim znanstvenim ugotovitvam« se na tem področju še vedno srečujemo s predsodki in stigmo. Izpostavljeno je bilo strokovno osebje in bolniki, še posebej v zaporih. Prestajanje zaporne kazni je povezano z vprašanjem nasilja, varnosti in »higiene«. Velikokrat gre v primerih odvisnosti od heroina za politizacijo problema s številnimi političnimi razpravami, ki pa jim javne in strokovne ne morejo slediti v enaki meri. Injiciranje heroina v zaporih je »nevidno«, njuhanje in kajenje pa podcenjen fenomen. Zaključki kažejo, da je stigma v teh okoljih še posebej močna, okrepi jo strah pred okužbami in nasiljem ter nevednost, vse pa lahko vpliva na izvajanje in izid obravnave. V tem kontekstu je bila predstavljena tudi ameriško-ruska raziskava, izvedena v Sankt Peterburgu. Odvisne od heroina so zdravili z naltreksonom, edinim zdravilom, ki so ga lahko uporabili. Po šestih mesecih peroralnega zdravljenja z naltreksonom je bila uspešnost abstinence 40-odstotna (pri zdravljenju so morali sodelovati svojci, ki so nadzirali zaužitje zdravil), v primerjalni skupini brez zdravil pa je bila uspešnost abstinence po šestih mesecih 12-odstotna. Kombinacija zdravljenja z naltreksonom in fluoksetinom je pokazala, da je bila abstinence po šestih mesecih v tem primeru še za nekaj odstotkov višja v primerjavi s skupinami,

ki so prejemale naltrekson in placebo, placebo in fluoksetin ter placebo s placebo. Preizkusili so tudi subkutani implantat z naltreksonom, ki je učinkoval približno dva do tri mesece, nato je bilo treba implantat nadomestiti. V teh primerih je bila uspešnost abstinence po šestih mesecih 53-odstotna. Pri poskusu parenteralnega zdravljenja z naltreksonom se je odstotek abstinence po šestih mesecih v primerjavi z implantatom znižal.

Prav tako je izstopala ukrajinska izkušnja. Med 290.000 odvisnimi od heroina je v tej državi z najhitreje rastočo epidemijo HIV v Evropi kar 41,8 odstotka oseb okuženih z virusom HIV, najpomembnejši prenos okužbe je bil dolgo intravenozno vbrizgavanje, sedaj pa tudi spolni odnosi. Trenutno je v programu zdravljenja vključenih 4729 odvisnih od heroina, kar je po ocenah manj kot 5 odstotkov vseh odvisnih od heroina v državi. Pilotski projekt, ki je potekal od leta 1995 do 2004, je pokazal, da je možno v primeru zdravljenja odvisnosti od heroina z agonisti opioidov epidemijo okužbe z virusom HIV v tej skupini omejiti in zmanjšati tveganje za okužbo s HIV za 75 odstotkov. Kljub navedenemu je še vedno veliko formalnih, političnih in moralnih ovir za izvajanje primerne preprečevanja in zdravljenja tako odvisnosti kot okužbe. V 21. stoletju je zdravnik, ki je že leta izvajal nadomestno zdravljenje (v prilagojeni ambulanti z ustreznimi formalnimi dovoljenji), ter 50 njegovih bolnikov aretirala policija in jih odvedla na policijsko postajo, kjer so bili izpostavljeni ponižujočim postopkom. 62-letni zdravnik je v zaporu prebil 120 dni zaradi predpisovanja zdravil na recept, kar so interpretirali kot prekupečevanje z narkotiki.

Sloves Čikaga kot mrzlega in vetrovnega mesta se vsaj v prvih dneh ni potrdil, sončno in nadpovprečno toplo vreme za ta letni čas nas je dodatno prijetno presenetilo. Tudi kasnejši moteči veter, zaradi katerega so bili nekateri leti odpovedani, in grožnje o eksplozivih na letalih niso pokvarili vtisa, s katerim smo se poslovili od letošnjega srečanja in prijetnega mesta, ki ga je gostilo. Sama sem se konference kot aktivna udeleženka udeležila že sedmič. Udeležba, čeprav aktivna, vsakokrat predstavlja pomemben osebni finančni zalogaj in usklajevanje dopusta, vendar se izkaže, da gre dolgoročno za dobro naložbo.

Kakovost – dejavnik uspeha

Jasna Čuk Rupnik

V Portorožu je 11. in 12. novembra 2010 potekala 19. letna konferenca Slovenskega združenja za kakovost in odličnost (SZKO). V SZKO, ki bo v naslednjem letu obeležilo 20. obletnico svojega delovanja, poleg zelo dejavnih sekcij za gospodarstvo, za javno upravo in za šolstvo v zadnjih letih vse bolj aktivno deluje tudi sekcija za zdravstvo, ki jo zelo prizadevno vodi kirurg SB Jesenice Miran Rems.

Da je kakovost **vitalna in moralna kategorija za preživetje naše civilizacije**, je v uvodu v zbornik predavanj zapisal

dolgoletni predsednik združenja mag. Jožko Čuk. V plenarnem, multimedijsko oblikovanem prispevku »Apokalipsa – kdaj?«, je posebej angažirano in dramatično kritiko potrošništva z vprašanjem, kje je pot iz krize, podal dr. Aleksander Zadel, s tem pa udeležence primerno ogrel na pravo ustvarjalno temperaturo.

Nekaj zdravstvenih vsebin v zvezi s kakovostjo so podali že predavatelji v plenarnem delu konference. Tako sta gosta iz Češke predstavila nekaj izkušenj iz svoje države in poudarila prepričanje, da **nihče nima pravice tratiti in neracionalno**

uporabljati družbenih struktur (npr. zapravljanje časa pacientov in zaposlenih, zapravljanje drugih virov ...). Zanimivo in svojsko podano je bilo predavanje dr. Margarete Dolinšek Bubnič »Množičen celovit razvoj potencialov zaposlenih kot osnovni pogoj razvoja kakovosti«. Že v uvodu je poudarila, da je za uvajanje kakovosti v podjetja, ustanove, v procese in drugam ključen **bistven premik v odnosu in obnašanju posameznika**, ki je tam zaposlen oz. v teh procesih sodeluje, in pa doseganje kritične mase takih posameznikov. Takšni premiki v posamezniku pa se najlaže dosežejo skozi njegovo **osebno rast**. V svetu prihodnosti bodo po izkušnjah v svetu lahko dosegali zadostno kakovost in bodo uspešni le tisti posamezniki in podjetja, ki bodo v sebi razvili dovolj t.i. **čustvenega, socialnega in duševnega oz. duhovnega kapitala**, bili sposobni kombinirati obstoječa znanja, zmogljivosti in možnosti na nov, izviren način in bodo zato zmogli ustvarjalno, zdravo in produktivno slediti vedno večjim zahtevam tako družbenega kot še posebej poslovnega okolja.

Odličan uvod v aktivnosti **sekcije za zdravstvo** sta podala danska strokovnjaka iz Univerzitetne bolnišnice Odense. Claus in Gitte sta delovala strokovno zelo usklajeno, ob zelo jasno in preprosto podani vsebini pa je poslušalce s svojo neposrednostjo še posebej prevzela Gitte, po temeljni izobrazbi medicinska sestra. Bolnišnica je uvedla sisteme za izboljšanje kakovosti dela in varnosti pacientov v svojem delu, potem ko se je v njej zdravil eden vodilnih menedžerjev tovarne Danfoss. Ta je bil kot bolnik zadovoljen s storitvami vsakega od strokovnjakov, ki so ga obravnavali v procesu zdravljenja. Opažal pa je, da posamezni procesi ne tečejo gladko, predvsem pa med seboj niso ustrezno povezani v celoto obravnave. To seveda zmanjšuje uspešnost zdravljenja in zadovoljstvo bolnikov ter povečujejo možnosti nevarnih dogodkov. Zaradi dobrih izkušenj z zagotavljanjem sistema kakovosti v podjetju Danfoss, je gospod vodstvu bolnišnice ponudil strokovno sodelovanje, ki je do zdaj v bolnišnici obrodilo že zavidljive uspehe. Gitte Dahl Hansen in Claus Thor, ki sta dan prej predavala tudi zaposlenim v kliničnem centru, sta predstavila dejavnosti sodobne »vitke organizacije« in močno povečala prizadevanja slušateljev, da bi v tako »vitko« stanje peljali tudi lastne bolnišnice ali zdravstvene domove. Poudarjala sta sedem izgub na polju kakovosti: 1. prekomerna proizvodnja proizvodov ali storitev, 2. čakanje, 3. notranji transport, 4. prekomerna obdelava, 5. zaloge, 6. nepotrebni gibi, 7. odpadki in napake. »Vitkost« je zagotovljena v prizadevanju, da se vsako delo vedno izvede še malo bolje, delo pa teče po načelu »smarter« (pametneje), ne pa »harder« (močneje). **Pacient, medicinska sestra in zdravnik so tim** in za uvajanje kakovosti je nujno osvojiti takšen pogled na delo v zdravstvu. Sedanja bolnišnica Odense ima 1300 postelj, zdaj pa bodo zidali novo, v kateri bodo kot »vitka« organizacija delali le s kapaciteto 600 postelj. Ker delajo po novem predvsem **ambulantne operacije** in so s tem ležalno dobo zmanjšali za dva dni, so v petih letih uspeli znižati stroške bolnišnice za en milijon evrov.

V SB Ptuj so, kot marsikje, doživljali začetne izkušnje upora

zaposlenih, v SB Jesenice so pridobili izjemno dobre izkušnje pri uvajanju nadzorov in pri tem vztrajno gradijo nekaznovalni pristop, v obravnavi nevarnih dogodkov pa usmerjenost na dogodke, ne pa na ljudi. V SB Murska Sobota so podrobneje pregledali izkušnje pri naročanju zdravil po telefonu, v UKC so se ukvarjali s padci in njihovim preprečevanjem ter pojasnili, da že od leta 2001 obstaja enoten dokument za poročanje o neželenih učinkih in o strokovnih napakah. Nujna, so poudarili, je v teh primerih takojšnja **natančna vzročno-posledična analiza na kraju**.

V SB Jesenice so prišli do spoznanja, da so klinične poti pripeljale do izboljšanja kakovosti, v sredini kliničnih poti pa je pacient. SB Novo mesto ima na tem področju že dobro uhojeno pot, saj je prva v Sloveniji pridobila **certifikat kakovosti ISO**, leta 2009 pa že tudi srebrno priznanje v okviru **nagrade za poslovno odličnost**.

Prispevki drugih udeležencev so pokazali na pomemben razvoj zagotavljanja kakovosti v zdravstvu tudi drugod v Sloveniji. Gospa Breda Hajnrih iz SB Maribor je pojasnila, da njihova bolnišnica izpolnjuje šest od Ministrstva za zdravje določenih kriterijev, ob tem pa uvajajo še svoje kazalnike. V ISO 9001 vidi orodje za vodenje, ki bo vsekakor olajšalo pridobitev akreditacije bolnišnice. Le varna in kakovostna zdravstvena obravnava je temelj varnosti za paciente in zaposlene.

Odlično predstavitev so pripravili tudi v SB Murska Sobota o **kulturi prijavljanja varnostnih zapletov**. Predstavnica SB Maribor za stike z javnostmi je predstavila **pravila komuniciranja** v zdravstvu in poudarila, da **je najslabše zagotovo pretvarjanje, da kriznih razmer ni**. Najbolj krizni pa sta prav prvi dve uri po opozorilnem dogodku.

Vrelišče transformacije pa je po mnenju mnogih udeležencev predstavljala **odprta razprava** ob koncu dela sekcije za zdravstvo. Obravnavala je namišljeno »zdravstveno napako«, ki naj bi se zgodila v bolnišnici. »Tiskovna konferenca«, na kateri so eni udeleženci zastopali vloge predstavnikov bolnišnice (direktor bolnišnice in strokovni direktor, glavna medicinska sestra ter predstavnica bolnišnice za stike z javnostmi), drugi so predstavljali novinarje, množica ostalih slušateljev pa gledalce pred TV-zasloni, je zagotovila vsem prisotnim izjemno dragocen »možganski vihar«. Ta je omogočal



Po končani »novinarski konferenci« so ostali prazni stoli, zanimanje udeležencev pa se je živahno nadaljevalo.

številne uvide, ki so prepletanje in dopolnjevanje misli vseh udeleženi sestavili v odlični nabor znanja in veščin, za katerega pa vendarle vsak od nas po tistem upa, da mu ga ne bi bilo treba nikoli udeležati v praksi. Pomembno dopolnitev razmišljanjem prisotnih je s svojim prispevkom o medijih in zdravstvu ter s strokovno dobro podprtimi komentarji ob koncu »tiskovne konference« podala novinarka Dela gospa Diana Zajec. V svojem predavanju je pojasnila odličnost v novinarstvu in pri tem zagotovila, da smo tako novinarji kot zdravstveni delavci odvetniki zdravstva. Ključno

vlogo pri tem imajo informacije, pri čemer si novinarji prizadevajo za obveščanje in ozaveščanje javnosti.

Z vsem doživetim in zbornikom, ki zajema kar 39 predavanj, željno čakamo že jubilejno 20. konferenco SZKO, ki bo prav tako prvi teden v novembru. Do takrat pa se bomo trudili razvijati sisteme kakovosti in varnosti v svojih organizacijah prav z delom, ki ga je takšna konferenca v mnogih pogledih kakovostno bogato nadgradila.

I. slovenski kongres področne anestezije

Iztok Potočnik, Vesna Novak Jankovič, Adela Stecher, Jasmina Markovič Božič, Božena Gerjevič

Na pobudo prof. dr. Vesne Novak Jankovič, predsednice Slovenskega združenja za anesteziologijo in intenzivno medicino (SZAIM), smo v dneh od 12. do 14. novembra 2010 v Ljubljani v kongresnem centru Mons organizirali prvi slovenski kongres področne anestezije.

Človekova pradavna hotenja so usmerjena k lajšanju bolečine. Bolečino so zdravili z različnimi rastlinskimi izvlečki, akupunkturo, mističnimi in religioznimi obredi. Veliko znanstvenih in praktičnih dosežkov v zgodovini človeštva je vplivalo na razvoj področne anestezije. Že v času Napoleona je njegov kirurg Baron Larrey uporabljal etersko pršilo; James Young Simpson je leta 1848 objavil članek, v katerem je opisal lastne poskuse z uporabo raznih tekočin in hlapil z namenom, da »izzove področno anestezijo«. Že tisočletja so prebivalci Južne Amerike bolečino in lakoto preganjali z listi koke. Kokain so s pridom izkoristili kasneje za izvajanje področne anestezije in je služil za osnovo pri razvoju modernih lokalnih anestetikov, ki se uporabljajo v današnjem času (bupivakain, levobupivakain, ropivakain, skandikain ...).

Slovenija ima več kot stoletno tradicijo v izvajanju področne anestezije. Prav nič nismo zaostajali za ostalimi evropskimi začetniki tovrstne anestezije. Kongres ima tako za slovensko anesteziologijo še poseben pomen.

V Sloveniji ima za razvoj moderne področne anestezije posebne zasluge prof. dr. Darinka Soban, ki je v 60. letih prejšnjega stoletja pri nas uvedla epiduralno anestezijo. S prim. Adolfom Lemuthom sta organizirala šolo sodobne področne anestezije.

Štirje anesteziologi so še posebej veliko prispevali k razvoju področne anestezije v Sloveniji, zato smo jim na kongresu podelili priznanja za življenjsko delo. To so prim. Drago Ažman, prim. Marija Godec, prof. dr. Stojan Jeretin in prim. Tatjana Kovač.

V zadnjem času se ugotavlja, da področna anestezija poleg tega, da povzroča analgezijo, zmanjšuje stresni odgovor in izboljšuje preživetje kirurških bolnikov. Uporablja se kot samostojna metoda ali pa v kombinaciji s splošno anestezijo.

Na prvem slovenskem kongresu področne anestezije so se zbrali številni tuji in domači predavatelji, ki so nam predstavili najnovejše dosežke s področne anestezije. Še posebej smo ponosni, da se je kongresa udeležil in svoje znanje delil z nami tudi predsednik Evropskega združenja za področno anestezijo (ESRA) prof. dr. Marc Van de Velde.

Kongresa sta se udeležila ugledna gosta, Dorjan Marušič, dr. med., minister za zdravje Republike Slovenije, ki je kongres tudi odprl, in namestnik dekana Medicinske fakultete v Ljubljani, prof. dr. Vito Starc, dr. med.

Na otvoritveni slovesnosti nam je odlično zaigral Big Band študentov Medicinske fakultete v Ljubljani, na zabavi ob slavnostni večerji pa smo zaplesali ob bluzu »Stone Tone Blues benda«, katerega član je anesteziolog iz New Yorka, ki je eden vodilnih svetovnih strokovnjakov področne anestezije, prof. dr. Admir Hadžić.

Izvedba takšnega kongresa je velik izziv za organizacijski odbor. Zahteva veliko mero entuziazma, usklajeno timsko delo in vsestransko podporo. Gonilna sila je bila naša ekipa, ki smo jo sestavljali: prof. dr. Vesna Novak Jankovič, predsednica SZAIM,



Predsednica SZAIM prof. dr. Vesna Novak Jankovič, dr. med.

prim. asist. mag. Adela Stecher, podpredsednica SZAIM, tajnika SZAIM asist. mag. Jasmina Markovič Božič in asist. mag. Iztok Potočnik, tajnici kongresa ga. Miša Apfel in ga. Sabina Perko ter člana zdravnika specialista Božena Gerjevič in asist. Primož Gradišek. S pomočjo ostalih članov, zdravnikov specializantov Ajše Repar, Andrija Grynyuka in Marka Žličarja, ki so pomagali pri tehnični izvedbi kongresa, nam je uspelo kongres odlično izpeljati.

Slovenski zdravniki specialisti, ki se še posebej veliko ukvarjajo s področno anestezijo, Sabina Štivan, asist. dr. Neli Vintar, Silva Ostojčič Kapš, prim. Kata Denič, Mensur Salihović in Goran Točkov, so organizirali odlične praktične delavnice s področne anestezije. Pomagali so jim zdravniki specializanti Andrej Gorkič, Marko Malivojevič in Dejan Pirc.

K uspehu kongresa so seveda pomembno prispevali tudi ostali, številni domači predavatelji in udeleženci kongresa. Dogodki, kot je bil ta, pomembno vplivajo na razvoj naše stroke.

Učna delavnica ultrazvočne diagnostike plodovega srca profesorice Lindsey Allan in ponovni obisk King's College Hospital School v Londonu

Darija Strah

13. in 14. novembra 2010 je v Londonu v bolnišnici Great Ormond Street Hospital for Children potekala učna delavnica Intensive Fetal Cardiology Course, ki sta jo vodila prof. dr. Lindsey Allan in Andrew Cook, dr. med. To je bilo obenem zadnje strokovno srečanje izjemne Allanove, saj se name-rava v naslednjem letu upokojiti. Strokovnjakinja, ki mi je diagnostiko fetalnega srca približala preko knjig in skupnega dela na oddelku s prof. dr. Kyprosom Nicolaidesom, se je v dveh dneh skupaj s sodelavci zares potrudila in nam podala pregled izkušenj svojega 30-letnega dela.

Prvi dan smo poslušali teme diagnoza, patologija in obrav-nava stanj: atriventrikularni septum defekt (AVSD), sindrom hipoplastičnega levega srca (HLHS), transpozicija velikih žil (TGA), koarktacija aorte, tetralogija Fallot, trikuspidalna in pulmonalna atrezija. Po preverjanju znanja v obliki enournega kviza smo obravnavali še aritmije in pregled plodovega srca v prvem trimesečju. Drugi dan je bil namenjen težjim temam: diagnoza, patologija in obravnavanje stanj – dvojni iztok desnega ventrikla in cTGA, dvojni vtok ventrikla, anomalije loka, ven-trikularni septalni defekt (VSD), aortna in pulmonalna stenoza, tumorji srca, venske anomalije, Mb. Ebstein in po ponovnem preverjanju znanja končali predavanja.

Kontinuirano izobraževanje zdravnikov dokazano zveča delež prednatalno odkritih nepravilnosti srca. Pri le splošnem pre-sejanju brez natančnega pogleda na srce odkrijemo od 5 do 15 odstotkov napak. Ob natančnem znanju, kaj moramo videti na pogledu štirih votlin (FCW), odkrijemo od 15 do 40 odstotkov napak, razširjeni pregled z oceno leve in desne osi ter pogleda na tri žile pa pomeni odkrije od 40 do 80 odstotkov napak. Odstotek je višji v specializiranih centrih, vendar taki pregledi zahtevajo veliko časa.

Z vami želim deliti tri predavanja, ki so prav gotovo zanimiva za širši strokovni krog in so obenem tudi najpogostejše zastopa-na pri našem vsakdanjem delu.

Pomen in izid posameznih tipov prirojenih srčnih napak (CHD): Prevalenca vseh znaša od 8 do 10 na 1000 živorojenih in CHD predstavljajo 25 odstotkov vseh prirojenih nepravilnosti. V 20 do 30 odstotkih so pridružene druge nepravilnosti. CHD pred-stavljajo najpogostejši vzrok smrti v otroštvu zaradi prirojene napake. Po stopnji okvare jih je razdelila na 10 skupin. Prve tri skupine zajemajo 60 odstotkov vseh CHD in obsegajo VSD (ventrikularni septalni defekt), VSD in ASD (atrijski septalni defekt) ter blago do zmerno pulmonalno stenozo, ki potrebuje le lažje zdravljenje.

4. in 5. skupino predstavljajo tetralogija Fallot (TOF), tran-spozicija velikih žil (TAG), atriventrikularni septum defekt (AVSD) ali huda pulmonalna in aorta stenoza, ki še vedno v manj kot 5 odstotkih vodijo v smrtni izid, potrebujejo kirurško zdravljenje, ki je ponavadi uspešno.

6. skupina predstavlja kompleksno koarktacija aorte, TOF s pulmonalno atrezijo in truncus art. communis. Ta stanja imajo zmerno veliko tveganje za smrt, približno 10-odstotno. Ločnica med 6. in ostalimi skupinami od 7. do 10. predsta-vlja pomembno mejo, ki je po mnenju pediatrov kardiologov večinoma usodna oziroma zdravljenje ne prinese dolgotrajnega uspeha. Te nepravilnosti so: trikuspidalna atrezija in dvojni vtok v ventrikel, mitralna atrezija, kompleksni AVSD, hipoplastično srce (HLHS). Smrtnost znaša od 30 do 50 odstotkov. Polovico vseh CHD predstavlja pet najpogostejših stanj: AVSD v 13 odstotkih, HLHS v 6 odstotkih, koarktacija aorte v 18 odstotkih, transpozicija v 3 odstotkih in TOF v 10 odstotkih. Omenjene prve tri lahko ugotovimo s prikazom srca pri pogledu na štiri

votline (FCW), zadnji dve pa pri prikazu leve in desne srčne osi in pogledu na tri žile. Izid AVSD: v 63 odstotkih je bil plod kromosomsko drugačen, večinoma T 21. Za prekinitev nosečnosti se je odločilo 70 odstotkov parov, od ostalih nosečnosti pa je pri 40 odstotkih prišlo do intrauterine smrti ploda. HLHS je imel pridruženo kromosomopatijo v 20 odstotkih, večinoma Turnerjev sindrom. Več kot pol parov se je odločilo za prekinitev nosečnosti, pri živorojenih in kirurško zdravljenih pa je smrtnost v prvem letu starosti znašala več kot 50 odstotkov. Pomembno je vedeti, da tisti otroci, ki so kljub težki napaki in težkim operacijam še vedno živi, povprečno dosežejo IQ le 86. Transpozicije so ponavadi kromosomsko normalne, intrauterina smrtnost do poroda pa znaša 10 odstotkov. Koarktacije so ponavadi tudi kromosomsko spremenjene v 40 odstotkih, najpogostejši vzrok je Turnerjev sindrom, T 18/13 ter šele nato T 21. Intrauterina smrt do poroda znaša 30 odstotkov, večinoma se odločijo za prekinitev. TOF ima dve pomembni različici: s pulmonalno stenozo ali pulmonalno atrezijo. Le prva ima ugodno prognozo za naprej, obe pa imata enako verjetnost, da je plod kromosomsko drugačen. Študija več kot 15-letnega sledenja 36 otrok s Fountanovo operacijo pokaže, da je bilo v tem času potrebnih 60 odstotkov reoperacij, 30 odstotkov otrok je umrlo, aritmije se pojavljajo pri 55 odstotkih, tromembolične zaplete je utrpelo 25 odstotkov vseh bolnikov. Kakovost življenja je torej zelo nizka.

AVSD kot pogosta nepravilnost srca predstavlja skupni defekt tako atrijske in ventrikularne povezave dela srca (crux cordis) v tem predelu in ni skupek VSD in ASD, kot si lahko zmotno tolmačimo. Najdemo jo pri približno 5 odstotkih vseh otrok s kongenitalno srčno napako, incidenca znaša 0,19 na 1000 rojstev. Pogostejše jo najdemo pri deklicah. Je nepravilnost, ki jo klasificiramo kot veliko anomalijo in je najpogostejše povezana s kromosomskimi in genetskimi sindromi. Večkrat je le del kompleksnejše srčne napake. Diagnoza temelji na natančni oceni nasadišča zaklopke, ki je zaradi defekta stene v osnovni ena, sestavljena iz petih lističev in se pripenja na lateralne strani obeh ventriklov. Poznamo kompletni in delni AVSD. Slednjega zaznamuje le ostium primum ASD in nepravilnost mitralne zaklopke. Lahko je uravnotežen ali neuravnotežen, takrat vidimo nesorazmerje obeh ventriklov: AVSD z vodilnim levim ventrikom ali AVSD z vodilnim desnim, ki pa mu je pogosto lahko pridružena koarktacija.

Velikokrat lahko majhne AVSD spregledamo, zato je pri oceni srca ponovno zelo pomemben pravilen pogled na štiri votline – apikalni FCW. Pri 2D-pregledu v sistoli vidimo tako enotno črto nasadišča zaklopk, v diastoli pa vidimo velik osrednji defekt stene. Diagnostika naj temelji na oceni abdominalnega situsa. Zakaj? Če je situs normalen, AVSD v 80 odstotkih predstavlja Downov sidrom (DS) in redkeje druge kromosomopatije, zato je takrat kariatipizacija seveda naslednji diagnostični korak. Če pa je situs patološki in se pokaže, da gre za levi ali desni atrijski izomerizem, kariatipizacija ni potrebna. Pri oceni situsa se že znano orientiramo na potek aorte, ki leži levo od vene cave inferior (VCI), ki poteka anteriorno in desno od aorte. Pri levem

izomerizmu je VCI prekinjena in se nadaljuje kot vena azygos za aorto, pri desnem pa sta obe žili na isti strani.

Diferencialna diagnoza AVSD je stanje, ko se persistentna leva vena cava superior vlija v dilatirani koronarni sinus in na videz posnema AVSD, neuravnotežen AVSD lahko zamenjamo za univentrikularno srce, AVSD s predominacijo bodisi levega bodisi desnega ventrikla pa lahko zamenjamo s HLHS ali trikuspidalno atrezijo.

Izvensrčne anomalije so v glavnem kromosomopatije, večinoma T 21, znatno manj T 18 ali T 13. Približno 40 odstotkov vseh otrok z DS ima prirojeno srčno napako in od teh je pri 40 odstotkih večinoma prisoten kompletni AVSD. AVSD je možno prepoznati že v prvem trimesečju, še posebno ob povišani NS moramo posumiti na to možnost. V pomoč nam je tako 2D in barvni doppler, pozorni moramo biti, da je lateralni apikalni FCW-pogled tisti, ki je najboljši za pravilno oceno.

Prognoza pri prednatalno odkritem AVSD je pokazala, da je stopnja preživetja le okoli ene tretjine; večinoma je tako slaba zaradi pridruženih drugih srčnih in izvensrčnih vzrokov. Če pa je AVSD izolirana patologija ob normalnem kariatipu, pa je 20-letno preživetje 95-odstotno z izjemno majhno intraoperacijsko umrljivostjo. Reoperacije so potrebne v eni četrtini ob napredujočih stanjih obstrukcije levega iztočnega dela ali AV-regurgitacije. Sama operacija vsebuje zaprtje stene in formiranje obeh zaklopk. Kadar je AVSD neuravnotežen, pa je poseg le paliativnega pomena.

Izoliarni ventrikularni septum defekt predstavlja najpogostejšo prirojeno srčno nepravilnost v otroštvu in zajema 20 odstotkov



Prof. Lindsey Allan nas je po prvem dnevu izobraževanja poslovilno pogostila na večernem družabnem dogodku s pogledom na Temzo.

vseh prirojenih srčnih bolezni, v eni tretjini imajo otroci pridruženo drugo srčno nepravilnost. Septum delimo na vtočni, iztočni, membranozni in trabekularni – muskularni del. Defekte delimo na lokacijo, tip in velikost. Najpogostejši so perimembranozni – kar v 80 odstotkih, sledijo muskularni. Pogostejše so prizadete deklice in pogosto se ponavljajo v naslednjih nosečnostih. Povezujemo jih s kromosomopatijami v približno 20 odstotkih in genetskimi sindromi. Če je defekt v muskularnem delu, je manjši in izoliran, se spontano zapre že pred ali po porodu v 80 odstotkih. Pri perimembranoznem, ki je najpogostejši, moramo vedno natančno oceniti iztočni del, saj je takrat pogosta povezava s konotrunkalnimi nepravilnostmi. Pri diagnostiki, ki je večinoma izvedljiva v 2. ali 3. trimesečju zaradi velikosti srca, je pomembno, da razlikujemo pravi defekt od morebitnega artefakta. Ob sumu poskusimo oceniti FCW v lateralnem ali transverzalnem pogledu, odkriti morebitna hiperehogeno robova, ki označujeta defekt, in v barvnem dopplerju prepoznati obojestranski pretok skozi defekt. Prognoza je dobra, le približno desetina jih potrebuje kirurško oskrbo, umrljivost znaša manj kot 1 odstotek, muskularni septumi se večinoma zacelijo. Kadar je septum izoliran, je kariatipizacija umestna, saj je lahko edini ultrazvočni kazalec za predvsem T 21.

Po učni delavnici sem še štiri dni ponovno preživela na Harris Birthright Research Centre bolnišnice King's College Hospital pri prof. Nicolaidesu. Snidenje z znanimi kolegi je prijetno, izmenjava izkušenj dobrodošla. Žalostno je bilo izvedeti, da specialista kardiologa dr. Iana Huggona ni več med nami, še zlasti zame, ki sem se učila pri njem in z njim spoznavala pravila srčne diagnostike. A delo teče naprej, kot vedno je zelo dinamično in zanimivo, vsak dan so na vrsti intrauterini posegi. Tisti teden je bil prof. Nicolaides prisoten vsak dan in našla sva čas za pogovor in analizo statistike mojega dela. Večinoma sem se potem mudila v sobi za srčno diagnostiko. Kot nadaljevanje moje učne zgodbe AVSD sem spremljala sledenje izoliranega AVSD pri mladi privesnici, kadilki iz socialno šibkega okolja. Nekako pomirjeno spremlja razvoj dogodkov po normalnem izvidu kariotipa.

Kasneje sem našla čas za pregled strokovne literature v knjigarnah in trenutno sta izdani dve novosti fetalne diagnostike: lanskoletna Lindsey D. Allan: Fetal Echocardiology, A practical guide, založbe Cambridge University Press, in letošnja odlična knjiga avtorjev Abuhamada in Chaouia: A practical guide to Fetal Echocardiography, založbe Lippincott Williams and Wilkins. Slednja je že našla prostor na moji polici.

Dokaži na modelu, da imaš psihomotorične sposobnosti, šele potem pridi v operacijsko

Živa Novak Antolič

V Bruslju je 19. in 20. novembra 2010 potekal sestanek Komisije za specializacije in Sveta EBCOG (*European Board and College of Obstetrics and Gynecology*). Komisija za specializacije (SCTA, *Standing committee for training and assessment*) pri EBCOG je soglašala s predlogom, ki ga je dal dr. Rudi Campo, naj vsak specializant zasluži vstop v operacijsko dvorano z dokazom, da na modelu obvlada psihomotorične veščine, potrebne za varno endoskopsko operiranje. Ugotovil je, da določene nujne psihomotorične veščine za endoskopijo kirurg obvlada po približno 100 posegih; toliko pa jih specializant med specializacijo običajno sploh ne naredi. Zato naj trenira na modelu. To je uradna zahteva, da ne bi prihajalo do hudih zapletov pri pacientih zaradi endoskopskih posegov.

Validiran model za treniranje in testiranje laparoskopskih posegov (LASTT) sem že večkrat omenila. Imamo ga tudi na Ginekološki kliniki, uvedla ga je doc. Martina Ribič. Specializante prosimo, da se udeležujejo vaj v prisotnosti mentorjev, pa se ne. V bližnji prihodnosti bo to zahteval EBCOG. Na začetku

decembra bo imela Ginekološka klinika ponovni obisk za ba-
zično EBCOG-akreditacijo, ki preverja kakovost in zmožnost
izvajanja specializacije. Tedaj bo že govora tudi o tem.

Seznajna sem z zapisnikom sestanka sekcije mladih zdravnikov pri ZZS z ministrom za zdravstvo; govora je bilo tudi o skrajševanju specializacije. Popolnoma se strinjam, da je treba specializacijo iz porodništva in ginekologije prilagoditi zahtevam sedanjosti. **Prvo pravilo pa je: veliko slabše kot imeti premalo dobrih zdravnikov je imeti veliko slabih.** V EBCOG si ves čas prizadevamo uvesti primerne načine, da ugotovimo, ali je specializant sposoben prevzeti odgovornost specialista, torej, ali je kompetenten.

Kar zadeva mene, je specializacija iz porodništva in ginekologije lahko močno skrajšana, če specializant dokaže, **da obvlada teorijo, veščine in odnos**; vse to je potrebno, da bo samostojno dobro opravljal svoj poklic. Na področju specializacije iz porodništva in ginekologije v ta namen že uporabljamo strukturirane obrazce za oceno veščin, 360-stopinjsko ocenjevanje, uvajamo ocenjevanje

mentorjev, že tretje leto vodim delavnice za mentorje specializantov Učenje učiteljev (do sedaj jih je bilo 15); imamo modele za objektivno ocenjevanje in treniranje psihomotoričnih veščin pred endoskopskim operiranjem bolnic (LASTT). Treniranje na modelih je pravilen pristop k obvladovanju veščin v situaciji, kakršna je: omejitev dela z evropsko direktivo EWTD na 48 ur tedensko, večje zahteve pacientk, veliko specializantov, veliko vrst posegov, manjša invazivnost, relativno malo pacientk. Tudi virtuozni in športniki ne nastopajo samo na koncertih in svetovnih prvenstvih, ampak vztrajno vadijo. Zaenkrat pa EBCOG/UEMS prizna le specializacijo iz porodništva in ginekologije, ki ni krajša od pet let. S krajšo specializacijo bi imeli naši mladi specialisti lahko probleme v drugih državah.

Pri uvajanju sprememb sem kot nacionalna koordinatorica omejena z dejstvom, da v Sloveniji **nimamo krovnega nacionalnega združenja**. Imamo sicer deset društev, sekcij in združenj na področju porodništva in ginekologije. Kar zadeva vsebino specializacije pa se s SZD in ZZS lahko pogovarja le krovno združenje. Torej začaran krog.

SCTA je na sestanku 19. novembra 2010 naredila načrt, kako bo začela uvajati e-učenje preko nove spletne strani EBCOG <http://www.ebcog.eu/>. Spletno stran ureja ginekologinja Erica Werner, do nedavnega predsednica specializantske organizacije ENTOG, ki torej zelo dobro razume mlade ginekologe. Kako zelo učinkovito preko spleta poteka pridobivanje diplome iz kolposkopije, je povedal Joe Jordan iz Evropske zveze za kolposkopijo. Njihova spletna stran je prosto dostopna, potem ko od glavne pisarne dobite geslo. Marca 2011 se bodo vse države članice srečale v Berlinu.

Na sestanku Sveta EBCOG je bilo tokrat veliko novih predstavnikov nacionalnih združenj. Ker nacionalnega združenja v Sloveniji nimamo, na sestankih sodelujem jaz kot predstavnica ZZS za UEMS (predsednik EBCOG je tudi predsednik sekcije pri UEMS). 26. januarja 2011 bo sestanek EBCOG z evropskimi poslanci v parlamentu. Vsebina pogovora bodo standardi oskrbe v porodništvu in ginekologiji. Prof. Tahir Mahmood, predstavnik *Royal College of Obstetrics and Gynaecology* (RCOG) v EBCOG in predsednik EBCOG prof. Peter Hornnes sta pripravila poročilo, zakaj so potrebni standardi oskrbe v porodništvu in ginekologiji. Ti so v evropskih državah zelo različni, kar se zelo odraža tudi na rezultatih: perinatalni in maternalni umrljivosti, odstotku carskih rezov in drugih izidih. Pri RCOG so izdali publikaciji o standardih oskrbe in sta dostopni.

Novi predsednik RCOG – vsakemu predsedniku pustijo kraljevati samo tri leta, pa še za ta leta mora krepko kazati, da dobro dela – prof. Tony Falconer je komentiral poročilo, kako je evropska direktiva o omejevanju dela na 48 ur tedensko vplivala na potek specializacije. Kot pri nas, je tudi v Veliki Britaniji najbolj pomembno, da je delo za zavarovalnico opravljeno; kako se bodo specializanti naučili svojega posla, države ne briga. Ne vedo čisto dobro, kako bodo rešili problem: s podaljšanjem specializacije, ki je že sedaj 7 let; z zniževanjem plače mladim specialistom, da bodo prihranili denar; ali na kakšen tretji način.

Dejstvo je, da so specializanti vedno manj samostojni in na koncu malo sposobni samostojno opravljati svoj poklic.

Kako namerava Slovenija bolje usposobiti specializante ob sočasnem krajsanju specializacij, bomo pa doživeli. Na področju specializacije iz porodništva in ginekologije smo novembra 2010 začeli s pilotnim 360-stopinjskim ocenjevanjem glavnih in neposrednih mentorjev; ginekolog in profesor iz Nizozemske, prof. Scheele, je povedal, da to delajo že dalj časa vsako leto in se potem o rezultatih odprto pogovarjajo; enako je za Švico sporočil prof. Holzgreve.

Zelo pomembna in razveseljiva novica je, da bo EBCOG podeljeval tri štipendije za daljše izmenjave (1 do 3 mesece) s strukturiranim programom.

EBCOG in evropska organizacija babic sta podpisala skupno izjavo; bilo bi čudno, če je ne bi, saj imamo iste cilje, torej moramo sodelovati. Prof. Juriy Wladimiroff je poudaril, kako zelo se je spremenil položaj babic na Nizozemskem; zelo natančno nadzorujejo in preverjajo njihovo delo. Objavljeni so bili namreč rezultati prospektivne raziskave, ki so pokazali zaskrbljujoče stanje (BMJ 2010;341:c5639 doi:10.1136/bmj.c5639). Pri porodih, začeti doma pri zdravih porodnicah ob pričakovanem dnevu poroda in brez dejavnikov tveganja pod nadzorom babic, je bila perinatalna umrljivost tako visoka kot pri porodih nosečnic z zelo visokim tveganjem (prezgodnji porodi ipd.), kjer je bil porod v porodnišnici.

EBCOG že nekaj časa nima svojega uradnega časopisa; urednik belgijskega *Facts, views and vision* prof. Ombelet je prikazal, kako lahko s povezovanjem znanosti in umetnosti in spreminjene vsebine (spremenjene v primerjavi z obstoječimi revijami z visokim IF) v sedanjem času informacijske tehnologije prodreš s papirnatimi verzijami. Zanimivo bo opazovati, kaj bo s tiskanimi mediji; nekateri jim prerokujejo popoln propad, drugi ne.

Zelo aktivna je evropska organizacija specializantov, ENTOG, ki jo vodi dr. Nuno Martins. V 29 državah ENTOG združuje 10.000 specializantov porodništva in ginekologije. Naslednje srečanje, med katerim bo potekala, kot vedno, tudi izmenjava specializantov iz različnih držav, bo v začetku maja v Veliki Britaniji – takrat bo tudi naslednji sestanek Sveta EBCOG. Tema skupnega sestanka bo simulacijsko učenje. Prijave so začeli zbirati decembra na spletni strani.

Spoštovani avtorji prispevkov,

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

Uredništvo

Po kongresu

5. kongres Združenja kirurgov Slovenije konec novembra v Kranjski Gori

Miran Rems

Hitrost štetja let lahko dojemamo zelo različno. V štirih letih se lahko zgodi zelo veliko, celo življenjsko pomembne spremembe. Na področju razvoja posameznih tehnologij, na področju raziskav in tudi na ekonomsko-družbenem področju prihaja v štirih letih do vplivnih sprememb. Če ne drugega, se v tem časovnem obdobju ponovno voli izbrance ljudstva, ki se bodo igrali demokracijo v našem imenu. Prav v enakem obdobju se srečujejo kirurgi vseh specialnosti. Takšno srečanje vseh kirurgov v organizaciji Združenja kirurgov Slovenije (ZKS) se je dogajalo od 25. do 27. novembra 2010 v hotelu Kompas v Kranjski Gori.

Kongres se je pričel s prihodnostjo. Nanj smo povabili (brez kotizacije) študente višjih letnikov obeh fakultet, posebej tiste, ki jih zanima kirurgija in prihodnost njene specializacije. V četrtek popoldan smo pričeli z obravnavo učenja v času na dokazih temelječe medicine. Žal v študiju medicine še manjka modernih pristopov. Doc. Flis je predstavil, kako so se na mariborski fakulteti odločili za večjo vlogo spremljanja razvoja specifičnih veščin pri študiju. Takšno učenje v virtualnem okolju s pridobivanjem osnovnih ročnih spretnosti na klasičnem kirurškem modelu in na osnovnem simulatorju je pomembno za vse zdravnike, posebej pa še za bodoče kirurge, kjer je ročna veščina vsakodnevno izpostavljena. Soglasno smo se strinjali, da bi morali obe fakulteti in organizatorji oz. plačniki kirurških specializacij skupno spoznati nujno po takšnem izobraževalnem centru in ga čim prej vzpostaviti. V njem bodo študentje in specializanti v virtualnem okolju pridobivali izkušnje, ki jih bodo lahko v realnem delu ob pacientu že uporabljali. S tem bi zvišali varnost pri učenju ob pacientu in omogočili pridobivanje izkušenj v kontroliranem okolju še pred stikom s pacientom. Ni nepomembno, da bi lahko v virtualni operacijski dvorani imeli tudi prve izkušnje v timske delu s študenti zdravstvene nege.

Tudi timskega dela ob operaciji ali ob reanimaciji se da naučiti hitreje, če lahko treniramo v učni operacijski dvorani. Spoznanje in izkušnje v timske delu bi postali odlična podlaga za hitro vključevanje mladih diplomantov v vsakdanje delo ob pacientu. Prof. Omejc je predstavnik našega združenja v Evropskem združenju zdravnikov specialistov (UEMS) in je prikazal razmišljanja v posameznih državah. Naša situacija je bolj podobna manjšim evropskim državam, saj nimamo velikih potreb po zelo specifičnih specializacijah kot velike države. Zaradi tega je potrebna določena širina v izobraževanju bodočega specialista, saj s tem lahko zagotovimo tudi njegovo širšo prehodnost.

Dr. Ruparjeva je predstavila izkušnje štirih mladih specialistov, ki so specializirali po sedanjem sistemu in kako so »skož padl«. Kirurgija je sicer vse potegnila vase in vsi so globoko »not padl«, vendar bi specializiranje moralo biti bolj organizirano. Ta prispevek je bil idealna podlaga za predlog spremenjenega sistema kirurških specializacij. Prim. Rems je v imenu skupine predstavil predlog, da se specializacija deli na tri dele po dve leti. Prvi del je skupno deblo in je enoten za vse kirurške specializacije. V njem so obvezni tečajji, kjer se pridobiva znanje o urgentnih stanjih (ATLS, ALS), osnovnih kirurških tehnikah (šivanje anastomoz, ambulantna kirurgija, osnove endoskopske tehnike ...), o kirurški anatomiji, in še kakšna delavnica ali tečaj. V tem delu je vključena tudi delavnica o komuniciranju, radiologija za kirurge, na dokazih temelječa kirurgija, kritična presoja, pisanje članka. V drugem delu, ki ravno tako traja dve leti, bo poudarek na urgentnih stanjih, ki jih mora obvladati vsak kirurg. Tako bi bilo mogoče zagotoviti široko opravljanje dežurne službe večini specialistov kirurgije. S ciljem, da specialist obvlada večino akutnih stanj v kirurgiji, zagotavljano širino specializacije. Tako dolgo specializacijo so imeli vsi sedanji profesorji. Možno je, da bi po štirih letih specializant lahko pridobil že delni naziv specialist splošne kirurgije, lahko tudi urgentne, vendar



Častni člani Združenja kirurgov Slovenije. Z leve: Jože Trstenjak, Slavko Rakovec, Anđelo Maračič, Tadej Guna, Eldar Gadžijev, Jože Avžner in Mario Gasparini. Bolezen je zadržala Štefana Kousa, Toneta Laha in Staneta Repšeta.

je ta možnost potrebna preverjanja. V zadnji tretjini se bo specializant bolj posvetil strokovnemu področju, ki bo kasneje njegovo ožje področje. Tako bi v zadnjem delu lahko poglobil specializacijo v abdominalni kirurgiji, travmatologiji, otroški kirurgiji, vaskularni kirurgiji ... Odločitev o dokončnem seznamu tako prevedenih specializacij še ni dokončna. Nedvomno pa nudi širino in globino, ki jo specialist potrebuje. Če ob tem upoštevamo še spremembe v dinamiki, bo večina specializacij potekala po takem sistemu. V prenovi se spreminja dinamika, saj je po vsakem dveletnem obdobju izpit, ki je pogoj za nadaljevanje. Želja je, da se poudari teoretična podlaga že na začetku. Seveda so nujni za nadaljevanje v naslednje obdobje tudi vsi predpisani tečaji. Ne sme se več dogajati, da se glavnina teoretične podlage preverja šele ob zaključku šestletne specializacije, kot je večinska praksa do sedaj. Tako je lahko dokončni izpit razbremenjen teoretičnih in urgentnih vsebin in se bolj posveča strokovnosti, kirurški taktiki in vsebini specialnih znanj. Tako bo po šestih letih mlad specialist globlje strokovno podkovan, bolj izkušen v urgentnih stanjih in ostalih dodatnih, a pomembnih »parakirurških« znanjih. Tak model je na kongresu v široki razpravi dobil popolno podporo.

Zanimivo možnost je ob predstavitvi predloga specializacije iz onkološke kirurgije predstavil prof. Hočevar. V predlogu EBSQ (European Board of Surgery Qualification) pri UEMS je predlagano, da specializant nabere določeno število točk v predpisanem časovnem obdobju. Podoben sistem imajo študentje pri pridobivanju kreditnih točk. Ob tem dobi specializant eno točko za prvo asistenco, dve za vlogo operaterja in tri za vlogo prvega asistenta mlajšemu kolegu pri predpisanih operacijah.

Prvič se je zgodilo, da je bilo organizirano srečanje specializantov in glavnih mentorjev kirurških specializacij. Kongres je s tem pridobil novo dimenzijo, ki se bo vzdrževala tudi v prihodnje. Žal je bila prisotnost specializantov in mladih specialistov bolj borna, vendar je treba poudariti, da je takšna oblika srečanja lahko odličen korektiv za izvajanje specializacij. Prof. Gadžijev, ki je moderiral srečanje, je povzel, da je bilo srečanje zelo polno in vsekakor potrebno. Trenutno imamo 153 kirurških specializantov in 143 glavnih mentorjev. V razpravi so sodelujoči poudarili, da so kroženja v domačih bolnišnicah tako za specializante kot mentorje večinoma uspešna, pri čemer pa so se pojavljale tudi za druge, nedomače specializante na kroženjih, določene težave. Izboljšati bo treba kroženja v obeh kliničnih centrih, kjer so specializanti prepogosto delovna sila za ambulance in pisanje popisov. Kot pozitivni izjemi pri tem sta bila izpostavljena predvsem torakalna kirurgija v UKC Ljubljana in Onkološki inštitut. Pomembna je predvsem vsebina specializacije in manj čas; specializant se mora za pridobitev znanja in veščin potruditi tudi sam, posebno kadar odkroži pretežni del kroženja v drugi ustanovi, kot je glavni mentor. Preverjanje veščin in znanja naj bo sprotno, kolokviji morajo biti opravljeni, preden specializant operira na bolniku. Potrebno bo izdelati navodila za urjenje kirurške spretnosti in opravljanje posegov na simulatorjih. Po dveh in po štirih letih naj bo rigoroz, ki pa bo ob sprotne preverjanju znanja le preverjanje potrebnega

znanja za odkroženo obdobje. Urediti bo potrebno ocenjevanje ne le specializantov, ampak tudi mentorjev in oddelkov. Za to že obstajajo obrazci z drugih področij, ki bi jih lahko prenesli na kirurgijo. Specializant mora ob naši pomoči doseči čim več znanja in kirurških veščin, pri čemer mora biti temu prilagojen program predvsem po vsebini. Specializanti so predlagali nekatere konkretne spremembe, ki bodo posredovane skupini, ki pripravlja spremembe kirurških specializacij.

Še eno srečanje se je na kongresu zgodilo prvič. Delovno srečanje vseh predstojnikov oddelkov in klinik. Tukaj je bila udeležba bolj razveseljiva. Vsi prisotni so se strinjali, da so takšna srečanja nujna, saj je to okolje, kjer se lahko širijo dobre prakse, izmenjajo informacije in poenotijo posamezne prakse. Združenje se bo potrudilo, da bodo takšna srečanja postala redna, najmanj vsakoletna in lahko postopoma postanejo tudi del dodatnega nekirurškega izobraževanja za predstojnike.

Združenje, ki želi rasti visoko, mora imeti čvrste korenine. To niso zgolj aktivni člani, ki vodijo redne aktivnosti, ki so bile do sedaj bolj podrejene organiziranju kongresa. Naše temelje smo letos učvrstili s soglasjem, da podelimo desetim kirurgom častno članstvo. Gre za kolege, ki so postavljali mejnike v razvoju kirurške znanosti, v učenju svojih mlajših kolegov, v organizaciji oddelkov in služb in v vsakdanjem, pacientu predanem delu. V veliko čast mi je bilo, da sem lahko stisnil roko in se jim zahvalil v imenu združenja. Častni člani Združenja kirurgov Slovenije so postali kolegi Jože Avžner, Eldar Gadžijev, Mario Gasparini, Tadej Guna, Štefan Kous, Tone Lah, Andelo Maračič, Slavko Rakovec, Stane Repše in Jože Trstenjak.

Letos se je ZKS prvič pojavilo v javnosti s svojim mnenjem. Ob umiku soglasij smo opozorili, da bodo kirurški pacienti prvi, ki bodo čutili posledice, in apelirali na obe strani, da se pogajanja čim prej zaključijo. Verjetno bo prihodnost prinesla še kakšno nujno in priložnost, da ZKS kot nevladna organizacija izrazi svoja stališča v javnosti. Ker združuje celotno kirurško srenjo, je njeno javno izraženo mnenje težko spregledati. Takšno opredeljevanje pa nosi s seboj soglasno odločanje in opredelitev upravnega odbora, ki s tem prevzema dodatno odgovornost. Med kongresom smo imeli tudi volilno skupščino, na kateri smo sprejeli nekaj sprememb statuta in izvolili novega predsednika. Združenju od kongresa dalje predseduje prof. Radko Komadina iz Splošne bolnišnice Celje. Verjamem, da bo uspešno nadaljeval delo in ob podpori upravnega odbora, ki ga bodo sestavljali predstavniki vseh 12 bolnišnic, še pospešil aktivnosti, ki jih pred nas postavlja čas sprememb. Združenje je krožno združenje vseh kirurških specializacij in bo tako delovalo tudi v prihodnje. Želi pospešiti sprejemanje strokovnih smernic, kot tudi okrepiti društveno življenje.

Rdeča nit in glavna tema kongresa je bila urgenca med stroko in organizacijo. Pred dobrim letom, ko smo se odločali, katera bo plenarna tema kongresa, še nismo vedeli, da bo prav ob kongresu tako aktualna. Na tem delu smo gostili kolege iz Avstrije, Hrvaške in Španije. Mednarodne izkušnje so pri tako širokih temah zelo dobrodošle. Zelo je bila zanimiva kratka predstavitev

organizacije urgentne službe po vseh bolnišnicah in kliničnih centrih in seveda okrogla miza na to temo, ki je sledila opoldanskemu odmoru. Na okrogli mizi se je izoblikovalo mnenje, da je dela v dežurni službi preveč v vseh dvanajstih bolnišnicah, kjer se opravlja kirurška dežurna služba. Na prvo mesto so razpravljalci postavili pomanjkanje kompetentnih kadrov za izvajanje neprekinjene (24/7) dežurne službe. Po merilih sosednje Avstrije je travmatologov kar polovica premalo. V Avstriji jih je približno 800 za 8 milijonov, pri nas pa 100 za 2 milijona. Na drugem mestu je dostopnost in dotrajanost opreme, ki se potrebuje za izvajanje urgentne kirurške dejavnosti. Tretji problem so nepotrebni, balastni obiski v kirurških urgentnih službah v vseh regijskih centrih. Z uvedbo regionalnih centrov urgentne službe bo ta težava v prihodnje verjetno manjša. Na četrto mesto so postavili pomanjkanje oziroma odsotnost zapisanih standardov in normativov za kirurško urgentno delo s strani zavarovalnice in ministrstva. Peti problem je pomanjkanje sistema nadzora kakovosti in zato predlagamo, da se oddelki vključujejo v Centralnoevropski travma register. Šesti izpostavljeni problem je mirnodobno pomanjkanje zmogljivosti za primer množične nesreče. Ta problem se je pokazal kmalu po kongresu, ko se je zgodila množična nesreča z verižnim trčenjem. Na kakšne težave bi naleteli, če bi bilo to v bližini kakšne druge regionalne bolnišnice?

Nato smo se v petek popoldan in soboto dopoldan srečevali po sekcijah, ki so bile dobro obiskane, saj je bilo obravnavano veliko prispevkov. Zelo aktivni sta bili herniološka sekcija, ki

je imela v okviru kongresa tudi svojo skupščino. Ravno tako so zelo široko sekcijo imeli otroški kirurgi. Travmatologi so predstavili veliko prispevkov na temo športnih poškodb. Tako imenovani »mehki kirurgi« so obravnavali strokovne teme abdominalne kirurgije v več sklopih od zgornjega abdomna, kjer so se združevali s torakalnimi kirurgi, do kolorektalne sekcije in posebne sekcije o raku danke, kjer smo se družili z onkologi. Tudi plastiki, nevrokirurgi in vaskularni kirurgi skupaj s fizioterapevti so predstavili svoje prispevke.

Kongres je zapustil veliko spominov. Večina jih je dobrih, nekaj odličnih. Posebej pri udeležencih in posledično tudi med organizatorji. V mnogih pogledih je bil kongres prelomen. Prvič smo se srečali študentje, specializanti, specialisti in častni člani skupaj na enem kongresu. Prvič so imeli svoj čas za srečanja predstojniki. Prvič so imeli čas za sproščeno izmenjavo izkušenj in mnenj specializanti, mladi specialisti in glavni mentorji. Prvič smo si lahko zavezali kravato z našim emblemom. Mogoče je bilo še kaj komu prvič in to je le razlog več, da si bo kongres vtisnil globoko v spomin. Uradno, s priponkami, nas je bilo 194 v vseh treh dneh, neuradno še kakšen več. Sodelovale so vse kirurške specialnosti. Splošna kirurgija, abdominalna kirurgija, travmatologija, nevrokirurgija, urologija, onkološka kirurgija, kardiovaskularna kirurgija, torakalna kirurgija ter plastična, rekonstruktivna in estetska kirurgija. Aktivno so sodelovali tudi fizioterapevti.

Bil je kongres.

Vloga zdravnika družinske medicine je nenadomestljiva

6. mariborski kongres družinske medicine

Ksenija Tušek Bunc

V dneh, ko se pozna jesen počasi rokuje z zimo in prihajajočimi prazničnimi dnevi, smo se, zvesti tradiciji, ponovno zbrali pod mogočnim Pohorjem na 6. kongresu družinske medicine, ki je letos praznoval jubilejno deseto obletnico. Želeli smo, da bi bilo ob tej priložnosti posebej slovesno, zato smo na otvoritveno slovesnost povabili predsednika republike dr. Danila Türka. Sprva so iz njegovega urada potrdili njegovo prisotnost, kar je povzročilo nemalo vznemirjenja pri organizacijskih pripravah. Žal, kot se je izkazalo kasneje, se prvi mož v državi ni mogel udeležiti otvoritvene slovesnosti zaradi drugih neodločljivih obveznosti, prejeli pa smo prijazno pismo, v katerem je med drugim zapisal, da bi se rad zahvalil za pomembno delo, ki ga opravljamo zdravniki družinske medicine, in da mora imeti družinska medicina in primarno zdravstveno varstvo osrednjo vlogo v našem sistemu zdravstvenega varstva. Nadalje je zapisal, da je mesto zdravnika družinske medicine v tem sistemu odločilnega pomena, tudi zato, ker smo prvi, ki uravnavamo dostopnost do

zdravstvenih storitev in odpravljamo neenakosti, ki se pojavljajo pri obravnavi bolnikov, ter da mnogokrat razrešujemo probleme, ki so povezani s stiskami posameznikov. Da je naša vloga na področju preventive in osveščanja ljudi o odgovornosti do lastnega zdravja nenadomestljiva in da zdravstveni sistem ni popoln, če nima ustrezno razvitega primarnega zdravstvenega varstva, je še bilo zapisano v predsednikovem pismu. Besede politika, ki brez dvoma obetajo boljše čase in predvsem boljše prepoznavnost in mesto zdravnika družinske medicine v našem zdravstvenem sistemu.

Z organizacijo mariborskega kongresa smo zdravniki družinske medicine samo še utrdili sloves organizatorjev največjega števila strokovnih izobraževanj, tj. kongresov, simpozijev, učnih delavnic ter strokovnih srečanj, od katerih imajo nekateri že dolgoletno tradicijo in sloves, nekateri pa šele pričenjajo orati ledino. Kljub obilici svojega vsakdanjega dela, ko nam družba in stroka nalagata

nove in nove obveznosti, organizatorji vedno znova in znova najdemo zadosti časa in energije za pripravo teh srečanj, ki so že zdavnaj prerasla okvir družinske medicine.

Tudi tokrat smo si prizadevali slediti prvotno načrtani usmeritvi Mariborskega kongresa zdravnikov družinske medicine, to je predstaviti strokovnih in organizacijskih vsebin, ki so pomembne za delo zdravnika družinske medicine. Letos smo se odločili, da bomo podrobneje osvetlili področje interne medicine, pri čemer smo v ospredje postavili kronično obstruktivno pljučno bolezen in astmo, osteoporozo, sekundarno preventivo ateroskleroze in preprečevanje možganske kapi ter kronično ledvično odpoved; na področju urologije smo se posvetili benigni hipertrofiji prostate, na področju gastroenterologije pa smo se soočili s sodobnimi priporočili za obravnavo bolnika z okužbo s *Helicobacter Pylori*. Nadalje smo se na področju psihiatrije zaradi težav pri obravnavi demenčne bolnika lotili problematike demenc, posebnost letošnjega strokovnega srečanja pa je bil študentski sklop, kjer smo študentom zadnjih letnikov Medicinske fakultete Univerze v Mariboru, ki so se med študijem posebej izkazali s svojim delom, dali priložnost, da predstavijo svoje pregledne in raziskovalne prispevke. Srečanje smo zaokrožili s sklopom vselej aktualnih tem o deontoloških in etičnih dilemah zdravništva, izvajanja pouka ter dela zdravnika družinske medicine. S prispevkom o etiki in medicini v Makedoniji je sodeloval tudi častni gost srečanja prim. Ljubin Šukriev, predsednik Združenja zdravnikov družinske/splošne medicine JV Evrope.

Kakovost prispevkov, ki so jih prispevali ugledni zdravniki družinske medicine in strokovnjaki drugih kliničnih specialnosti, je visoka in ponuja različne poglede na predstavljeno problematiko, zlasti na

novosti in zanimivosti. Lično urejen zbornik, ki je izšel ob tej priložnosti, pa bo zagotovo dobrodošel dodatek knjižnici marsikateroga zdravnika in osnova, na kateri bodo svoje znanje izpopolnjevali bodoči rodovi mentorjev študentov in specializantov.

Zdravniki družinske medicine smo tudi to pot, kot že tolikokrat do sedaj, dokazali, da s skupnimi močmi ohranjamo tradicijo in negujemo dobre običaje druženja, ki prispevajo k medsebojnemu spoznavanju in krepitevi znanja. Obe kategoriji sta še kako pomembni, saj prva krepi našo povezanost, druga pa viša nivo strokovnega znanja. To pa je vendarle tisto, kar od nas pričakujejo tudi bolniki. Vemo, da je naša moč v znanju in da je tako kot stanje smrti nedoločljivo dolgo v primerjavi s kratkostjo našega življenja, naša nevednost nedoločljivo velika v primerjavi z majhnostjo našega vedenja in znanja. Zato se vse življenje učimo, vse življenje se izpopolnjujemo, rastemo strokovno in osebnostno. In vemo, da zmoremo, ker tako želimo in hočemo in ker se zavedamo, da gre to skupaj z našim poslanstvom, ki nam je bilo zaupano.

V času najrazličnejših, pogosto kar (pre)hudih pritiskov, v času skorajda popolne materializacije vsega in povsod, v času, ko so vsaj ponekod temeljne človeške vrednote le še blede odsev minulih časov, ohranjamo vse tisto, kar nas je kot ljudi zavezalo poslanstvu medicinskega poklica. V njem smo našli svoj smisel in pot približevanja cilju. Zanj so mnogi med nami dali sredico sredic najboljšega, kar so prejeli kot ljudje in pridobili skozi študij in v letih nabiranja izkušenj. Prav zato se je treba ob pritiskih časa vračati k tem izviru, ohranjati moč in slediti dobremu vodniku v sebi.



Organizatorja Ksenija Tušek Bunc in Primož Rus v družbi gostov iz Makedonije, Ljubina Šukrieva in Katarine Stavrić.

Tretji izdaji monografije Multipla skleroza na pot

Matej Leskošek

V oktobru 2010 je bila v glavnem mestu Bosne in Hercegovine Sarajevu izjemno lepo pripravljena in neverjetno dobro obiskana slovesnost ob izidu tretje razširjene in dopolnjene izdaje monografije *Multipla skleroza*, avtorja prof. dr. Mira Denišlića in sodelavcev.

Izdajatelja sta *Savez udruženja oboljelih od multiple skleroze BIH* in *Magistrat Sarajevo*. Urednica bosansko-hercegovske izdaje je poleg prof. dr. Denišlića še prof. dr. Azra Alajbegović, predstojnica Nevrološke klinike Kliničnega centra Univerze Sarajevo. Poleg slovenskih avtorjev posameznih prispevkov so sodelovali še štirje nevrologi z Nevrološke klinike KCU Sarajevo in eden iz Kantonalne bolnišnice Zenica. Iz slovenščine je knjigo prevedel Srđan Mitrović, lektorirala pa Marija Kovačić Šmalcelj.

Slovesnost je bila v Bošnjaškem inštitutu Sarajevo v čudoviti dvorani z nešteti Berberjevimi slikami pred vedoželjno medijsko publiko, ki je do zadnjega kotička napolnila celo stojšča.

Recenzijo knjige sta napisala prof. dr. David B. Vodušek, dr. med., višji svetnik, in akademikinja prof. dr. Vida Demarin. Prof. Vodušek je zapisal: »Celostno bi lahko rekli, da knjižica odgovarja na prav vsa vprašanja, ki bi jih bolnik z multiplo sklerozo (oziroma njegov svec) lahko imel. Je lepo ilustrirana in pisana v didaktičnem slogu ter v optimističnem duhu ... Zdravljenje multiple skleroze je podano na najmodernejšem nivoju; razlage so obsežne, vendar pregledne in razumljive, navedene pa so tudi možnosti bolnikov v BIH ... Seniornemu slovenskemu strokovnjaku za multiplo sklerozo, prof. dr. Miru Denišliću in njegovim sodelavcem za najnovejšo izdajo knjižice o multipli sklerozi, ki je namenjena BIH, lahko čestitamo. Gre za strokovno odlično, slikovno lepo opremljeno in razumljivo napisano besedilo, ki bo nedvomno v veliko korist vsem bolnikom z multiplo sklerozo in njihovim svojcem v BIH.«

In še povzetek iz recenzije akademikinja prof. dr. Vide Demarin: »Priručnik o multiplo sklerozi je knjiga koju bi s razlogom u svojoj biblioteci trebao imati svaki bolesnik i liječnik koji se bavi multiplo sklerozom. Svijedoci smo da se u medicini većinom koristi strana literatura na engleskom jeziku. Ova knjiga može ravnoopravno konkurirati stranim izdanjima, a vjerujem i da su domaći čitatelji sa zahvalnošću dočekali štivo, gdje su sve potrebne informacije o multiplo sklerozi objedinjene na jedinstven način u novom izdanju ovog kvalitetnog priručnika.«



Razvoj oftalmologije v Sloveniji in ljubljanske očne klinike ob 120-letnici Očne klinike v Ljubljani (1890–2010)

Zvonka Zupanič Slavec, Ksenija Slavec

Slovenska oftalmologija se je razvijala v koraku s srednje-evropsko stroko. Prvi slovenski zdravnik oftalmolog je bil Ludvik Grbec (1805–1880), prvi slovenski oftalmološki oddelek pa je nastal leta 1890 v ljubljanski civilni bolnici in je na začetku štel 34 bolniških postelj. Njegov razvoj je med leti 1890 in 1916 vodil dr. Emil Bock, ki je oddelek razširil na 120 postelj, opravil veliko kirurškega dela (predvsem operacije sive mrene) ter ustanovil otroški oddelek za zdravljenje očesne tuberkuloze – škrofuloze. Dr. Leopold Ješe, ki je vodil oddelek od 1920 do 1958, je bil pionir slovenske oftalmologije, prvi profesor oftalmologije na ljubljanski medicinski fakulteti (1945), prvi pisec učbenika za študente (Oftalmologija, 1946) in utemeljitelj slovenske oftalmološke terminologije. Članek popisuje tudi razvoj oftalmologije do današnjih dni tako na ljubljanski očesni kliniki kot tudi v ostalih slovenskih bolnišnicah, obravnava vodilne osebnosti oftalmologije ter strokovno, pedagoško in znanstvenoraziskovalno delo na tem področju. Slovenija ima leta 2010 nad 130 oftalmologov, dve katedri za oftalmologijo (na ljubljanski in mariborski medicinski fakulteti), dobro vodeno in mednarodno priznano specializacijo iz oftalmologije ter odmevno raziskovalno delo, objavljeno v različnih strokovnih revijah, ki jih indeksira Science Citation Index.

Ljubljanska očesna klinika je osrednja slovenska ustanova za obravnavo bolezní oči in sprejema predvsem bolnike iz osrednje Slovenije, bolj zapletene primere pa tudi s področja celotne države. Leta 2010 praznuje 120 let svojega obstoja in 65 let Katedre za oftalmologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani. Poglejmo prehojeno pot katedre, njene dosežke, protagoniste in vse tisto, kar je ustanovo oblikovalo skozi 120 let. Ker je vid tako pomemben čut, so se zdravniki od nekdaj posvečali očesnim boleznim in skozi zgodovino človeštva se je porodilo nekaj temeljnih oftalmoloških spoznanj. Že Babilonci in Egipčani so preučevali oko. Tudi Hipokrat je poznal anatomijo in fiziologijo očesa, Ptolemej pa je postavil temelje refrakcije in opozoril na pomembno vlogo očesne leče. V srednjem veku so se z njo ukvarjali predvsem Arabci. Prva očala je izdelal Salvino degli Armati v 14. stol. V 17. stol. so na razvoj oftalmologije vplivali A. Maitre Jean, B. Dacosta Valdes, R. Bannister in J. Ray. V 18. stol. sta bili najbolj preučevani očesni bolezni siva mrena (C. St. Yves, J. C. van Loder) in glavkom (J. Platner, W. Cheselden). Ko so leta 1851 iznašli oftalmoskop (H. L. F. Helmholtz), so se



Dr. Ludvik Grbec (1805–1880), prvi slovenski klinično šolani okulist (iz zbirke Inštituta za zgodovino medicine Medicinske fakultete v Ljubljani).



Dr. Emil Bock (1875–1916), začetnik okulistike pri Slovencih in prvi predstojnik Očesnega oddelka v Ljubljani (1890–1916) (iz zbirke Inštituta za zgodovino medicine Medicinske fakultete v Ljubljani).

začele uveljavljati nove operativne tehnike (Pavišić Z. Oftalmologija. V: Medicinska enciklopedija zv. 7. Zagreb: 1963: 370–2.). Oftalmologija tako ni bila več del kirurgije, ampak je postala samostojna veda. Skozi celotno 20. stol. so vpeljali številne nove preiskovalne in operativne metode.

Začetki slovenske oftalmologije in prvi očesni oddelek v Ljubljani

Začetki strokovne obravnave očesnega bolnika na Slovenskem segajo v začetek 19. stoletja, ko so se v Ljubljani pojavili prvi klinično izobraženi zdravniki. Predtem so na Kranjskem iz kraja v kraj potovali le t.i. »prebadalci mren«, ki so svoje delo opravljali kar na sejmih.

Leta 1800 se je v Ljubljani naselil kirurg in magister oftalmologije Ferdinand Tschernitsch (Černič), ki je užival sloves dobrega

oftalmologa in izvedenca za operacijo sive mrežne. Od najverjetneje 1832 do 1835 je živel in deloval v Ljubljani tudi doktor medicine Ludvik Grbec (1805–1880), prvi slovenski klinično šolani oftalmolog, ki je študiral na Dunaju in tam specializiral oftalmologijo pri profesorjih Antonu Rosasu (1791–1855) in Frideriku Jaegru (1784–1871). Po letu 1835 se je umaknil v Vipavo, nato pa v Idrijo, kjer je postal rudniški zdravnik. Naslednji oftalmolog, ki je deloval v Ljubljani, je bil kirurg in očesni zdravnik dr. Ljudevit Jenko (1841–1912). Šolal se je na Dunaju, 1877 pa je odprl zasebno ordinacijo. Služboval je med drugim še v Carigradu in v Idriji.

Razvoj Očesne klinike v Ljubljani je bistven sestavni del zgodovine oftalmologije na Slovenskem. Ko je v prvi Civilni bolnici na Ajdovščini v Ljubljani nastala potreba po specialistični obravnavi očesnih bolezni, so leta 1890 ustanovili prvi očesni oddelek s 34 posteljami v treh sobah (Rijavec L. Ljubljanske bolnišnice 1786–1960: str: 41–2.).

Mesto primarija je prevzel dr. Emil Bock (1875–1916), ki je na Dunaju specializiral oftalmologijo in splošno kirurgijo ter že 1886 na Dunaju postal docent za oftalmologijo. Spomladi 1895 je potres popolnoma uničil ljubljansko civilno bolnico. Gradnja nove bolnišnice že pred to nesrečo je omogočila, da so še isto jesen odprli novo Deželno bolnico za Ljubljano na današnji Zaloški cesti 2. Tja se je v samostojno stavbo paviljona številka 5 preselil tudi Očesni oddelek, sedaj z 61 posteljami. Leta 1912 so oddelek dodatno razširili in je štel kar 118 postelj. Za tedanje čase je imel veliko in moderno operacijsko dvorano, preiskovalne sobe, temno sobo ter prostore za bolnike. Tudi aparature so bile za takratni čas sodobne. V prvih desetih letih so zdravili okoli 7600 bolnikov, dr. Emil Bock je v istem času opravil okoli 500 operacij sive mrežne, uvedel pa je tudi zdravljenje očesnih bolezni z radijem. Otroški oddelek je bil prenapolnjen z malimi bolniki, ki so trpeli za očesno tuberkulozo – škrofulozo (Ješe I. Ob petdesetletnici Okulističnega oddelka. Zdrav Vestn 1940; 18: 361–76.).



Očesni oddelek bolnišnice na Zaloški c. 2 (1890–2001) (iz zbirke Očesne klinike v Ljubljani).

Uspešno delo dr. Bocka, ki je vodil oddelek med leti 1890 in 1916, je po njegovi nenadni smrti nadaljeval prav tako na Dunaju izobraženi oftalmolog dr. Albert Botteri (1879–1955), ki je oddelek reorganiziral, uveljavil sodobno diagnostiko ter konservativno in operativno zdravljenje. Leta 1919 se je habilitiral za privatnega docenta v Pragi in od anatoma prof. Janeza Plečnika (1875–1940) v Ljubljani prevzel predavanja anatomije očesnega organa. Leta 1920 je bil habilitiran za profesorja tudi v Ljubljani, vendar je takoj zatem sprejel ponudbo za ustanovitev očesne klinike v Zagrebu in na tamkajšnji medicinski fakulteti postal profesor oftalmologije. Zato je leta 1920 odšel iz Ljubljane.

Po končani 1. svetovni vojni in osamosvojitvi Slovencev izpod habsburške monarhije je 1920 vodenje očesnega oddelka prevzel eden najvidnejših slovenskih oftalmologov, dr. Leopold Ješe (1886–1958). Bil je izvrsten očesni kirurg, ki je v slovenski prostor prenesel sodobne operativne tehnike. Že 1930 je operativno zdravil odstop mrežnice in 1936 izvedel prvo intrakapsularno operacijo katarakte. Pomemben je tudi za razvoj slovenske oftalmološke terminologije: 1918 je napisal prvi popis očesnih bolezni v slovenskem jeziku, 1920 pa je v Liječniškem vjesniku objavil 655 nemških, latinskih in grških oftalmoloških izrazov in jih poslovenil (Ješe L. Nekaj slovenske terminologije iz okulistike. Liječ Vjesn 1920; 42 (8/10): 468–79.). Leta 1940 je imel očesni oddelek 136 postelj in zaposlene štiri zdravnike.

Po 2. svetovni vojni, ko je Medicinska fakulteta postala popolna, se je očesni oddelek preimenoval v očesno kliniko in prim. Leopold Ješe je postal profesor oftalmologije. Postopoma je oftalmologija vse bolj napredovala. Prvi doktor znanosti iz oftalmologije dr. Stane Stergar je uvažal učinkovitejše zdravljenje toksoplazme, ukvarjal se je s slepoto in slabovidnostjo, keratoplastiko, krioe ekstrakcijo sive mrežne, intrabulbarnimi tujki in 1953 ustanovil na Jezerskem bolnišnico za očesno tuberkulozo. Prof. dr. Stane Novak je vpeljal lasersko zdravljenje očesnih bolezni, prof. dr. Gorazd Kolar je podrobneje obravnaval diabetično retinopatijo. Na kliniki so po letu 1983 uvedli dodatne preiskovalne metode, sodobno konservativno in kirurško



Očesni bolniki s sestrami usmiljenkami na vrtu Očesnega oddelka ljubljanske bolnišnice leta 1915 (iz zbirke Očesne klinike v Ljubljani).

terapijo: računalniško perimetrijo, refraktometrijo, intraokularne leče, vitrektomijo, obsevanje malignih očesnih tumorjev (Kolar G. Okulistika. Enciklopedija Slovenije; 1994, zv. 8: 119–20.).

Leta 1959 je postala predstojnica Očesne klinike in Katedre za oftalmologijo prof. dr. Carmen Dereani Bežek (1911–2008), ki je kliniko vodila vse do 1972. Medicino je doštudirala leta 1935 v Zagrebu, v oftalmologiji se je usposabljala v Gradcu in 1938. na očesni oddelek prinesla nove operativne pristope. Leta 1945 je postala asistentka, 1955 docentka in 1965 izredna profesorica oftalmologije ljubljanske medicinske fakultete. V času njenega vodenja je bilo na kliniko sprejetih več specializantov oftalmologije in katedra je takrat imela štiri fakultetne člane. Dr. Dereani Bežkova je 1956 na kliniki ustanovila Oddelek za ortoptiko in pleoptiko, prvi v tedanji Jugoslaviji, kjer so začeli zdraviti otroke s strabizmom že v prvih mesecih po rojstvu, kar je bila novost in dragocena izboljšava pri preprečevanju slabovidnosti in škiljenja. Vodstvo oddelka je prevzel prim. Tone Žel. Oftalmologi Velenja Petrovič, Aleksander Švarc in Marta Šavelj so uvajali novo medikamentozno terapijo, Milena Jeruc je izvajala operacije solzil, prim. prof. dr. Stanko Strnad in kasneje prof. dr. Branka Stirn Kranjc sta posodobila operativne metode strabizma in kongenitalne katarakte ter uvedla nove operativne in medikamentozne pristope zdravljenja otroških očesnih bolezni v sodelovanju s pediatrijo asist. dr. Ano Hawlina.

Med leti 1972 in 1983 je bil predstojnik Očesne klinike in Katedre za oftalmologijo prof. dr. Stane Stergar (1915–1998), ki je 1952. prvi pri nas opravil keratoplastiko in kot prvi oftalmolog v Sloveniji ubranil doktorsko disertacijo. Tudi sicer je uvedel veliko strokovnih novosti. Ekstrakcije intrabulbarnih magnetnih kovinskih tujkov so v 70. in 80. letih 20. stoletja na kliniki izvajali oftalmologi Vinko Kristl, Silvo Kavčič in Borut Hrovatin. Zaradi skokovitega razvoja stroke so nastajali novi oddelki. V letu 1973 so v Kliničnem centru Ljubljana odprli nov operativni oddelek s sodobnimi aparaturami za mikrokirurgijo. Takrat je vodil oddelek doc. dr. Jože Videnšek, ki je leta 1983 opravil prvo vstavev znotrajočesne leče (IOL). Operacije katarakte in ablacije so izvajali še oftalmologi Vinko Kristl, prim. Ciril Zupan, Borut Hrovatin, Savo Vidovič in Marjeta Vrevec Eleršek. Slednja je vodila tudi ambulantno za kontaktne leče. Milica Kolar Boljka, prim. Marija Zupan, prof. dr. Branka Stirn Krajnc in doc. dr. Barbara Cvenkel so delale v glavkomski ambulanti. Na oddelku specialnih preiskovalnih metod v oftalmologiji so delali prof. dr. Gorazd Kolar, asist. mag. Irena Brovet Zupančič in doc. dr. Erik Ankerst, ultrazvočno diagnostiko in vitreoretinalno kirurgijo sta opravljala doc. dr. Jože Videnšek in asist. dr. Primož Logar.

Med leti 1983 in 1993 je Očesno kliniko vodil prof. dr. Gorazd Kolar (rojen 1934), ki je 1959 v Ljubljani končal študij medicine in se izpopolnjeval iz oftalmologije v Essnu in Düsseldorfu predvsem v tehniki slikanja očesnega ozadja ter od 1972 izvajal fluoresceinsko angiografijo očesa in se ukvarjal z diabetično retinopatijo. S 24 zdravniki, ki so se dodatno izpopolnjevali v tujini, je nadgrajeval in spodbujal strokovni razvoj klinike. Ustanovili so Oddelek za lasersko terapijo in laserske posege ter oddelek Poliklinike. Na kliniki je nastal izobraževalni center, ki so ga obiskovali domači in tuji oftalmologi. Vpeljali so nove in inovativne tehnike operacij katarakte pod okriljem prim. asist. dr. Vladimirja Pfeiferja. Z vitreoretinalnimi posegi so se ukvarjali oftalmologi asist. dr. Primož Logar, doc. dr. Mojca Globočnik Petrovič in Xhevati Lumi. Okuloplastične



Prof. dr. Albert Botteri (1879–1955), vodja ljubljanskega očesnega oddelka od 1917 do 1920, nato pa ustanovitelj Očesne klinike v Zagrebu in vodja katedre za okulistiko pri Medicinski fakulteti (iz zbirke Inštituta za zgodovino medicine Medicinske fakultete v Ljubljani).



Prof. dr. Leopold Ješe, pionir slovenske okulistike in njene terminologije (iz zbirke Inštituta za zgodovino medicine Medicinske fakultete v Ljubljani).



Nova stavba Očesne klinike, vseljena 2001, na Zaloški cesti v Ljubljani (iz zbirke Očesne klinike v Ljubljani).

posege je opravljala prof. dr. Brigita Drnovšek Olup, z laserskim zdravljenjem so se ukvarjali prim. Davorin Sevšek in asist. dr. Mirna Šilih Štabuc in z diagnostiko in terapijo uvealnih obolenj prim. mag. Aleksandra Kraut. Nove neurooftalmološke preiskave in nove načine zdravljenja je uvajal prof. dr. Marko Hawlina. Oživilo je skupinsko klinično znanstvenoraziskovalno delo, katerega odmevne rezultate so predstavljali na številnih mednarodnih srečanjih in objavljali v strokovni literaturi.

Med leti 1993 in 2002 je bil direktor Očesne klinike prim. dr. Peter Dovšak. Vsa svoja prizadevanja je usmeril v natančne priprave in organizacijo gradnje nove stavbe Očesne klinike na mestu nekdanje vojaške bolnišnice na Zaloški 28 v Ljubljani. Dne 18. januarja 2001 so na tem mestu odprli novo Očesno kliniko. Trije trakti klinike A, B in C so bili prenovljeni znotraj stare stavbe, trakti D in E pa so dogradili. Prenovljena klinika je opremljena s sodobnimi medicinskimi aparaturami najvišje kakovosti. Očesno kliniko danes sestavljajo naslednji oddelki: Oddelek očesne kirurgije, Oddelek za očesne bolezni, Otroški oddelek, Oddelek za funkcionalno diagnostiko, Enota za nevrofiziološko diagnostiko, Oddelek za ortoptiko in strabologijo, Oddelek za okuloplastično kirurgijo, Oddelek za glavkom, Oddelek za laser in Ambulanta za diabetično retinopatijo, Ambulanta za refraktivno kirurgijo, Ambulanta za kontaktne leče, Ambulanta za slabovidne, Konziliarna ambulanta in Splošne očesne ambulate (Drnovšek Olup B. Predstavitev očesne klinike. 115 let očesne klinike. Ljubljana; 2005: 7–10.). Kirurški del ima pet operacijskih dvoran, šesta operacijska soba je namenjena laserskim operacijam in drugim oftalmološkim posegom. Del klinike je skupaj z nevrofiziološkim oddelkom namenjen raziskovalni dejavnosti.

V obdobju od 2002 do 2009 je klinika doživela velik razcvet in mednarodno uveljavitev. Vodila jo je prof. dr. Brigita Drnovšek Olup. Leta 2005 je klinika prejela akreditacijo EBO (*European Board of Ophthalmology*) za evropsko učno bolnišnico. V letu 2008 je prejela ICO (*International Council of Ophthalmology*) nagrado za vzpostavitev učnega centra za Vzhodno Evropo. V tem

obdobju so specializanti Očesne klinike pričeli opravljati specialistične izpite v okviru EBO, kar je postalo tradicija. Na izpitih v Parizu so vedno dosegali odlične rezultate. V tem času je bilo na kliniki opravljenih devet magistriranj in štirje doktorati. Uvedene so bile nove kirurške tehnike, tudi lastne inovacije na področju laserskega zdravljenja kožnih sprememb in solznih poti. Organizirane so bile mednarodne učne delavnice. Uvedeno je bilo novo zdravljenje senilne degeneracije rumene pege z biološkimi zdravili. Klinika je zaradi svojega dobrega delovanja prejela tudi priznanja in nagrade za dobro organiziranost in poslovanje. V okviru klinike je bilo organiziranih tudi nekaj mednarodnih srečanj. Prof. dr. Marko Hawlina je bil izvoljen za predsednika izvršnega odbora EBO za leto 2009, prof. Drnovškova pa je bila leta 2009 kot prva ženska izvoljena za predsednico združenja ESOPRS (*European Society Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery*) z nastopom funkcije v letu 2011. Funkcijo predstojnika klinike je leta 2009, ko je Drnovškova postala strokovna direktorica UKC, prevzela prof. dr. Branka Stirn Kranjc.

Velik del dejavnosti Očesne klinike se odvija na terciarni ravni, ki jo omogoča dobra opremljenost klinike z najsodobnejšimi aparaturami in v prvi vrsti specialno znanje zaposlenih. Operacijski postopki so vrhunski in tudi strokovnjaki so v nenehnem procesu učenja. Na kliniki je trenutno 179 zaposlenih, med njimi je 10 doktorjev znanosti in 13 magistrov, trije profesorji, dve docentki, ena znanstvena svetnica in šest primarijev. Zaradi razvoja stroke, širitve programa, novih dejavnosti, uvajanja ambulantnega operativnega dela in ne nazadnje tudi zaradi izobraževalnega programa in raziskovalnega dela ugotavljajo, da sedanje število specialistov ne zadošča in da potrebujejo kadrovske okrepitve.

Katedra za oftalmologijo Medicinske fakultete v Ljubljani je bila ustanovljena leta 1945 in je veliko prispevala k razvoju oftalmologije. V njenem okviru se je pričelo specialistično izobraževanje oftalmologov. Danes je v Sloveniji okoli 130 specialistov in specializantov oftalmologije, ki so povezani v Združenju oftalmologov Slovenije (z več sekcijami) pri Slovenskem

zdravniškem društvu. Prvo oftalmološko knjigo je napisal Jakob Žnidaršič 1880 (Oko in vid), Leopold Ješe pa prvi učbenik za študente medicine in stomatologije 1946, 1953 (Oftalmologija) in za medicinske sestre 1953 (Okulistika).

Ob ljubljanskem očesnem oddelku in v sodelovanju z njim so se po Sloveniji postopoma razvijali očesni oddelki v regionalnih bolnišnicah: v Mariboru, Celju, Murski Soboti, Novem mestu, Izoli in Novi Gorici. V Mariboru je bil 1919 ustanovljen Otorinolaringološko-oftalmološki oddelek s 60 posteljami. Ob preselitvi v sedanje prostore sta 1943 nastala samostojni Oddelek za očesne bolezni in samostojni Oddelek za otorinolaringologijo. V Celju je bila prva oftalmološka ambulanta odprta 1927, 1936 je bil ustanovljen Otorinolaringološko-okulistični oddelek v Gizelini bolnici, samostojni oddelek pa je bil odprt 1959. V Murski Soboti so bili 1930 urejeni začasni prostori za protitrahomski laboratorij in leto kasneje je bilo pregledanih že 96 odstotkov Prekmurcev. Očesni oddelek so v Murski Soboti odprli 1964, od 1988 deluje v novih prostorih v Rakičanu. V Novem mestu je očesni oddelek nastal 1972. Kot podružnica koprške bolnišnice je bil v Piranu 1960 ustanovljen očesni oddelek, 1988 pa se je preselil v nove prostore v Izolo. V Novi Gorici je bila prva očesna ambulanta odprta 1964, v Šempetru pri Novi Gorici pa 1965. Poleg teh oddelkov je v Sloveniji še 15 specialističnih oftalmoloških ambulant.

Sklep

V Sloveniji je za dva milijona prebivalcev nekaj več kot 130 aktivnih oftalmologov, kar ne zadošča potrebam, a se ti stalno izobražujejo. V Mariboru je ob akademskem sodelovanju z Ljubljano leta 2004 nastal drugi univerzitetni klinični center z lastno medicinsko fakulteto, kjer imajo tudi svoje učitelje in asistente. V zadnjih 15 letih so slovenski oftalmologi objavili več kot 80 člankov v revijah, ki jih indeksira SCI. Tudi drugi očesni oddelki in zasebniki v Sloveniji sledijo tem trendom, so dobro izobraženi in izvajajo vsebinsko enotno in sodobno doktrino.

Slovenska oftalmološka stroka je usposobljena za vse najzahtevnejše terapijske in diagnostične postopke, pri čemer interdisciplinarno sodelujejo z mnogimi ustanovami, tako kliničnimi kot bazičnimi, doma in v tujini. V regiji so v marsičem vodilni in so ena redkih ustanov na svetu, v kateri se načrtovane operacije katarakte 100-odstotno izvajajo s fakoemulzifikacijo z malo incizijo, kar omogoča, da večino posegov izvedejo ambulantno. To ob več kot 15.000 operacijah letno pomeni prihranek več tisoč ležalnih dni.

Slovenski akademski oftalmologi – učitelji uporabljajo sodobne pedagoške pristope k študentom, ki poleg kliničnega znanja uspešno pridobivajo tudi raziskovalne izkušnje. Specializanti se preko štipendij Evropskega oftalmološkega združenja (SOE) izobražujejo tudi v tujini, aktivno predstavljajo svoja dela na kongresih in pomembno sodelujejo pri objavah v domačih in tujih revijah. Slovenski program oftalmoloških specializacij je mednarodno priznan. Razvili so tudi klinično usmerjene eksperimentalne laboratorije, ki po vzoru vodilnih zahodnih klinik tudi na ljubljanski kliniki ustvarjajo znanje za razvoj novih terapijskih možnosti, npr. z uporabo zarodnih celic. Očesno kliniko so inšpektorji European Board of Ophthalmology leta 2005 dobro ocenili kot izobraževalno ustanovo in je bila prva akreditirana kot oftalmološki učni center v novih državah Evropske unije. European Board of Ophthalmology je leta 2009 predsedoval ljubljanski oftalmolog prof. dr. Marko Hawlina. O ugledu slovenske oftalmologije poleg predstavnikov v evropskih strokovnih združenjih priča tudi pridobitev štirih evropskih simpozijev in kongresa European Association for Vision and Eye Research (EVER), ki so bili od leta 2007 tri leta zapored v Portorožu. Poleg tega Očesna klinika v Ljubljani v sodelovanju z Združenjem oftalmologov Slovenije vsaki dve leti organizira Slovenski oftalmološki kongres, letos že 8. po vrsti. Opravljenega je veliko dela in slovenska oftalmologija z zaupanjem gleda v prihodnost (Hawlina M. Mnoge vizije so uresničene, čas je za nove. Zdrav Vestn 2005; 74: 557.).

Zahvala: Za sodelovanje se zahvaljujemo sedanji predstojnici klinike prof. dr. Branki Krajnc Stirn in njeni predhodnici prof. dr. Brigiti Drnovšek Olup.



Naslovnica prvega slovenskega učbenika za očesne bolezni Oftalmologija, avtorja prof. dr. Leopolda Ješeta iz leta 1946 (iz zbirke Inštituta za zgodovino medicine Medicinske fakultete v Ljubljani).



Nekaj utrinkov iz življenja in dela prim. mag. Štefana Kopača, dr. med.

David Neubauer

Ko si me sredi avgusta obiskal na Korčuli, med tvojim križarjenjem po Dalmaciji, si nisem niti malo mislil, da bo to najino zadnje srečanje. Pravzaprav ni bilo zadnje, kajti sam sem te še kar nekajkrat obiskal, medtem ko si ležal v kliničnem centru, vendar mi je postajalo vedno bolj jasno, da Tebe ni več zraven.

Prim. mag. Štefan Kopač, dr. med., je bil iz tiste skupine otroških nevrologov, ki so prišli na pediatrično kliniko v Ljubljani kot mladi specialisti razširjat dejavnost, ki sta jo sredi petdesetih let prejšnjega stoletja začela prim. Ivica Tivadar in prof. Jože Jeras, kasneje pa se jima je pridružila še prim. Štefka Vandot. Prav slednja je takrat mladega specialista vzela pod svoje okrilje in ga navdušila nad spoznavanjem področja otroške nevrologije pri najmlajših otrocih – novorojenčkih in dojenčkih. Ta »pripadnost« najmlajši generaciji je prim. Kopaču ostala vse življenje, čeprav je bil eden redkih specialistov na tem področju, ki je enako dobro obvladal obravnavo malčka, kot tudi mladostnice in celo mladih odraslih oseb. To mu je prav gotovo prinesla tudi izobrazba, ki si jo je pridobil v tujini, zlasti z odlično nevrološko angleško šolo na Queen Squaru, v bolnišnici Great Ormond Street, kjer so bili tedaj gotovo eni najboljših otroških nevrologov na svetu – Edward Brett, John Wilson in nevrofiziolog Steven Boyd. Prav slednji ga je navdušil tako za elektroencefalografijo kot za vzbujene potenciale, ki jih je kasneje uvedel v klinično prakso pri nas in določil normative za novorojenčke in dojenčke.

Druga izobrazba, ki jo je vedno s ponosom poudarjal, pa je bila tista v arabskem svetu. Z družino je v zgodnjih osemdesetih letih odpotoval v Kuvajt, kjer je bil več kot leto dni zaposlen kot otroški nevrolog v bolnišnici Al Sabah. Kasneje je bil prav on tisti, ki je začel tudi nevropediatrični del programa sodelovanja med kliničnim centrom v Ljubljani in ministrstvom za zdravje v Kuvajtu, in včasih je ob pregledu kakšnega otroka z veseljem povedal še kakšno anekdoto iz tega svojega časa. Vsi se dobro spomnimo, kako je svojo bogato zbirko diapozitivov različnih nenavadnih primerov iz pediatrije in otroške nevrologije večkrat predstavljal na jutranjih kliničnih raportih. Z velikim poznavanjem klasične nevrološke šole mu tudi v Kuvajtu, kjer je klinično delo temeljilo na načelih angleškega zdravstva in je bil »zdravniški« jezik angleščina, ni

bilo težko kmalu postati zelo priljubljen, iskan in čislán otroški nevrolog. Morda je bila s tem povezana tudi njegova strast pri proučevanju različnih prirojenih nepravilnosti (zlasti hidrocefalusa in meningomielokel), kongenitalnih sindromov in progresivnih/nevrodegenerativnih bolezni v zgodnjem otroštvu, ki jim je posvečenih tudi največ njegovih znanstvenih in strokovnih objav. Prim. Kopač je odlično obvladal otroško elektroencefalografijo in bil dolga leta edini strokovnjak za tolmačenje vzbujenih potencialov na pediatrični kliniki.

Tisto, kar smo vedno vsi občudovali, pa je bila njegova pripadnost kliničnemu delu. Že prej, še zlasti pa potem, ko je prevzel položaj vodje oddelka za dojenčke in malčke, je vsako jutro prvi prišel na oddelk (ko so sestre nočne izmene ravno predajale delo jutranjim in pile prvo jutranjo kavo) in preveril vse zapiske in beleženja sester, da je takoj vedel, kaj se je dogajalo ponoči z njegovimi malimi pacienti, nato pa se pogovoril še z nočnimi sestrami v zvezi z njihovimi osebnimi opažanji. Vedno je bil prisoten na oddelku, poznal vse otroke in njihove starše ter obvladal vsako situacijo, če je bila še tako zapletena ali pa (kar se je lahko dogajalo kar pogosto) celo življenje ogrožajoča oziroma (na žalost tudi neredko) smrtna. Vedno je bil s starši hudo prizadetih ali celo umirajočih otrok izredno neposreden in odkrit, kar so mu mnogi v začetku morda celo zamerili. Vendar sem kasneje, ko sem iste otroke in njihove starše spremljal sam, velikokrat slišal, ko so mi starši rekli: »Veste, bilo nam je zelo hudo in težko pri srcu, ko nam je dr. Kopač tako neposredno dejal, da ima naš otrok cerebralno paralizo in da zelo verjetno ne bo nikoli hodil, vendar sedaj, ko so minila leta in je naš mladostnik na invalidskem vozičku že vsa ta leta, smo mu hvaležni, ker je bil v tistem času edini, ki nam je brez olepševanja in zavajanja povedal, kaj nas čaka.«

Bil je tudi odlični klinični otroški nevrolog in cele generacije nas mlajših so šle skozi njegovo šolo učenja in urjenja v izvajanju punkcij (predvsem lumbalne, pa tudi kostne in pleuralne ter celo subdurne), osebno pa sem mu neizmerno hvaležen, da mi je pomagal ob uvajanju v samostojna dežurstva. Tudi ostali kolegi in kolegice se ga bodo gotovo še dolgo spominjali kot sodelavca, ki je bil vedno pripravljen prevzeti njihovo dežuranje in ni tega nikoli odklonil, četudi je bil v tistem tednu razporejen na dežuranje že dvakrat. Bil je tudi odlični diagnostik, zato je opravil ogromno konzultacij in konziliarnih pregledov, ne samo po različnih oddelkih pediatrične klinike, ampak tudi zunaj klinike, predvsem na oddelkih otroške kirurgije, ortopedije in rehabilitacije, pa tudi očesne in otolaringološke klinike. Sodeloval je s timom otroških infektologov in bil dolga leta predsednik komisije za ugotavljanje kontraindikacij cepljenja. Spomnimo pa se ga tudi, kako je vsako sredo popoldne po napornem delavniku, ko smo vsi odhajali domov, on čakal pri vratarju na prevoz v Center za zdravljenje bolezni otrok v Šentvidu in vsakemu s ponosom razlagal, da gre sedaj še na eno vizito.

Čeprav sem bil nekaj zadnjih let predstojnik kliničnega oddelka (za to, da smo pred več kot petnajstimi leti prvič postali klinični oddelk, ima zaslugue tudi on, saj sva pred oddajo dokazil vso noč zbirala in urejevala vse potrebno), bom sam in tudi vsi njegovi ožji sodelavci in sodelavke prim. Kopača obdržali v spominu kot »našega dobrega šefa«.



Prim. Kopač ob podelitvi priznanja Sekcije za otroško nevrologijo za zasluge na področju otroške nevrologije.

Prof. Katja Šturm-Schnabl (Inštitut za slavistiko, Univerza na Dunaju) je pred leti v nemščini objavila daljši sestavek o slovenski literaturi. Seveda kot pripomoček pri pouku. Ko sem ga pred kratkim prebral, sem se avtorici ponudil, da prvi del prevedem v slovenščino. Menim, da bi ga moral prebrati vsak zdravnik.

Pristop, ki ga uporablja avtorica, se ponekod tudi pri pouku medicine uporablja kot »Experiential learning« – seveda ne v barbarski obliki. A prav spomin na barbarstvo iz polpretekle zgodovine človeštva je sporočilnost zapisa spodaj. Večji del opisa tega barbarstva zadeva poskus, kako človeka oropati

njegove identitete. Manjši, a toliko bolj grozljiv del pa zadeva opis »zdravljenja« v tistem času.

Menim, da bo – tako kot jaz – otrpnil tudi vsak zdravnik, ko bo prebral, s kakšno lahkotnostjo se je *Lagerarzt* lotil svojega dela. In tako kot jaz bo verjetno vsak zdravnik tuhtal, kaj je bilo injicirano in kam. A če se spomnim tistega časa in pošastnega dekursa, menim, da je bila injekcija intrakardialna. In ugibam, ali je bil injiciran strofantin.

Ali pa preprosto kar – bencin?

Komentar zgoraj in prevod: Marjan Kordaš

Spomin na barbarstvo

Katja Sturm Schnabl

Predgovor

S to lepljenko iz literarne analize, mikrozgodovine in doživete zgodbe se želim podati na novo pot. Na pot, ki ni bila tuja niti Goetheju, ko je rekel, da je »vsaka pesem priložnostna pesem«. Na to pot se je podal tudi francoski pisatelj Henry Troyat v svoji biografiji o Verlainu, ko je do potankosti raziskal razmere, v katerih je živel pesnik, in ki so bile vsakokratne pobude za njegove pesmi.

Kar zadeva mene, želim na tem mestu delovati na temelju literarne teorije strukturalizma, ki med drugim raziskuje zveze med govorcem in poslušalcem. Hkrati upoštevati sodobne teorije o nastanku mitov ter spoznanja Julije Kristeve o literarnem jeziku kot nenehnem *prevajanju* novih vrednot doživljanja v nekakšen *nov jezik*. Vse to prikazati na primeru družinske sage ter sprejemanja (receptije) in dojemanja (perceptije) določenega besedila. Ob tem želim pokazati primer, kako se lahko znotraj neke družine, ki je jezikovna skupnost, zgradi model kulture. Lasten doživljajski svet naredi bralca dojemljivega za pesniška sporočila, ki se lahko navdahnejo iz podobnih doživljajev. Ta skupni svet doživljanja poveča njegovo občutljivost za moralne in duhovne vrednote, ki se lahko posredujejo v pesniškem jeziku. Temeljno je, da v družini obstoji osnova za skupno doživljanje, zaradi česar komuniciranje med govorcem in poslušalcem posega globlje in je bolj implicitno. Geneza kulture znotraj najmanjšega družbenega modela, družine, ki je v komunikaciji največkrat vezana na jezik njej nadrejenemu družbenemu modelu, njeni narodnostni ali jezikovni skupnosti oz. naciji. Je predmet (objekt) raziskovanja z interdisciplinarno razsežnostjo ter veda (znanost) o kulturi, ki zmore prispevati k usposobljenosti, da se iz zgodbe, ki je hkrati zgodovina, lahko česa resnično naučimo.

Izgnanstvo

Tudi po osvoboditvi in vrnitvi domov leta 1945 je našo družino vedno prevečala stalna, nepotešljiva bolečina. Nikakor nismo zmogli prek dejstva Veričine smrti. Ko so nacisti v aprilu 1942, med izgonom koroških Slovencev v Nemčijo, izgnali starše in

obe očetovi samski sestri, je bila od štirih otrok Verica najstarejša. V letu 1942 je bila stara sedem let, obiskovala je prvi razred osnovne šole, bila je nadpovprečno nadarjena, že po šestih mesecih šole je znala tekoče brati in pisati brez napak, skoraj kot da bi že opravila maturo, ob tem pa se je v tem času morala poprej naučiti še nemščine, saj doma v tem jeziku nismo govorili. Z vso resnostjo in jasnostjo se je že takrat odločila, da bo pozneje študirala medicino. »Umrta« je v marcu 1943 v »bolniški sobi« taborišča Eichstätt v naročju svoje matere. Z besedami »No, pa poskusimo« ji je taboriščni zdravnik nekaj vbrizgnil in v naslednjem trenutku ji je glavica zdrsnila vstran in mati je oklepala mrtvega otroka, mrtvo Verico v svojem naročju. Ko sem čez nekaj časa spet prvič videla svojo mamo ...

V taborišču je izbruhnila epidemija škrlatinke in ker se je mestna uprava bala širjenja epidemije v mesto – v takratnem času, pred ero antibiotikov, je bila škrlatinka nevarna nalezljiva bolezen – je pri vodstvu taborišča izsilila, da so vse obolele otroke poslali v mestno bolnišnico. Otroci smo bili tam hospitalizirani na Oddelku za nalezljive bolezni. Naši starši so – od primera do primera – dobili dovoljenje za obisk le, ko in če so bili poslani na običajno prisilno delo v mestu, sicer pa ne.

... in ne da bi že kar koli vedela o usodi svoje sestre Veronike, se mi je moja mati zdela popolnoma tuja, skoraj je ne bi mogla prepoznati, bila je docela spremenjena. Imela sem vtis, da se proti nam premika po zraku, ki se je strdil v steklo, da se je ta strjeni zrak drobil in osipal ob senci njene postave. In ko je oče potem izrekel usodno težke besede »Veri je umrla«, sem pomislila: »Zdaj bi vendar morala jokati«, a ob pogledu na takšno mater, ki je brez besed in brez solza stala pred nami, ko se je vse njeno meso spremenilo v eno samo bolečino, v svojih očeh nisem zmogla niti ene solze. Na to sliko groze sem se spomnila, ko sem brala, da je Prežihov Voranc po osvoboditvi iz zloglasnega nemško-nacističnega koncentracijskega taborišča Mauthausen svoja doživetja opisal takole: »Sram me je bilo, da sem človek.«

Vrnitev

Z nepotešljivo bolečino »Veri je umrla«, smo se v juliju 1945 vrnili na Koroško. Nemci – tokrat koroški Nemci; takrat pač še nisem znala razlikovati in beseda *Nemci* mi je pravzaprav pomenila *nacisti*, zakaj dotlej sem spoznala le te vrste Nemce – so nas najprej spet vtaknili v nekakšno taborišče, v jezuitsko vojašnico v Celovcu. ...

Pred tem se je odvrtela tragična predigra, ki pa je v svoji veri v svobodo ter v zmagoslavnem razpoloženju nisem dojela kot resnično ogroženost. Namreč, koroška deželna vlada, ki je uradovala od julija 1945 dalje, je angleško okupacijsko upravo obvestila, da pri teh repatriacijah ne gre za (pregnane slovenske) Korošce in da jih velja poslati naprej. In tako so v Beljaku, kjer se je vlak ustavil, ob vagonih stali angleški vojaki z naperjenimi strojnimi in nam niso dovolili izstopiti. Mi pa smo kljub temu izstopili, se usedli na svojo prtljago in se nismo pustili ustraševati. Po dolgotrajnih pogajanjih smo Angležem lahko pojasnili, da smo žrtve nacizma, ki se iz taborišč v Nemčiji vračamo na svoje domače kmetije. Tako nam je bila že drugič uglajena pot v našo osvoboditev. Da, takrat mi je bilo to dogajanje videti kar smešno, z današnjega vidika pa nikakor ne. Dandanes, ko vse bolj prihaja na dan, da je vsa posest, ki so jo nacisti uropali, arizirali, ostala uropana last in posest roparjem povsod tam, kjer se izvirni lastniki niso vrnili, ki so končali v plinskih celicah ali ki so bili tako ali drugače pokončani. Za to so na voljo številni, še dandanes dokumentirani primeri. Da, s tega vidika epizoda na železniški postaji v Beljaku ni bila prav nič smešna. Na kmetijah koroških Slovencev so (takrat še) namreč živeli optanti iz Italije, torej Nemci, ki so se v smislu dogovora med Hitlerjem in Mussolinijem *vrnili domov v Reich* (*»heim ins Reich«*) ter na Koroškem dobili svoja posestva.

O neskončni sreči in najgloblji žalosti

Po nekaj dneh smo se končno lahko vrnili domov, v Svinčo vas (*Zinsdorf*), na naš ljubljani Tomanov dvor. Sonce je sijalo, spet sem uzrla pravično, lepo sijočo domačijsko pokrajino, daljna polja, ki so se širila pred mojimi očmi, tako daleč, da nisem mogla videti konca; v daljavi je še vedno prestoloval Visoki Obir, in tako kot nekoč so ga levo in desno spremljale iste gore. Ta toplota, to sonce, ta lepota, svoboda, naša hiša – sicer izropana in opustošena – vendar naš nekdanji in večni dom, vse to je bilo čudovito in prelepo, tem občutkom sreče, radosti sem se hotela predati, a takrat je nekdo – ne vem več, ali je to bil moj oče ali teta – izrekel tole: »Veri pa je morala umreti.« In takoj se je v mojem srcu spet pojavila tista bolečina, bolečina, ki se je porodila takrat, ko sem svojo mater uzrla »v steklu«, ko je bila njena bolečina tako strašna, da se je zrak okrog nje strdil v led, postal kot steklo, ki se je, medtem ko se je premikala proti nam, škripajoče osipalo ob njej. In takrat me je bilo sram, da sem še živela, ko pa je vendar *Veri umrla*. Tako so pretekli prvi tedni svobode med srečo in bolečino. Sorodniki so nas obiskovali, starši so z veliko vnemo začeli popravljati hišo in kmetijo, za

nas otroke so privabili mladega Slovenca – imenoval se je France Adamič – za hišnega učitelja, ki nas je učil, kajti kot otroci iz taborišča nismo imeli pravice do izobraževanja, ki je bilo pridržano nemškemu *Herrenvolku*. Do začetka šole smo morali vse to nadomestiti. Tako je minilo poletje, vsako soboto smo skupaj molili rožni venec, na koncu vedno s posebnim očenašem *za Verico*. Zdelo se mi je, kot da je bil ves namen rožnega venca le *spomin na Veroniko*, in tako je pridobil nekakšen slavnosten, prevzvišen okvir in bi tako lahko postal obred.

Jesen in prva knjiga po osvoboditvi

Ko so nato jeseni dnevi postajali krajši in večeri daljši, je nekega dne moj oče iz Celovca domov prinesel knjigo ter jo dal materi, kot je rekel: »... v tolažbo«. S tem je menil tolažbo za njene knjige, ki so po izgonu leta 1942 ostale doma, ki jih je tako zelo pogrešala in od katerih ni ostalo nič razen nekaj ožganih listov. To je bila prva knjiga, ki je po osvoboditvi iz nacističnega taborišča prišla v našo hišo – po osvoboditvi iz nacističnega taborišča, v katerem smo bili tri leta, tri mesece in tri dni. Tudi ta obrazec je postal obred. To je bila drobcena knjižica z naslovom *Od Kotelj do Belih vod*; napisal jo je Prežihov Voranc in oče jo je našel v Celovcu.

To knjižico imam še vedno. Izšla je leta 1945 v Ljubljani.

Moja mati je seveda knjigo prebrala takoj, potem sta jo prebrali teti, nato še oče. In potem so začeli o knjigi govoriti, se medsebojno opozarjati na to ali ono, na ta ali drugi kraj, ki je bil omenjen v knjigi. Slišala sem ime, ki mi je bilo že znano – Gröblacher, ta je bil vendar prijatelj mojega očeta. Z Vošpernikovimi smo bili skupaj v taborišču, iz Kostanj so bili Kokotovi. Z njimi smo bili v prvem taborišču Rechnitz. Znan mi je bil priimek Reichmann, pa tudi mnogi drugi – mnoga imena, predvsem krajevna, pa mi seveda niso bila znana.

V svojem zgodnjem otroštvu pred vojno sem prišla le do Celovca; tja naju je s sestro Veroniko mati odvedla na najin prvi sladoled pri slaščičarju Todorju, in Pod Lipo pri Vovbrah (*Unterlinden bei Haimburg*) sem bila na obisku pri stari materi po materini strani, na obisku celo v Spodnjih Vinarjah (*Unternarrach*) v Podjuni (*Jauntal*) pri moji krstni botri. Tudi pri sestri mojega očeta, pri Polcerjih v Lazarhofu sem že bila. Vedela sem še za Ljubljano, Slovenj Gradec in Šoštanj. V Ljubljani sta imela moja starša poročno pojedino, iz Slovenj Gradca so izvirali starši moje mame, stric Pavel, brat moje mame, je bil župnik v Šoštanju. In seveda sem poznala Gospo Sveto (*Maria Saal*) ter vasi v naši okolici.

Domača imena krajev in ljudi ter melanholija

Ob mračnih jesenskih večerih so se moj oče, moja mati in obe teti vedno znova vračali na knjigo, ki jo je napisal Prežihov Voranc. Nekako melanholično so se pogovarjali, kako je tu ali tam še deloval kak slovenski župnik, da je bila ob nedeljah še slovenska maša ali da je delovalo slovensko kulturno društvo.

Pogovarjali so se o krajih kot Domačale (*Damtschach*) ali o župniku, ki je v času Prežihovega obiska leta 1930 le enkrat na mesec pridigal v nemščini, torej je bila v Domačalah takrat slovenščina še govorjeni jezik, ali pa so omenjali Strmec (*Sternberg*)...

Ko sem bila v tretjem razredu celovške Klasične gimnazije in ko smo se na dan pohodništva odpeljali v Lipo nad Vrbo (*Lind ob Velden*), odtod odšli na Strmec (*Sternberg*), od tam na Kostanje (*Köstenberg*) ter prek Dvora nad Vrbo (*Kranzelhofen*) spet dol do Vrbe (*Velden*), nam naš profesor seveda ni povedal, da so vsi ti kraji nekoč imeli slovenska imena. Ker pa krajevnih slovenskih imen, ki so mi bila znana iz rodne hiše, nisem zmogla povezati z nemškimi oznakami, sem skozi slovenska naselja in pokrajino hodila, ne da bi to vedela. Tako nas je po drugi svetovni vojni druga avstrijska republika ogoljufala za našo identiteto. Ta ista druga republika, ki se mora za svoje ponovno rojstvo zahvaliti oboroženemu osvobodilnemu boju slovenskih partizanov. S strani zaveznikov je bil dokaz o oboroženem boju na avstrijskih tleh *conditio sine qua non* za ponovno ustanovitev Republike Avstrije. In ta boj z orožjem je v Avstriji potekal predvsem na Koroškem; tu so se vojaško uprli koroški Slovenci skupaj z jugoslovanskimi in zavezniškimi partizani. Na ta upor se je lahko sklicevala Avstrija, ko je šlo za to, ali druga republika bo ali pa je ne bo.

... in se čudili Prežihovemu pričevanju, zakaj so slovenskega provizorja Ojcingerja od tam premestili drugam; se tudi čudili župniku Fritzu v Dvoru nad Vrbo (*Kranzelhofen*), ki je trmasto pridigal v slovenščini, saj »nemških« otrok iz podružnične cerkve iz Vrbe (*Velden*) tako in tako nikoli ni bilo; in s spoštovanjem so komentirali Prežihovo poročilo, kako je ta župnik Fritz v podružnični cerkvi v Vrbi (*Velden*) za zvonove zahteval slovenski napis in kako so ga Vrbljani (*die Veldener*) izigrali.

Kostanje (*Köstenberg*), Dholica (*Techelsberg*), Poreče (*Pörtl-schach*), Jezerce (*Jeserz*), Dvor (*Kranzelhofen*), Vrba (**Velden**), Lipa (*Lind*), Žoprače (*Selpritsch*) ... – vse to so bili kraji, za katere sem takrat (seveda le v njihovi slovenski obliki imena) slišala prvič, so pa bila mojim staršem ter mojima obema tetama očitno znana; enako so jim bila popolnoma domača rodbinska imena Dragašnik, Kakl, Rainer, Fale ... Ta rodbinska imena so pri mojih starših ter obeh tetah vedno izzvala nekakšno melanholijo, žalost, začudenje. Takrat sem zaslutila, da so te ljudi in kraje prizadele težke, usodne reči. Prežihov Voranc je tako v moje življenje vstopil prek svoje knjige, ki je pri mojih starših in obeh tetah izzvala očitne znake melanholije in začudenja.

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

13.–15. • 1. KONGRES MEDICINE ŠPORTA IN ODBOJKE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: BLEND, Festivalna kongresna dvorana	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 200 EUR	k. točke: ***
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 za 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: 14
vsebina: učna delavnica je namenjena mentorjem v družinski medicini	organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru in Združenje zdravnikov družinske medicine, prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., 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	

21. ob 8.30 • ŠOLA ZA SLUŠNE APARATE

kraj: MARIBOR, UKC Maribor, 16. nadstropje kirurške stolpnice	št. udeležencev: do 70	kotizacija: 50 EUR z vključenim DDV, kotizacije ni za specializante UKC Maribor in pripravnike v UKC Maribor	k. točke: ***
vsebina: seminar in učna delavnica sta namenjena zdravnikom družinske medicine, specializantom otorinolaringologije in vsem zdravnikom, ki imajo opravka z naglušnimi in uporabniki slušnih aparatov	organizator: UKC Maribor, Oddelek za ORL in MFK, Majda Spindler, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: http://dogodki.eventmanager.si/ukcmb_sola_zs_slusne_aparate/ , informacije: Slavica Keršič, posl. sek., Odd. za znanstvenoraziskovalno delo, Enota za organizacijo strokovnih srečanj, Majda Spindler, dr. med., Odd. za ORL in MFK UKC Maribor, T: + 386 (0)2 321 29 40, (0)2 321 13 28, F: + 386 (0)2 321 28 26	

21.–22. ob 13.30 • SODOBNA INTERAKTIVNA METODA UČINKOVITE IN USTREZNE KOMUNIKACIJE PEDIATRA, OTROKA IN STARŠEV podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Pediatrična klinika	št. udeležencev: 50	kotizacija: 130 EUR	točke: ***
vsebina: učna interaktivna delavnica je namenjena pediatrom, medicinskim sestram, družinskim zdravnikom	organizator: Združenje za pediatrijo, Sekcija za socialno pediatrijo in zdravje otrok, Martin Bigec	prijave, informacije: prijave: Zdravstveni dom Radlje ob Dravi, Mariborska cesta 37, 2360 Radlje, informacije: Martin Bigec, E: martin.bigec@siol.net , T: 041 666 228, F: 02 877 08 30	

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, sekundarjem, študentom medicine	organizator: UKC Maribor, SZIM, 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	

28.–29. (šola bo potekala v treh tečajih, maja in oktobra 2011) • IV. SLOVENSKA ŠOLA EHOKARDIOGRAFIJE (TTE) podroben program na spletni strani zbornice

kraj: ŠMARJEŠKE TOPLICE	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: 400 EUR (z vključenim DDV), na TR Združenja kardiologov Slovenije pri Novi Ljubljanski banki d.d. Ljubljana št.: 02222-0018629680 s pripisom: »Šola ehokardiografije« in navedbo priimka udeleženca	k. točke: ***
vsebina: šola ehokardiografije (TTE) je namenjena specializantom in specialistom interne medicine, kardiologom, anesteziologom in pediatrom	organizator: Združenje kardiologov Slovenije, Kardiološka akademija, Slovenska šola ehokardiografije, Delovna skupina za ehokardiografijo	prijave, informacije: prijave za prvi tečaj do 17. januarja 2011 na naslov Združenja kardiologov Slovenije, informacije: ga. Saša Radelj, tajništvo Združenja kardiologov Slovenije, Ul. stare pravde 6, 1000 Ljubljana, T: 01 434 21 00, F: 01 434 21 01, E: sasa.radelj@kclj.si , prim. Janez Tasič, dr. med., podpredsednik Združenja kardiologov Slovenije in vodja Šole ehokardiografije, T: 03 543 44 21, E: janez.tasic@zd-celje.si	

28.–30. ob 13.00 • TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA

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

29. ob 9.00 • INTERNISTIČNI BOLNIK V REHABILITACIJI

kraj: LJUBLJANA, URI Soča, dvorana v 4. nadstropju	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 50 EUR	k. točke: ***
vsebina: seminar je namenjen spec. fizikalne in rehabilitacijske medicine, ki delajo v bolnišnicah, zdravstvenih domovih ali zdraviliščih, družinskim zdravnikom, ki predpisujejo fizikalno terapijo ambulantno ali v domovih starejših občanov, fizioterapevtom, ki izvajajo fizikalno terapijo, in drugim zainteresiranim	organizator: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, prim. Tatjana Erjavec, dr. med.	prijave, informacije: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, Vesna Grabljevec, T: 01 475 82 43, F: 01 437 20 70, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si	

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

kraj: PORTOROŽ, Kongresni center hotelov LifeClass	št. udeležencev: 60 tečajnikov	kotizacija: 300 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: učna delavnica je namenjena vodilnim zdravnikom na predhospitalni in hospitalni urgenci, vodilnim zdravstvenim tehnikom na predhospitalni in hospitalni urgenci, organizatorjem dela v javnih zdravstvenih zavodih (evropski model tečaja s končnim preizkusom znanja za licencirano znanje načrtovanja in izvajanja ukrepov v javnih zdravstvenih zavodih ob množičnih poškodovanjih)	organizator: Travmatološki oddelek SB Celje in Društvo travmatologov Slovenije v soorganizaciji Hrvaškega društva za urgentno medicino in kirurgijo, pod pokroviteljstvom Ministrstva za zdravje RS in pod nadzorom ES-TES (Evropskega združenja za travmatologijo in urgentno medicino), prof. dr. Radko Komadina, dr. med., svetnik, specialist kirurg	prijave, informacije: prijave: SB Celje, Travmatološki oddelek, Oblakova 5, 3000 Celje, E: sbcdi@guest.arnes.si , informacije: prof. dr. Radko Komadina, dr. med., T: 03 423 30 96, F: 03 423 38 99, E: sbcdi@guest.arnes.si	

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

kraj: MARIBOR, Zdravstveni dom Maribor, Vošnjakova 2–4, multimedijska predavalnica – VI. nadstropje	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica za zdravnike družinske medicine in specializante družinske medicine	organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Združenje zdravnikov družinske medicine, Zdravstveni dom Maribor, doc. dr. Marija Petek Šter, dr. med.	prijave, informacije: gospa Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1104 Ljubljana, E: kdrmed@mf.uni-lj.si , T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10	

3. ob 9.00 • AKTUALNE TEME PALIATIVNE OSKRBE IN PRAKTIČNE DELAVNICE

kraj: LJUBLJANA, Hotel Mons	št. udeležencev: 120	kotizacija: 50 EUR, kotizacije ni za tim zdravnik, medicinske sestre in/ali soc. del.	k. točke: v postopku
vsebina: predavanje in delavnice so namenjeni zdravnikom, medicinskim sestram, socialnim delavcem - prvi del: predavanja o novostih v paliativni oskrbi, drugi del: praktične delavnice (pogovor o prehodu v paliativno oskrbo, družinski sestanek za ugotavljanje ciljev in pripravo načrta paliativne oskrbe, predpisanje zdravlil za podkožne črpalke, proces umiranja)	organizator: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Urška Lunder, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: irena.dolhar@klinika-golnik.si , informacije: Irena Dolhar, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 17	

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

kraj: MARIBOR, Kongresni center Maribor	št. udeležencev: do 150	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: simpozij je namenjen internistom, kardiologom, kardiokirurgom, anesteziologom, nevrologom, zdravnikom družinske medicine, študentom MF 5. in 6. letnika	organizator: UKC Maribor, Klinika za interno medicino, Oddelek za kardiologijo in angiologijo, asist. Vojko Kanič, dr. med., prim. Damijan Vokač, dr. med., asist. Viljemka Nedog, dr. med.	prijave, informacije: http://dogodki.eventmanager.si/ukcmb_atrijska_fibrilacija/ , informacije: Enota za organizacijo strokovnih srečanj v UKC Maribor, Slavica Keršič, posl. sek., T: 02 321 28 04, F: 02 321 28 26	

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

kraj: KRANJSKA GORA	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: posvet in smučarsko tekmovalje	organizator: Zdravniško društvo latros	prijave in informacije: E: melitamakuc@gmail.com	

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

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut, predavalnica, stavba C, Zaloška cesta 2	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: šola je namenjena vsem zdravnikom	organizator: Sekcija za internistično onkologijo pri SZD, Onkološki inštitut Ljubljana in Katedra za onkologijo in radioterapijo, doc. dr. Janja Ocvirk	prijave, informacije: Onkološki inštitut Ljubljana, tajništvo Sektorja internistične onkologije, Zaloška cesta 2, Ljubljana, Lidija Kristan, Andreja Mavec, T: 01 587 92 82, E: amavec@onko-i.si	

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

kraj: CELJE, Narodni dom Celje, velika dvorana, Trg celjskih knezov 9, Celje	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: 150 EUR, TRR: DZD Celje 06000-0052407750, za Cedens	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje za vse zobozdravnike	organizator: Društvo zobozdravnih delavcev Celje, Nikola Potočnik, dr. dent. med.	prijave, informacije: Nikola Potočnik, dr. dent. med., Mestni trg 5, 3310 Zalec, T: 03 571 60 44, E: nikola.potocnik@siol.net	

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

kraj: STRUNJAN, Hotel Svoboda	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 14
vsebina: učna delavnica je namenjena mentorjem v družinski medicini	organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru in Združenje zdravnikov družinske medicine, prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., asist. dr. Davorina Petek, dr. med.	prijave, informacije: ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1104 Ljubljana, E: kdrmed@mf.uni-lj.si , T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10	

14. ob 8.00 • KOLENO – KLINIČNE POTI ZDRAVLJENJA

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

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

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

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

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

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

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

10.–12. ob 8.00 • BOLEZNI LEDVIC IN ARTERIJSKA HIPERTENZIJA - XII. PODIPLOMSKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana, predavalnica 1	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 200 EUR, za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: podiplomska šola je namenjena zdravnikom v osnovnem zdravstvu, specializantom interne medicine, specialistom internistom	organizator: Slovensko zdravniško društvo, Slovensko nefrološko društvo, doc. dr. Damjan Kovač, dr. med.	prijave, informacije: prijave: ga. Danica Berlec, KO za nefrologijo, Hospitalni oddelek, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, informacije: Damjan Kovač, Jelka Lindič, Marko Malovrh, Jernej Pajek, T: 01 522 31 10, F: 01 522 24 08, E: damjan.kovac@kclj.si	

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

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

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

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

11.–12., petek ob 11.00, sobota samo popoldne • TRADICIONALNO STROKOVNO SREČANJE Z MEDNARODNO UDELEŽBO »AKUTNA MOŽGANSKA KAP VI«

kraj: LJUBLJANA	št. udeležencev: do 400	kotizacija: še ni določena, kotizacije ni za nevrologe, specializante nevrologije, upokojene zdravnike, študente MF, organizatorja in vse, ki bodo pomagali pri izvedbi organizacije	k. točke: ***
vsebina: srečanje je namenjeno zdravnikom družinske in splošne medicine, nevrologom, internistom, kardiologom, radiologom, fiziatrom, intenzivistom, farmacevtom in vsem, ki želijo izpopolniti svoje znanje s področja obravnave bolnikov z akutno možgansko kapjo	organizator: Sekcija za možganskožilne bolezni pri Slovenskem zdravniškem društvu in Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni ob strokovnem sodelovanju zdravnikov UKC Ljubljana, UKC Maribor in drugih slovenskih in tujih strokovnjakov s področja možganskožilnih bolezni, prim. doc. dr. Bojana Žvan, dr. med., višja svetnica	prijave, informacije: Društvo MŽB, Mala ulica 8, 1000 Ljubljana, Andreja Merčun, E: andreja@mozganska-kap.info , T: 0590 11234, F: 01 430 23 14	

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

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

MAREC

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

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

23.–25. • 11. KONGRES ENDOSKOPSKE KIRURGIJE SLOVENIJE Z MEDNARODNO UDELEŽBO

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

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

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

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

kraj: LJUBLJANA, URI - Soča, Linhartova 51, predavalnica v 4. nadstropju	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 200 EUR za oba dneva, 100 EUR za en dan, 100 EUR za specializante, sekundarije, študente	k. točke: ***
vsebina: seminar je namenjen zdravnikom specialistom in specializantom družinske medicine, fizikalne in rehabilitacijske medicine, ortopedije, travmatologije, nevrologije in drugim zdravstvenim delavcem ter ostalim strokovnjakom s tega področja	organizator: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča v sodelovanju s Katedro za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, MF Ljubljana, prof. dr. Helena Burger, dr. med., in asist. dr. Nika Goljar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: ga. Ela Loparič, URI - Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, informacije: ga. Ela Loparič, T: 01 47 58 441, F: 01 43 76 589, E: helena.burger@ir-rs.si	

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

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

APRIL

1. ob 9.00 • ŠOLA PREPOZNAVANJA MELANOMA IN DRUGIH TUMORJEV

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

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

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

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

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška 2, predavalnica 1	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 130 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: simpozij je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Sekcija za protimikrobno zdravljenje SZD, Katedra za infekcijske bolezni in epidemiologijo, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, prof. dr. Bojana Beović, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Tajništvo Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva ulica 2, 1525 Ljubljana, informacije: Simona Rojs, T: 522 42 20, 522 21 10, F: 522 24 56, E: simona.rojs@kclj.si	

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

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

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

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

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

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

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

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

13. • 7. KOGOJEVI DNEVI: BOLEZNI KOŽE V STAROSTI

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

MAJ

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

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

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

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

SEPTEMBER

29.–30. • SISTEMSKO ZDRAVLJENJE V DERMATOVENEROLOGIJI

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

DELOVNA MESTA

Zdravstveni dom Celje

vabi k sodelovanju

zdravnika specialista splošne/ družinske medicine za delo v ambulantni za nujno medicinsko pomoč v ZD Celje (m/ž)

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Pogoji zaasedbo:

- končana medicinska fakulteta,
- specializacija iz splošne/družinske medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje splošne/družinske medicine,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,

- zaželeno so delovne izkušnje,
- poskusno delo štiri mesece.

Kandidatu bomo omogočali ustvarjalno in dinamično delo v urejenem delovnem okolju, osebni in strokovni razvoj ter stimulativno nagrajevanje.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratkim življenjepisom pošljejo v 15 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Celje, Uprava, Gregorčičeva 5, 3000 Celje, s pripisom: za razpis.

Za dodatne informacije pokličite T: 03 543 42 34 (Milan Rajtmajer, dr. med.).

O izbiri bodo kandidati obveščeni v roku, določenem z zakonom.

PRODAJA

Prodamo ambulantne prostore (možnost dveh ordinacij) na Gasparjevi ulici v Ljubljani, blizina UKC. Dokumentacija urejena. Možen tudi najem.

Informacije: 041 707 701

NAJEM

Oddam opremljeno zobozdravniško ambulantno v bližini centra v Ljubljani. Možnost najema tudi za posamezen dan.

T: 041 891 200



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 _____

4l. zdravniški koncert pred odstrto zaveso

Ana Marija Vrbič

Ko se po toliko letih sodelovanja ponovno pripravljamo na zdravniški koncert, ki teče že 41 let zapored, se zavem, da je ta dogodek nekaj izjemnega. Moje dolgoletno delo v zdravstvu in več kot 15-letna pripadnost Mešanemu pevskemu zboru (MePZ) dr. Bogdan Derč, Pediatrične klinike v Ljubljani imata preko teh javnih nastopov dodaten smisel in povezovalno moč, ki je sicer ni lahko ustvariti. To mi daje tudi uvid v celotno delovanje Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete (KUD) v Ljubljani. Ponosna sem na KUD-ov obstoj in njegovo predano vodstvo, ki druži ljubitelje kulture in umetnosti v beli stroki in jim daje priložnosti, da v njem odlagajo bremena strokovnega in siceršnjega vsakdana ter se oplajajo z lepoto umetnosti.

Letošnji zdravniški koncert je bil kljub sneženju in belim cestiščem odlično obiskan, saj je bila Kozinova dvorana Slovenske filharmonije ponovno polna. Tudi gradbišče podzemne garažne hiše pred filharmonijo ni ustavilo zvestih obiskovalcev. V zraku je bilo svečano razpoloženje ob Prešernovem rojstnem dnevu in v tem duhu je KUD-ova predsednica, prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, s Pavčkovno mislijo praznično nagovorila zbrane: »December, zadnji mesec v letu, pravzaprav ni mesec konca, ampak začetka. V njem se kar po redu vrste velika rojstva, ki zanikujejo konec in povečujejo začetek – čudež rojstva. Tako je december s svojimi prazniki v znamenju večnega človekovega upanja in pričakovanja rojstva Človekovega (sonca) in novega leta, nam Slovencem pa je usoda poklonila še rojstni dan prvega pevca med našimi pevci, Prešerna, in ne manj prešeren dan rojstva državne samostojnosti.«

Svečano vzdušje sta že pred koncertom zagotovila predsednica Plečnikovega memoriala patologinja prof. Nina Gale in dekan

Medicinske fakultete v Ljubljani prof. Dušan Šuput, ki sta s Plečnikovimi diplomami nagradila osem študentov 4. letnika medicine, ki so z odliko opravili morfološke predmete anatomijo, histologijo z embriologijo in patologijo. Prejeli so jih Klara Birk, Mojca Ivančič, Mateja Kladnik, Maja Logar, Dean Miletič, Katja Pavšič, Katja Tepeš in Matej Vouk. Vzdušje se je še stopnjevalo, ko je prejel priznanje profesorja Franceta Hribarja za vrhunske dosežke v patologiji asist. Izidor Kern iz golniške bolnišnice.

V uvodni točki umetniškega programa sta skupaj nastopila MePZ dr. Bogdan Derč Pediatrične klinike in Cor – zbor študentov medicine. Zbor dr. Bogdan Derč že 30 let v petju združuje zdravstvene delavce vseh strok in poklicev. Ob 28-letni zvestobi zborovodje, opernega baritonista Venčeslava Zdravca, je v svojem glasbenem arhivu zbral več kot 500 skladb slovenske in tuje glasbene literature, s katerimi se izraža na vsakoletnih preglednih in priložnostnih koncertih; v preteklosti je nastopal tudi po svetu. Predsednica Ana Marija Vrbič je v zadnjem obdobju privabila v zbor kar nekaj zdravstvenih delavcev mlajše generacije, kar je vplivalo na to, da zbor včasih poseže tudi v zakladnico zabavne in modernejše glasbe.

Medicinci – corovci delujejo pod zborovodstvom Mete Podbregar, njihova predsednica pa je študentka 4. letnika medicine Katja Pavšič, ki je bila isti večer tudi Plečnikova nagrajenka. Mladi pevki in odlični študentki čestitamo za imenitno povezovanje stroke in glasbe. Med Plečnikovimi nagrajenkami pa je bila tudi Maja Logar, ki smo jo nekajkrat srečali kot solistko v zborih, ki so nastopali v ljubljanskem kliničnem centru. Oba zbora sta stanovsko pripadnost skupno izrazila kar v dveh zdravniških himnah, prvi *Votum Hippocratis*, delu pokojnega mariborskega



MePZ dr. Bogdan Derč in Cor sta zapela zdravniški himni. Vodil ju je dirigent Venčeslav Zdravec, na orglah jih je spremljal ljubljanski nevrokirurg in akademski glasbenik Domagoj Jugović.

ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

kirurga prim. Janka Drževnika, in drugi *Hippocratis iusiurandum*, skladatelja in muzikologa na ljubljanski Akademiji za glasbo prof. Ivana Florjanca.

O programu, ki ga je tudi tokrat, kot že skoraj dve desetletji doslej, vodila neumorna predsednica KUD-a prof. Zvonka Zupanič Slavec, je le-ta povedala, da so zdravniško himno *Votum Hippocratis* KUD-ovi zbori ob začetku zdravniških koncertov večinoma prepevali do vstopa Slovenije v Evropsko unijo, nato so nekaj let prepevali evropsko himno na glasbo iz IX. Beethovnovе simfonije in na Schillerjevo besedilo Ode radosti, leta 2008 pa je slovensko zdravništvo dobilo kompozicijsko in muzikološko veličastno zasnovano Florjančevo himno, ki zdravništvo navdaja s svečanimi občutji, kot pri prisegi zdravniškemu etičnemu kodeksu. Zbora je na orglah spremljal specializant nevrokirurgije, ki je hkrati akademski glasbenik, Domagoj Jugović. Študij orgel je končal na zagrebški akademiji za glasbo v razredu prof. Žarka Droupulića, dela pa na ljubljanski kliniki za nevrokirurgijo.

V nadaljevanju programa je zbor dr. Bogdana Derča zapel blagoslavno slovensko pesem D. Mikule Rož, Podjuna, Zila, v priredbi Pavla Kernjaka, in skladbo Opomin k petju, v uglasbitvi Hugolina Sattnerja. Slednjo je spremljal absolvent medicine in virtuozi na harmoniki Janko Tominšek.

O nadaljevanju programa in izvajalci povzemam nagovor prof. Slavčeve in izhajam iz knjige *Ars medici*:

Zdravniška komorna skupina *Pro medico* se v različnih sestavih pojavlja številna leta, njeno jedro pa predstavljata pianist in pediater prof. Pavle Kornhauser ter violinist nevrolog, predstojnik celjskega nevrološkega oddelka prim. Marko Zupan. Njunega zvestega spremljevalca na violončelu, onkologa prof. Zvonimirja Rudolfa zadnje desetletje zamenjujejo različni čelisti, letos študentka čela z Akademije za glasbo Tina Gregorc. *Pro medico* je zaigral za mnoge najlepši stavek Šostakovičevega Klavirskega tria št. 2 v e-molu op. 67 *Allegretto*. Celotno delo je *Pro medico* junija 2010 izvedel v cerkvi Sv. Jakoba v Stari Ljubljani. Zahtevni klavirski trio Dmitrija Šostakoviča, enega najvidnejših

ruskih skladateljev 20. stoletja, je nastal leta 1944 in ga je avtor posvetil svojemu najboljšemu prijatelju, Ivanu Sollertinskemu, dirigentu Leningrajske filharmonije, ki je kot Žid preminil v 2. svetovni vojni. V njej je osrednji tragični glasbeni motiv arija in ples vzhodnih Judov, Klezmer.

Šostakovičevo delo je terjalo zbrano poslušanje dobrohotne koncertne publike. Pravi balzam za dušo pa je bila spevna Meditacija iz Massenetove opere *Thais*, ki jo je na violini zaigrala študentka 3. letnika medicine in 1. letnika violine na Akademiji za glasbo v razredu prof. Monike Skalar, Lucija Čemažar. Lucijo spremljamo v violinskih nastopih že tretje leto na koncertih študentov medicine, poleti 2010 je nastopila kot solistka na Koncertu zbora in orkestra evropskih študentov medicine (EMSOC) v ljubljanski filharmoniji in osrednji piranski cerkvi sv. Jurija. Podobno kot absolvent medicine Andrej Gubenšek, ki je v 4. letniku violine na Akademiji za glasbo, prav tako v razredu prof. Monike Skalar, obeta tudi Lucija Čemažar, da bo postala odlična violinistka, ki bo morebiti kot Marko Zupan povezala svojo zdravniško pot z glasbeno. Čemažarjevo je ob klavirju pospremljala odlična pianistka Ana Semič Bursać, študentka Akademije za glasbo, iz razreda prof. Dubravke Tomšič Srebotnjak.

Letošnji zdravniški koncert ni favoriziral pianistične igre. Polono Maver, ki je kot akademska pianistka in mlada zdravnica zajadrala v profesionalne vode in sedaj svoj prosti čas posveča strokovnemu in raziskovalnemu delu, in Andraža Cerarja, ki je z njo med leti 2002 in 2009 sedemkrat nastopil v štiroročni klavirski igri, počasi nadomeščajo violinisti, ki ob medicini študirajo še na Akademiji za glasbo. Ko je leta 2005 umetniško pripravo zdravniških koncertov opustil prof. Kornhauser, jo je leta 2006 prevzela Polona Maver, med leti 2007 in 2009 pa sta koncerte pripravljala skupaj z Andražem Cerarjem. V koncertnem listu 2010 je Andraž Cerar zapisan kot samostojni oblikovalec sporeda. Odlična pianista in zdravnik Polona Maver in Andraž Cerar sta sedaj dobila specializaciji in svoj trud vlagata v to, v pianističnih nastopih pa se ju veselimo, ko bosta spet imela nekoliko več časa.



Absolvent medicine Janko Tominšek je na harmoniki spremljal Derčev pevski zbor.



V klavirskem triu *Pro medico* so letos zaigrali: nevrolog prim. Marko Zupan, pediater prof. Pavle Kornhauser in študentka violončela na Akademiji za glasbo Tina Gregorc.

V novi preobleki nas je letos pozdravil tudi zdravniški orkester *Camerata medica*. Stopajo v 20. leto obstoja, vadijo pa v novi stavbi ljubljanske nevrološke klinike. Polnih 18 let in pol jih je imenitno vodil dirigent Andrej Ožbalt, ki pa se mu je strokovno delo tako razraslo, da je moral orkester predati novi moči. Dirigentsko mesto je prevzel violist Franc Avsenek, profesor viole na Akademiji za glasbo in dolgoletni član ljubljanskega radijskega orkestra. Znan je tudi po pripravi obsežne antologije slovenske glasbe za violo, ki jo je izdal na treh zgoščenkah. Za letošnji zdravniški koncert je novi dirigent *Camerate* izbral spевne melodije, *evergreene*, glasbo za romantično zasanjanost, med njimi *Serenato* italijanskega pianista in skladatelja Enrica Tosellija, ki je v glasbi zaslovel prav po tem delu.

Izvajajo jo na tisoče načinov, tudi pojejo, in je tipičen primer glasbe za *bel canto*. Skladba *Poem*, ki jo je orkester prav tako zagrabil, je največkrat izvajano delo manj znanega češkega skladatelja Zdeneka Fibicha. Igrajo jo v zelo različnih zasedbah, tudi večjih in plesnih, neredko pa je delo uporabljeno tudi za drsalne revije. Tudi z njo je orkester navdušil zbrane. Najzanimivejši del orkestrovega programa pa je bilo delo *Improvisation* angleškega slepega pianista in skladatelja Aleca Templetona, ki se je sredi 30. let preselil v ZDA in skladal pod vplivom ameriškega jazza, predvsem G. Gershwin. Templetonovo delo je med občinstvo prineslo ameriške narodne ritme in jazzovsko igro. Za orkester in solista klarinetista Matijo Skočēja je skladbo priredil prof. Franc Avsenek. Zbrane je odigrani program resnično navdušil, kar so pokazali z velikim aplavzom.

Templetonovo delo je bil pravi prehod v plesno zasedbo Big banda (BB) Medicinske fakultete Ljubljana. Letos se je 20-glavi sestav pojavil na zdravniškem koncertu tretjič zapored. Njegov nastanek sta »zagrešila« že imenovala Polona Maver, ki je kot akademska glasbenica vedela, da je med študenti medicine dovolj odličnih glasbenikov, saksofonistov, trobentačev, pozavnistov, pianistov, kitaristov in bobnarjev.

S trobentačem Matijo Švaganom, prvim predsednikom BB, kot se sami imenujejo, sta zbrala prvo ekipo in medse povabila ustvarjalnega akademskega klarinetista (iz razreda prof. Alojza Zupana) Mitjo Dragoliča (rojenega 1982).

Ta je za BB kot dirigent z mladostno svežino izbral pravi program, jim dal poleta in vlil dušo, kar smo še posebej doživeli decembra 2009 na njihovem samostojnem koncertu v ljubljanskem hotelu Lev. Naj za dirigenta še zapišemo, da je bil oktobra 2010 na 4. mednarodnem tekmovanju pihalnih orkestrrov v koncertnem igranju izbran za najperspektivnejšega dirigenta! Pod tako taktirko medicinci, ki prekipevajo od ustvarjalne energije, dobijo krila. S tremi klasičnimi skladbami za tovrstni sestav so v filharmoniji navdušili publiko in na njeno zahtevo zaigrali še dodatek. V program so uvrstili delo Philla Collinsa *Sussudio* in dve deli Duka Ellingtona: *Satin Doll* in *Caravan*. Predsednik BB je sedaj saksofonist Matevž Krašna, bobnar pa, ki je igral tudi pri *Camerati medici* v Templetonovi Improvizaciji, je Camil Berro.

Tako približno je prof. Slavčeva z navdušenjem vodila skozi koncertni spored in predstavljala umetniške in strokovne odlike



Violinistka Lucija Čemažar, študentka 3. letnika medicine in 1. letnika violine na Akademiji za glasbo v razredu prof. Monike Skalar. Pri klavirju jo je spremljala študentka klavirja Ana Semič Bursač iz razreda prof. Dubravke Tomšič Srebotnjak.



Koncertni program je povezovala predsednica KUD-a Kliničnega centra in Medicinske fakultete v Ljubljani, zgodovinarica medicine prof. Zvonka Zupanič Slavec.

nastopajočih. Letošnji zdravniški koncert je prinesel veliko svežine in novih nastopajočih. Dokazal je, da se najboljše poraja, ko si podajo roke glasbeno navdušeni medicinci in umetniški vodje, profesionalni glasbeniki. Učitelji in študenti Akademije za glasbo dolga leta sooblikujejo zdravniške glasbenike, njihovo skupno delo pa vodi do presežnih rezultatov. Naj bo tako še mnoga leta!

Ob koncu koncerta je dolgoletna voditeljica KUD-a (od 1993) prof. Slavčeva zbranim voščila lepe decembrske praznične dni ter v ta namen parafrazirala pesnika Toneta Pavčka:

Sreča je, ko beseda
besedo najde ...
Sreča je, ko misel
misel najde ...
Sreča je, ko duša
dušo najde ... in
Sreča je, ko človek sebe najde ...

Naj se v glasbi še naprej najde tudi slovensko zdravništvo in njegov medicinski podmladek.

Foto: Jelka Simončič

Razmišljanja po zdravniških koncertih

Ob rob 41. koncertu zdravnikov po Plečnikovem memorialu ljubljanskih predkliničnih inštitutov MF, 3. decembra 2010, v veliki dvorani »Marjana Kozine« Slovenske filharmonije

Pavle Kornhauser

Že tradicionalne koncerte zdravnikov sem nekajkrat obširno komentiral v reviji Isis: napisal sem, da »ljubiteljskih nastopov« ne moreš ocenjevati z enakimi vatli kot koncerte poklicnih glasbenikov, da v sporedu ne moreš pričakovati bolj obširnih del klasične glasbene literature in vrhunskih virtuosnih stvaritev. Obenem naštevanje vseh nastopajočih s »kritiko«, da je vsak med njimi izvajal »žlahtno« glasbo, ki sega »do srca in v dušo«, z zadovoljstvom preberejo zlasti ti, ki so bili na odru, zveni osladno in nima nobene teže. Zapis po zdravniških koncertih seveda nimajo namena javnih ocen, kot si lahko dovoljujejo glasbeni kritiki kulturne redakcije našega vodilnega časopisa, med njimi npr. Jure Dobovišek ali Marijan Zlobec, ki so v svojih ocenah večkrat nepravilni, žaljivi in tudi slabo razumljivi (sicer ne tako hudo, kot si je dovolil znani dunajski glasbeni kritik Hanslick, ki je po praznovanju violinskega koncerta P. I. Čajkovskega napisal, da je ta glasba »surova in da smrdi«).

Ocene – poročila o ljubiteljskih javnih nastopih zdravnikov in njihovih sodelavcev imajo predvsem namen, da je z njimi zlasti naša strokovna javnost izčrpno obveščena o naši dejavnosti s področja umetnosti, ki je dokaz širine našega poklica, ukvarjanja z bolnim človekom. Saj ne poznamo intelektualcev drugih strok, ki bi imeli tako uspešna in razvejana nagnjenja do umetnosti, še zlasti do glasbe, kot jih imamo doktorji medicine. Ljubljana, še posebej, ko smo pred več kot tridesetimi leti osnovali Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete, poimenovano po pisatelju in zdravniku dr. Lojzu Kraigherju, pa je fenomen (Francozi bi rekli *par excellence*!).

Zakaj tako dolg uvod v razmišljanja, ki sledijo? Sem edini »živeči« zdravnik, ki je aktivno sodeloval na vseh zdravniških koncertih, petintridesetkrat sem pripravil njihov glasbeni spored, dokler nisem za to nalogo pred petimi leti izbral takrat študentov medicine, Polone Maver in Andraža Cerarja (sicer svojega vnuka, upam, da ne bom zato obtožen nepotizma), ker sem bil prepričan, da sta strokovno in po človeški plati kos nalogam in da bosta prispevala k pomladitvi nastopajočih; petindvajsetkrat sem bil tudi »konferansjé« in vodil vse prireditve, dokler nisem spoznal mlade asistentke na Inštitutu za zgodovino medicine dr. Zvonke Zupanič Slavec in hitro ocenil, da bo lahko od mene uspešno prevzela vodstvo KUD-a in obenem tudi vodenje vsakoletnih decembrskih zdravniških koncertov. Kar se je tudi uresničilo.

Zadovoljen sem, da se programska zasnova ljubljanskih zdravniških koncertov od vsega začetka do danes ni spremenila: naj

bo na odru predstavitev glasbenih dosežkov ljubiteljskih skupin in solistov iz vrst zdravnikov, obenem naj bodo merila za izbiro skladb za izvajanje v javnosti enaka kot veljajo za poklicne glasbenike. Lahko rečem, da med več kot stotimi nastopi na koncertih ob Plečnikovem memorialu ni bilo enega spodrselja, da bi bila izbira glasbe neustrezna, da bi bila izvedba muzikalno in tehnično pod ravnijsko dopustnega. Moj namen pri soglasju za poustvarjalce in pri svetovanju za izbiro skladb je bil, naj se stilno vključijo v celostni program in da bo izvajana glasba vseh tudi poslušalcem. Odklonil sem prakso nastopov ljubiteljskih glasbenikov po načelu »pokaži kaj znaš«, kjer so nagrmadeni pianisti, pevke ob spremljavi klavirja in številni zbori v različnih sestavah; lahko se prijavi vsak, selekcije skoraj ni. Tako se spominjam nastopov na vabilo madžarskih kolegov na njihovih koncertih, v organizaciji, podobni našemu KUD-u, v Budimpešti, v Szegedu, v Debrecinu: pianisti so izvajali, seveda, predvsem Franza Liszta, potem je nastopila kakšna skupina à la Avseniki, nato orgle in še kaj. Med poslušalci nas je bilo v dvorani več izvajalcev kot obiskovalcev, nobenega uradnega predstavnika zdravniškega društva ali medicinske fakultete.

Na tem mestu želim poudariti, da sem skoraj brez izjeme upošteval želje kolegic in kolegov in ansamblov, ki so se prijavili, da bi nastopili na zdravniških koncertih. Verjetno je bila »avtocenzura« dovolj močna, da so se sami izločili vsi sicer sprva navdušeni, ki bi javno nastopili, vendar so glede na kakovost dosedanjih izvajalcev ocenili, da za nastop niso dovolj zreli. Prizadeval sem si, da bi v programu zajeli predvsem skupinske nastope, le izjemoma solistične, ki jih je sicer najlažje zagotoviti. Obvezno so bili vključeni tudi pevski zbori, ki so najširša glasbena dejavnost v našem KUD-u. V zadnjem desetletju sta ostala dejavna le mešani pevski zbor dr. Bogdan Derč in vokalna skupina Vox medicorum (pripomba: ime ansamblu sem predlagal jaz), ki se je razvila iz okteta. Polona Maver in Andraž Cerar (danes že zdravnik!) sta sklenila, da bi bil za vsakokratni nastop na zdravniškem koncertu primeren le en zbor, tako da bosta medsebojno »alternirala«, kar se je na letošnjem koncertu uresničilo (nastopil je »Derč«). Glede na časovno omejitev (saj ima koncert tudi »protokolarni« del s podelitvijo priznanj), mora načrtovalec sporeda skrbeti, da prireditve ne bo predolga, te kritike smo večkrat upravičeno doživeli. Glede na udeležbo glasbeno različnih skupin je bilo stilno seveda nemogoče poenotiti spored, vendar smo pazili, da ni bilo »kritičnih«

odstopanj; predvsem smo skrbeli pri izbiri, da bo kakovost izvajanih skladb ustrezna in da bo glasba všeč poslušalcem.

»Meteorna« razrast inštrumentalne glasbene dejavnosti med študenti ljubljanske MF nas je prijetno presenetila, zlasti po prvem skupnem koncertu v mali dvorani Slovenske filharmonije pred petimi leti. To je dokaz, kako je organizacija pomembna za razvoj dejavnosti in za načelo: od kvantitete do kvalitete. V našo zdravniško komorno glasbeno skupino Pro medico smo vedno vključevali študente medicine, še zlasti pri večjih »projektihi«, kot je bila izvedba odlomkov iz opere G. Gershwina Porgy in Bess ali Nesrečniki. Prav tako smo vključevali študente medicine v spored zdravniških koncertov, če so se sami oglasili. Ta prizadevanja sovpadajo s prevzemom glasbenega sporeda za »Plečnikov koncert« s strani Polone in Andraža, ki dobro poznata izvajalske sposobnosti posameznikov in novih skupin.

Zato menim, da kritika glasbenih sporedov, zlasti njihove izbire, trka »na odprta vrata« (glej objavo v zadnji številki revije Isis, št. 12, december 2010, podpisan Tomaž Rott). Je brez dokazil in je pristranska (za koga navija?). Soglašam z avtorjem, da so »zdravniški koncerti v svoji dolgoletni tradiciji pridobili nekaj žlahtne starinske patine«, ne razumem pa njegove skrbi, »da se jih loteva že škodljiva rja, ki lahko sesuje navidezno veličino« (sprašujem čigavo?). In avtor prispevka nadaljuje, da »čaka vrsta dobrih mladih medicincev na svojo priložnost, ki bi bili za kakšne posvečene preveč konkurenčni«, ter sklene svoja izvajanja s prispodobno, »da to ve samo Bog in nekaj posvečenih«. Jaz bi dodal: očitno le še avtor pamfleta, saj bi lahko za odgovor vprašal Polono in Andraža, ki že peto leto oblikujeta spored Plečnikovih koncertov! In še pripomba profesorja Tomaža Rotta (ki ga sicer cenim kot pisca številnih zanimivih prispevkov v Izidi), da smo pozabljali na sodelovanje glasbenikov s tujih fakultet. Res smo premalo vabili tuje zdravnike na udeležbo na naših decembrskih koncertih, vendar moramo upoštevati, da so sporedi že preobremenjeni z nastopi domačih izvajalcev, ki bi sicer nujno morali odpasti. Kot funkcionar in predsednik KUD-a KC in MF sem dvakrat povabil zagrebški zdravniški moški pevski zbor (ko so še bili vrhunski!) v Ljubljano; na novih orglah v Slovenski filharmoniji je nastopil madžarski orglar, profesor farmakologije Janos Borvendég (spominjamo se njegove mogočne izvedbe Toccate in Fuge J. S. Bacha). Žal v stikih z dunajskim zdravniškim glasbenim društvom nismo bili dovolj učinkoviti, odpovedali so že dogovorjen nastop godalnega kvarteta. Uspešni pa sta bili likovni razstavi v Ljubljani in na Dunaju. Na tem mestu pa bi predlagal vabilo pevskega zboru nove mariborske MF, saj so med njimi odlični pevci. Izziv za Plečnikov zdravniški koncert leta 2011?

In da moja razmišljanja ne bi bila le splošna in načelna, si dovoljujem še nekaj kritičnih besed. Pohvalno je, da je Andraž (letos je sam opravil nalogo) uskladił glasbeni spored tako, da je bil krajši kot prejšnja leta. Prav je, da se je koncert »slavnostno« ponovno začel z zdravniško himno, ki jo je mariborski kirurg prim. Janko Držečnik skladal prav za naše zdravniške koncerte. Naj pripomnim, da so naši zbori pred mnogimi leti za uvod zapeli himno zagrebškega skladatelja Rudolfa Matza Carmen medicorum.

Tako kot sloviti moški pevski zbor hrvaškega zdravniškega društva. Nekaj let pozneje pa smo prevzeli Držečnikovo himno; ko pa je Slovenija stopila v EU, je bila evforija tako močna, da smo zdravniški koncert začeli z Beethovnov Odo radosti iz njegove 9. simfonije (prisotni so ob njej vstali, saj je izzvenela uradna himna EU!). Ker je primarij Držečnik naš kolega (žal že pokojni), je stanovsko primerno, da na naših zdravniških koncertih uvodoma zadoni njegov Votum Hippocratis, podprt z orglami, ki jih Slovenska filharmonija premore.

Ena od simpatičnih značilnosti naših zdravniških koncertov je v uvodnem »protokolu« podelitev priznanj najboljšim študentom MF na predkliničnih izpitih. Leta in leta so bile ob svojih otrocih – študentih medicine (tudi letos so »zmagale« kolegice v razmerju 6 : 2 do nagrajenih moških!) njihove mame; zakaj jih ni več na odru, ali je kdo od vodilnih ocenil, da je ta prisotnost morda osladna? Pogrešali smo tudi nagovor dekana, ki bi se moral – kot vsa leta nazaj – zahvaliti izbranim študentom MF za življenjski uspeh, saj je velik dosežek vse izpite opraviti z odliko! Nepogrešljiva pa je na naših koncertih »konferansa« profesorice Zvonke Zupanič Slavec, ki zna »pihati na dušo« poslušalcev, ki zna ustvariti vzdušje v dvorani, obenem tudi strokovno predstaviti posamezne skladbe in izvajalce. Tudi s pojavljanjem v vedno novih večernih toaletah prispeva k miku prireditve. In naj še pohvalim večmesečna prizadevanja predstojnice Inštituta za patologijo, profesorice Nine Gale, da bi zdravniški koncert, kot sklepni del Plečnikovega memoriala, potekal brezhibno.

Ni moj namen, kot sem uvodoma poudaril, posvetiti se izvajalcem in glasbi, ki smo jo poslušali. Obžalujem, da je »zaradi bolezni v ansamblu« odpadla študentska skupina



KOS

»Muzikoterapija«, saj sem prepričan, da bi duhovito predstavila originalno glasbo, ki jo izvajajo. Čeprav nisem ljubitelj jazz glasbe iz srede 20. stoletja, menim, da se je v kratkem razdobju Big band meteorsko zavrtil do kvalitete profesionalnega orkestra: svetoval bi jim – glede na povprečno starost udeležencev zdravniškega koncerta – bolj spevne in umirjene skladbe Georga Gerschwina ali Bennyja Goodmana, ki jih poslušalci že poznamo.

Velika dvorana Slovenske filharmonije je bila tudi letos zasedena do zadnjega kotička. Med zvestimi poslušalci niso le zdravniki, njihovi sodelavci in sorodniki izvajalcev, temveč številni

Ljubljancani, kar govori, da so vsakoletni decembrski koncerti zdravnikov postali kulturni dogodek v naši prestolnici.

In še to: ne spominjam se zaključka koncerta, na katerem ne bi vodstvo Plečnikovega memoriala z dekanom na čelu in vodstvo koncertnega dela prireditve skupaj zaželelo prisotnim srečno novo leto (ne Miklavža) in jih tako v prešernem razpoloženju povabilo na sprejem. Letos smo pogrešali ta prijazni nagovor! Naj še pripomnim, da je bila kulinarika odlična in zadostna, za kar gre zahvala vodstvu dekanata MF. Saj se spominjam leta, ko so nam ponudili »bobi palčke« ...

Koledniki

Andrej Rant

Prišli so trije kralji,
koledniki naokrog,
v bleščeči zlati halji,
za njimi trop otrok.

Zagodli so, pa peli
božične pesmice,
nam srečo zaželeli
in polne kaščice ...

Smo dali jim dva vinarja,
dva pisana goldinarja,
za njimi trop otrok
odšel je praznih rok.

Bodo kašče polne,
bo sreče za umret?
ob letu bom povedal,
ko vrnejo se spet.

Poslednja diagnoza

Andrej Rant

Bolne in zdrave dolga leta zdravil je zdravnik;
je z leti ostarel in sam postal bolnik.

Pa se ga spomni, pride nadenj Smrt:

»Dovolj si zdravil, čas je, da te pregleda krt!«

»Bolan sem res, pa vendar bi se rad pozdravil,
zdravila prava bi si brž pripravil!«

»Zdravila, zdravil! Ha, ha, dovolj si onegavil,
mi hodil v zelje, preveč si jih pospravil!«

»Pa vendar, dovoli mi, da diagnozo pravo bi postavil,
saj sem učen, glej, koliko člankov sem objavil!«

»Velja, če tokrat jo uganeš pravo,
pustim te, da še boš tlačil travo!«

»Glede simptomov, bi rekel, da bo kap, če dovolite,
ohromelost, slabost, dušenje, bolečine v glavi ...«

»Finis vitae«, zareži se Smrt in s koso pospravi.

»Au«-foristična tinktura

Kratki aforizmi v beli halji z geografskim poreklom

Janez Tomažič

Hudo je, če ima muha enodnevnic slab dan. Še huje je, če ima kirurg slab dan ravno na dan, ko vas operira.

Zame je idealno zdravljenje Medicus curat natura sanat, vendar me narava pogosto razočara.

Rezultat placebo kontroliranih, »double dummy«, randomiziranih kliničnih študij: »Placebo deluje, če vanj verjamemo. Zdravilo deluje tudi, če vanj ne verjamemo.«

V vsakem življenjskem obdobju je lepo, če si srečen. Verjetno je največja sreča, če si srečen v obdobju tik pred koncem.

Zdravniki, ki bodo sedaj »zamrznili svoje penziona«, bodo verjetno začeli najbolj uživati v svojem delu. Preprosto, privoščili si bodo delo do zadnjega diha.

Pri pisanju aforizmov se držim določenih principov. Moj osnovni princip je, da ne odstopam od svojih principov. Raje jih spremenim.

45. tradicionalno srečanje slovenskih in hrvaških upokojenih zdravnikov v Novem mestu

Marjana Šalehar

21. maja 2010 je bilo v Novem mestu tradicionalno pomladno srečanje Sekcije upokojenih zdravnikov SZD in Hrvatskog lječničkog zbora, HLZ.

Izpred ljubljanskih Križank smo se z Neredovim avtobusom in prijaznim voznikom Elvirjem odpravili na pot. V prijetnem vzdušju je vožnja hitro minila in že smo se znašli pred restavracijo Prepih na Gorjancih. Pričakal nas je mrzel dež, tako da smo se hitro zatekli v varno zavetje gostilne, kjer je prijetno dišalo po telečji obari in ajdovih žgancih. Kmalu za nami so prispeli kolegi iz Karlovca z novim vodstvom. Nova predsednica je Barbara Jović, Tomislav Stančević pa je novi blagajnik. Dragutina Kremsirja in njegovih Zagrebčanov pa od nikoder!

Medtem, ko jih čakamo, obnovim pogovore v avtobusu. Našo predsednico Boženo Skalicky Kuhelj vežejo na Novo mesto pristne rodbinske vezi in spomini, saj sta tu dolga leta živela in delovala njen ded in praded. Je dobra poznavalka kraja in njenih prebivalcev. Po njenem mišljenju je dolenska zemlja, tako kot francoska Provansa, inkubator talentov. Ljudje se tukaj rodijo in odrastejo, nato pa se razpršijo po svetu in tam uspevajo s svojo izredno ustvarjalnostjo. Dokaz za to so slavni Dolenjci: Janez Trdina, Dragotin Kette, Božidar Jakac, Leon Štukelj, Marjan Mušič, Marjan Kozina, Rajko Nahtigal, Ivana Kobilca, Anton Podbevšek, Slavko Grum, Josip Vandot, Pia in Pino Mlakar, Primičeva Julija in Angelca Smole (Kettejeva muza). Stanka Simoneti nas je opozorila, da kot zdravniki ne moremo mimo dolenskega zdravstva. Kakovostno delo bolnišnice v Novem mestu, znamenita očesna zdravnica Morelova, aktivno dolensko zdravniško društvo, spominjamo pa se tudi dr. Albina

Pečaverja, ki je bil gonilna sila pri ustanovitvi regionalnega Zavoda za zdravstveno varstvo dolenske regije.

Kot delegat v slovenski skupščini je dosegel zdravstveno zavarovanje kmetov, ki je pomembno izboljšalo njihovo zdravstveno stanje.

Medtem so na Prepih prispeli tudi Zagrebčani in kmalu je naša stotinja, okrepcana s prej omenjenimi dobrotami in pristnim dolenskim cvičkom, krenila na osvajanje novomeškega otoka. Novo mesto je bilo ustanovljeno leta 1365, obliva ga reka Krka (grško Korkoras), s celino pa ga povezujejo trije mostovi: Kandijski, Šmihelski in Ragovski. Obdaja ga sedmero gričev v povprečni višini 220 m, kjer so odkrili pomembna arheološka najdišča, npr. Marof in Kapitelske njive.

Glavni trg smo osvojili preko Kandijskega mostu in že smo se znašli sredi arkad. Arkade obdajajo trg povsod: v pritličjih, nadstropjih in atrijih. Svojo sedanjo podobo je dobil v drugi polovici 16. stol. Današnji Rotovž so zgradili leta 1905 v novoromanskem in novogotskem slogu. Na pročelju kraljuje grb Novega mesta s podobo ustanovitelja Rudolfa IV. Habsburškega. Pred stavbo stojita doprsna kipa Dragotina Ketteja in Janeza Trdine, delo Jakoba Savinjskega. Na gornjem delu trga stoji kamnit vodnjak, postavljen leta 1955, z vklesanimi verzi Kettejeve pesmi Na trgu: *Noč trudna molči, nezamudna beži, čez mestni trg luna sanjava. Vse v mraku mirno, na vodnjaku samo tih vetrc z vodoj poigrava.*

Dragotin Kette (1876–1899) je najbolj izvirna osebnost slovenske moderne. Komaj 23-letnega je pokosila jetika. Umrl je pri prijatelju Murnu v ljubljanski Cukrarni, pokopan je v grobnici slovenske moderne na ljubljanskih Žalah.



Udeleženci 45. tradicionalnega srečanja upokojenih zdravnikov SZD in HLZ v Novem mestu, pred gostiščem Loka.

Par korakov od glavnega trga se nahaja dom Božidarja Jakca (1899–1989), kjer hranijo 828 del, ki jih je umetnik poklonil svojemu rojstnemu mestu.

Z glavnega trga smo se po Muzejski ulici podali v Dolenjski muzej, ki domuje v stavbi Križatije, za potrebe muzeja jo je po vojni preuredil Marjan Mušič. V njej je bila leta 1953 javnosti prvič predstavljena arheološka zbirka, ki jo dopolnjujejo in spreminjajo skozi čas.

V njem je od 2008 na ogled razstava *Arheološka podoba Dolenjske*. Po svojem bogastvu, pomenu in izjemnosti sodi arheološka dediščina Novega mesta in okolice med najpomembnejšo dediščino Slovenije. Predmeti iz halštatskega obdobja pa sodijo v sam evropski arheološki vrh. Razstava poudarja razkošje in pomen teh krajev v prazgodovini Evrope.

Dolenjska je že od prazgodovine križišče poti s severa na jug in z vzhoda na zahod. Tod se je tovorilo zlato, jantar, vino in posodje iz Etrurije, o čemer pričajo razstavljeni izjemni stekleni, jantarni, kovinski in lončeni predmeti. Posebno izstopajo situle in predmeti, povezani s situlsko umetnostjo.

Razstavljeni so predmeti od kamene dobe do zgodnjega srednjega veka v dokaz, da je bil ta prostor neprekinjeno poseljen vsaj od 10. stol. pr. n. št. Prijazna kustosinja nas je opozorila na situle, v katerih so obredno mešali vino. Na njih je pogosto upodobljena svastika, kot simbol večnega življenja. Zbrali so preko 10.000 kroglic iz stekla, železa in zlata, majčkene steklene ovnove in ptičje glavice, nanizane v ogrlice, ob katerih so muranske umetnije le nadaljevanje. Občudovali smo steklene zapestnice, ki jim obliko in barvo lahko zavida vsak današnji vrhunski oblikovalec. Vrstijo se mojstrsko izdelani oklepi in čelade iz brona in železa. Čelade so ob pokopu obredno vsekane s sekuro. Naše poglede so še posebej pritegnili: žareča jantarna

ogrlica z zlatimi zrni, ki tehta 400 gramov, zlati diadem kneginje, bronasti pas, okrašen v situlskem slogu, edinstven v svetu, s prizori vsakdanjega življenja.

Ogled razstave zbudi domišljijo ... Živahno, gosto naseljeno področje, kjer ljudje vrvijo sem ter tja, trgujejo, pridobivajo železovo rudo, kujejo meče, čelade in oklepe, pihajo steklo, izdelujejo lončenino in nakit ... veseljačijo, se ljubijo in obredno pokopavajo svoje mrtve v gomile. V gomile so pokopavali tudi po 300 let, o čemer pričajo različne plasti in so nas kot časovne kapsule pričakale polne informacij.

Očarani in rahlo omotični smo se napotili proti še eni znamenitosti Novega mesta, Kapitlju. Kapitlji so bili ustanovljeni na pobudo duhovnikov, ki niso živeli v samostanih in niso bili vključeni v redove. V posameznem kapitlju je bilo običajno 12 duhovnikov, imenovali so se korarji, njihovo združenje je bilo kolegiatni kapitelj, ki ga je vodil prošt.

Novomeški kapitelj sta leta 1493 ustanovila cesar Friderik III. in papež Aleksander VI., deloval je do 1907, njegov zadnji prošt je bil popularni Jože Lap. Po ustanovi Kapitelj se je poimenovala tudi cerkvena stavba Kapitelj, ki je bila tekom stoletij predmet mnogih prezidav, od prvotne gotске podobe je ostalo bore malo. Med njene znamenitosti sodijo predvsem velika oltarna slika sv. Nikolaja, ki jo je po naročilu oglejskega patriarha ustvaril znameniti Benečan Tintoretto, vrsta Metzingerjevih slik in notranji dekor Matije Koželja iz Kamnika. V kripti je na levi strani kenotaf Jurija Sladkonje, kopija originalnega nagrobnika v cerkvi sv. Štefana na Dunaju. Sladkonja, po rodu Ljubljčan, je bil novomeški prošt od 1509 do 1514 in ustanovitelj slovitega pevskega zbora Dunajski dečki. Svoj grb zlatega konja je v uporabo prepustil Kapitlju. O kapitelskih zvonovih kroži mnogo zgodb. Najljubša mi je Trdinova, ki pravi: *Novomeško srečo pojo kapitelski zvonovi: vino, prata pa solata, vino, prata pa solata...*

In ko smo že pri prati ... prišel je čas za kosilo. Zunaj nas je pričakalo žarko sonce, zato smo se precej navdušeno podali mimo Novega trga proti reki Krki.

Bilo je sila živahno, veseli maturantje so rajali po ulicah in trgih mesta. V naše vzneseno vzdušje je kanila kaplja pelina, ker so nas nekateri mladi zmerjali s starci ... Razpoloženje se je popravilo šele v gostišču Loka tik ob Šmihelskem mostu, kjer smo bili deležni klasičnega slovenskega kosila: juha, prata in solata, da o »restanem« krompirju ne govorim.

Po prijetnem druženju s hrvaškimi kolegi, tradicionalnih pozdravih in izmenjavi daril smo se polni novih moči odpravili čez Šmihelski most proti pokopališču Šmihel, kjer smo obiskali grob Primičeve Julije. Kljub Trdinovim zabeleženim komentarjem o zapuščenosti njenega groba je bil le-ta tokrat lepo urejen, dodali smo še eleganten venček cvetlic in v spomin prižgali sveče.

Nato pa smo se napotili do grobnice Skalickyh – ob ogledu mesta je namreč našo pozornost pritegnila Skalickyeva ulica in ženski firbec je od predsednice zahteval pojasnilo. Izkazalo se je, da gre za njenega dedka, Bohuslava Skalickega (1872–1926),



Polaganje venca na grob Primičeve Julije na pokopališču Šmihel v Novem mestu; na sliki Božena Skalicky Kuhelj, dr. med., in Majda Pust Ulaga, dr. med.

kmetijskega svetnika in ravnatelja Državne kmetijske šole Grm v Novem mestu. Prevzel je obnovo od trtne uši uničenih vinogradov v bivši Vojvodini Kranjski.

Na njegov predlog je bila ustanovljena Državna vzorna in poskusna vinska klet v Novem mestu – prva in edina te vrste v Avstriji. Leta 1924 je v Ljubljani izšla njegova knjiga *Kletarstvo*, priljubljeni priročnik vinarjev.

Ko smo odhajali s pokopališča, je kolegica na Julijinem grobu tiho recitala Magistrale: *Poet nov Slovencev venec vije. Ran mojih je spomin in tvoje hvale...*

Prišel je čas slovesa od hrvaških kolegov, prisrčnih pozdravov in zagotovil, da se jeseni ponovno srečamo ...

Na poti domov smo podoživljali nova spoznanja in vtise ... ter pridobil novo članico revmatologinjo Mojco Kos Golja, ki jo vsi poznamo tudi zaradi njenih predavanj na rednem izobraževanju Sekcije upokojenih zdravnikov. Sprejeli smo jo z burnim aplavzom. Burnega aplavza pa je bila deležna tudi predsednica sekcije Božena Skalicky Kuhelj za nesebično in kakovostno organizacijo tokratnega srečanja.

Za nami je bil še en prijeten dan, poln doživetij in novih spoznanj ... In Krka teče naprej.

III. srečanje poljanskih zdravnikov

Štefka Križnar

*»Zemlja domača – ni prazna beseda:
del je mojega življenja,
in če se mi vzame zemlja,
se mi je vzelo tudi življenje.«*

Ivan Tavčar, Visoška kronika

Zbrali smo se v soboto, 23. oktobra 2010, najprej v osnovni šoli Poljane, nato pa nadaljevali družabno srečanje še v gostilni na Vidmu.

Tokrat je imelo naše srečanje še poseben namen. V Osnovni šoli (OŠ) Poljane imajo namreč že desetletja svoje mesto znameniti Poljanci. Ko sem v februarju 2010 v reviji Isis brala o življenju in delu naše domačinke, profesorice anatomije dr. Valentine Kobe (zapis prof. dr. Zvonke Zupanič Slavec), sem ugotovila, da prav gotovo tudi ona sodi mednje. Pridobila sem še mnenje kolegov, župana, krajevne skupnosti, šole, svojcev, dolgoletne ravnateljice šole Sely, pa tudi naše profesorice zgodovine na Medicinski fakulteti v Ljubljani, dr. Zvonke Zupanič Slavec.

Vsi smo bili enotnega mnenja, da ji moramo dati mesto med znamenitimi Poljanci. Ko sem povprašala še nekdano dolgoletno ravnateljico OŠ Poljane Sely de Brea Šubic, kako je prišla na idejo, da je že leta 1986 v šoli postavila slike z življenjepi-som pomembnih domačih mož, mi je povedala tole zanimivo zgodbo. Z možem, slikarjem Ivetom Šubicem, sta potovala po Franciji in se ustavila v kraju z oznako kulturnega spomenika. Tam je bil navaden vodnjak na sredi vasi, iz katerega je nekoč pil nek pomembnejši. Nakar sta pomislila, da imamo Poljanci številne domačine, ki so s svojim delom in znanjem ogromno prispevali k napredku doma in v svetu, a jih pozabljamo. Šola bi bila primerno mesto, da se jih spomnimo in predstavimo. Iva Šubic je v avli šole naredil veličastno, 5,1 x 3,8 m veliko fresko z motivi iz Visoške kronike in Cvetja v jeseni. Pod njo so v avli šole postavili slike z življenjepisom znamenitih Poljancev. V istem prostoru je tudi globus s premerom poldrugi meter, ki predstavlja Darwinovo pot okrog sveta, delo Ivetove hčerke, slikarke Maje Šubic.

OŠ Poljane je med redkimi osnovnimi šolami v Sloveniji s tako bogato kulturno-umetniško dediščino. Župan občine Gorenja vas – Poljane Milan Čadež, ravnateljica OŠ Poljane Metka Debeljak, Sely de Brea Šubic in še ostali sodelujoči so nam vsestransko pomagali, da smo lahko začeli naše srečanje s postavitvijo spominskega obeležja prof. dr. Valentini Kobe v avli šole. Sam dogodek smo povezali tudi z zanimivim strokovno-kulturnim programom. Najprej nam je Sely de Brea Šubic predstavila znamenite Poljance in umetniška dela v šoli. Kratko zgodovino Poljan je podala Bernarda Jesenko Filipič, krajinska arhitektka. Našo domačinko, prof. dr. Kobetovo, je s svojim bogatim znanjem predstavila profesorica zgodovine na Medicinski fakulteti v Ljubljani, dr. Zvonka Zupanič Slavec. Dragoceno je bilo tudi stalno sodelovanje z domačimi, preko hčerke prof. Marjane Kobe in z družino Matjaža Grošlja. Veseli smo bili, da so sorodniki naše predloge sprejeli z odobravanjem in da so se srečanja udeležile tri generacije sorodnikov prof. Valentine Kobe. Prof. Marjana Kobe mi je ob pripravi tega dogodka povedala marsikaj zanimivega o svoji mami. Res je, naša profesorica anatomije je živela v težkih časih in le z zdravo kmečko pametjo, gorenjsko trmo ter z visoko strokovno usposobljenostjo je vzdržala na vodilnih mestih, ki so jih v njenem času zasedali večinoma moški. Rada se je vračala v rojstni kraj Dobje pri Poljanah. Kakor hitro je prišla v stik s Poljanci, je že govorila v domačem narečju.

Ves dogodek so nam popestrili tudi domači glasbeniki. Uvodoma smo poslušali profesorja kitare Denisa Kokalja iz Podobena, nato pa še Poljanske orgličarje pod vodstvom Antona Kreka. Po več kot enournem strokovnem programu smo se zbrali še na družabnem srečanju poljanskih zdravnikov in pogostitvi v gostilni na Vidmu.

Ob iskanju naslovov zdravnikov s poljanskimi koreninami sem ugotovila, da so na različnih krajih po Sloveniji in v tujini, da zasedajo ugledna delovna mesta in da jih je kar veliko. Našla sem jih 41, pa sem gotovo, nehote, še koga izpustila. Vsi žal niso mogli priti.

Tokratno srečanje je bilo tretje. Prejšnje smo imeli na isti dan pred šestimi leti, 23. oktobra 2004. Prvi pobudnici teh srečanj

ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

sta bili leta 2003 naši mami Cilka Krek in Elka Benedičič. Njima smo dolžni zahvalo, saj sta prvič združili zdravnike iz Poljanske doline. Taka srečanja nam oživljajo mladostne spomine, tu se sprostimo, medsebojno spoznamo in še poveseimo ob kakšnem kulturno-umetniškem vložku. Za to poskrbi naš najboljši igralec med zdravniki Andrej Šubic. Ob zaključku nas

je prijetno presenetil tudi župnik Jože Stržaj z izvirnim spominkom, medaljonom poljanske cerkve iz leta 1710. Na koncu smo ugotovili, da radi pridemo v domači kraj, da smo ponosni na njegov napredek in da bomo tudi mi podpirali njegov razvoj. Zahvaljujemo se vsem, ki so nam pomagali uresničiti to srečanje.



Poljanski župan Milan Čadež se zahvaljuje prof. Zvonki Z. Slavec, ki je poljanskim zdravnikom predstavila prof. Valentino Kobe. Levo organizatorica Štefka Križnar, dr. med.



V avli poljanske šole so med ugledne Poljance dodali sliko slovenske anatomke, prof. Valentine Kobe.

Douhtarji, pa še prijatli, generacija 1960

Srečanja zdravnikov abrahamovcev, kot sta ga videla Metka in Andrej, gostja in gostitelj v Poljanah, 12. novembra 2010

Metka Adamič in Andrej Šubic

Leto 2010.

Sodobna tehnologija nam omogoča, da si tu in tam med seboj izmenjamo kakšno misel, čestitamo ob rojstnem dnevu, pomembnem dogodku in včasih, žal vedno redkeje, spomnimo drug drugega tudi na to, da smo se pred dobrimi tridesetimi leti podali na isto življenjsko pot.

Kaj pomeni ena ura v primerjavi s tridesetimi leti. Drobtinica časa. Ampak doživeli smo jo. Srečneži. In ugotovili, da zlahka nadaljujemo pogovor, končan pred petindvajsetimi, petnajstimi leti, nekateri pred dvema mesecema ali pred enim tednom, drugi celo včeraj.

Nevede smo se takrat zapisali podobnim zgodbam, mislim, načinu življenja, podobnim veseljem, upanjem, srečanjem z usodo in tudi poseganjem v usodo soljudi. Ko smo se dan za dnev, teden za tednom, pet let in še malo srečevali na predavanjih, vajah, med odmori, na kolokvijih, izpitih, na četrtkovih zabavah v Pajzlu in včasih tudi v Oražnu, smo vsi sanjali podobne sanje. Življenje z medicino. In tudi srečno družino.

Našli smo se, generacija, ki na svojem vrhuncu dela obračun

doživetega in preživetega v svojem življenju. Ugotavljamo, da se počutimo povprečne v dobrem in zadovoljne sami s seboj. Naša kolegica pravi, da zaradi hormonskih sprememb verjamemo, da so ženske lepe, moški pa to celo opazimo. Mislim, da smo zadovoljni z razlogom. Ker smo uspeli obdržati pozitivno kemijo. Pripadnost generaciji je sprožila občutek varnosti, gnezda, kamor se in se bomo lahko zatekli pred stresom in »napadi« okolice.

Potem se je zgodil 12. november, 30 let kasneje. Vabilo je prišlo po pošti. Lično, tiskano, v poljanskem narečju. Vabilo na skupno praznovanje abrahama. Poljane v Poljanski dolini, kulturni dom; na programu predavanja in gledališka predstava, »Duhtar kar tok«. Andrej nas je presenetil in zbudil željo po ponovnem snidenju. Pripravil nam je čudovito srečanje, ki ga bomo najbrž vsi za vedno dali med svoje lepše spomine ... Odlična ideja, vonj preprostega okolja, ki nas je še dodatno povrnil v spomine prvobitnih srečanj v tistih rosnih študentskih letih, ko smo bili vsi bolj ali manj enaki. Samo študentje. Prestrašeni, zagrizeni, pripravljene ure in ure presedeti za pisalnimi mizicami in z



zanimanjem odkrivati skrivnosti človeškega telesa in uma ... Po vseh teh letih in izkušnjah, ko smo vsi po malem že narveličani umetnosti sodobnega sveta in plehkosti množičnih srečanj.

Nekaj let sem v mislih kuhal idejo našega srečanja. In ni dobre jedi brez dobrih in izvirnih začimb. Glavna začimba je bila gledališka igra »Douhtar kar tok«, ki sem jo priredil po Molièrovi Zdravnik po sili. Pred 400 leti nastalo delo ima za nas toliko različnih pomenov, je hkrati brutalno do zdravniških napak in nežno do zdravnikovih težav; kritično do človeške neumnosti, ki naseda vsakovrstnim šarlatanom s koščkom sira v rokah, ki čudežno ozdravi vsako bolezen; prepričljivo v opisu parabole zakonskega dogajanja med ljubeznijo, pripadnostjo, hudomušnostjo, zvitostjo in privlačnostjo povprečnega zakonskega para in predano ljubeznijo mladih zaljubljenecv, ki za izpolnitev svoje ljubezni vključijo vse svoje sposobnosti. K temu Molièrovemu ohišju sem dodal polno notranjih gledaliških konfliktov: v življenju resnični zdravnik igra šarlatana; menjave različnih narečji in knjižnega jezika; izbor nastopajočih je pestra slika sopotnikov mojega življenja; dogajanje na minimalistični sceni v ruralnem in urbanem okolju; življenjske resnice v igri so brezčasne. Nastopajo kolegi iz zdravstva, hčerka in nečak, Poljanci in prijatelji, ki sem jih srečal na svojih življenjskih poteh. Vsa ta mešanica je postala nazadnje okusna jed, ki sem jo ponudil v pokušino svojim sošolcem s fakultete.



Predstava je bila odlična, vsi smo se po malem našli med vrsticami. In se smejali sami sebi.

Brez silnih ozvočenj in razsvetljav. Globoko preprosta. Povezala nas je v tok podobnih misli tega kratkega skupnega večera.

Druga začimba, ki sem jo uporabil, so bila »memorialna« predavanja mojih sošolcev; Dragica s sliko naših možganov, Janko z razlogi za zadovoljstvo zanj sicer povprečne generacije in Mišo z najinimi skupnimi spomini v boju proti staranju naših žil. Krkina Mojca je dodala svoje gledanje na kuhinjo pri petdesetih in uporabo Krkinih »začimb« v njej. Tudi ta začimba se je lepo umestila v glavno jed.

Nismo se kaj dosti spremenili. Izrazi na obrazih so ta večer postali isti. Kot da ni vmes preteklo let za eno celo mladost ... Vsakega posebej, ki sem ga srečala, sem bila vesela. Na srečo vsi že nekoliko slabše vidimo, letom primerno, tako da smo zlahka spregledali nekoliko redkeje lase na temenu, kakšen kilogram viška (le pri nekaterih) in kakšno gubico okoli oči; oči, ki so še vedno gledale z istim izrazom kot takrat, pri nekaterih z nagajivim, pri drugih večno zaskrbljenim, pri tretjih resnim, pa zvedavim, zasanjanim ... tudi kakšno iskrico je bilo zaznati ta večer tu in tam.

Tretja uporabljena začimba je bila veselica po predstavi ob zelju, žgancih in kranjski klobasi v vaški dvorani, ki je sprejela svoje goste in jim s svojo neformalnostjo ponudila prijetno zatočišče za





nadaljevanje pred leti, meseci ali dnevi začetih pogovorov. Motnja v obliki glasbe našega Danija ni bila prehuda, celo izkoristili smo jo, da smo svojo jed ob začimbah dobro premešali s plesom.

Po predstavi so iz dvorane izginili stoli, pojavile so se mize, na njih ajdovi žganci, zelje, klobase in orehova potica – kot da so najslajše jedi, ki smo si jih privoščili v zadnjih letih. Kako je to prijetno, ko jih začiniš z osveženim okusom po mladosti. Izmenjali smo življenjske zgodbe. Zaplesali med seboj. In občutili tisto prvotno naklonjenost, ki se v vseh teh letih, kljub različnosti naših zgodb, ni spremenila. Za hip smo bili spet stari dvajset let, brez skupnih vsakdanjih skrbi, vseh zgodb, ki so se zapisale v nas, in mnogih neprespanih noči.

Urica je res kratka. Toda v tej urici použita in doživeta jed bo še dolgo dražila naše brbončice. Urica, ki se bo tako raztegnila na leta.

K vsem tem občutkom se je silovito in obenem čisto neopazno dodal še mogočen občutek ponosa – na vsakega posebej in na vse nas, našo generacijo. Koliko uspešnih posameznikov! Ne glede na to, kam nas je vodilo življenje: med paciente v bolnišnicah ali v okolje, kjer vsakdo vsakogar pozna, ali v akademske kroge. Čutila sem, da je med nami žarela neka tiha povezava, tovarništvo in nenazadnje sreča, da smo izbrali pravo pot, ko smo se združili v tej medicini, ki je poklic in način življenja.



Andrej, hvala, da si nas uspel takole zbrati; ta večer smo se, kljub luknjicam v spominu, ki so se začele pojavljati in na račun katerih smo se tudi nasmejali, z nasmejanimi obrazi spominjali tistih dni, trenutkov, dogodkov, in vseh tistih, ki niso uspeli priti.

Bilo nas je veliko in imeli smo se lepo. Še koga smo pogrešali, da bi jedel z nami. Vemo, da so manjkali z razlogom. Vsi pa smo se strinjali, da so morali imeti res močan razlog za odsotnost, ker so zamudili nekaj lepega, prežetega s pozitivno energijo.

In – naj nam vsem ostane še delček neizpolnjenih sanj za leta, ki so nam še namenjena. Mlajši, kot smo danes, prav ta trenutek, ne bomo nikoli več!

Za konec citat iz igre: »Na svietu tok nimama drugja, ket mal sojga vesela.«

Dodajam: »In kup krasnih sošolk in sošolcev!«

P.S.: Za celotno podobo srečanja in praznovanja se moram zahvaliti celotni igralski zasedbi, KUD-u Ivan Tavčar Poljane in predvsem Krki, d.d. Imenovanim in neimenovanim hvala!



Vsi udeleženci s posebnima gostjama, prvima namiznoteniškima loparjema med invalidkami Andrejo in Matejo

Patetična simfonija v Domus Medica

Marta Brečko Vrhovnik

V Modri dvorani Domus Medica je bilo v ponedeljek, 29. novembra, predavanje prim. izr. prof. Pavla Kornhauserja, dr. med., z naslovom Patetična simfonija. Zbrane je pred predavanjem pozdravila predsednica Zdravniške zbornice Slovenije, prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med., ki je v svojem nagovoru izrazila zadovoljstvo nad hitro in uspešno izgradnjo slovenske zdravniške hiše. V njej imajo slovenski zdravniki končno svoje prostore za delovanje njihovih organizacij, za izobraževanja in druženje ob kulturnih dogodkih, kot je bilo predavanje o Čajkovskem.

Življenjska zgodba skladatelja Petra Iljiča Čajkovskega je tako pritegnila upokojenega pediatra in pianista prof. Kornhauserja, da ji je v zadnjem obdobju naklonil nemalo svojega časa. Pregledal je obsežno literaturo, odgovore pa je iskal tudi pri ruskih zdravniških organizacijah. Rezultat njegovega raziskovanja je bil najprej obsežen članek, objavljen v dveh delih lansko leto v Izidi (Isis 2/2009, 80–84; Isis 3/2009, 64–69), nato pa še predavanje in uro in pol dolga radijska oddaja o Čajkovskem po scenariju prof. Kornhauserja, predvajana 12. decembra na programu Ars Radia Slovenija.

Predavanje je bilo obogateno s predvajanjem izbranih odlomkov skladb in najbolj sporočilnih odstavkov pisem. Odlomke pisem Petra Iljiča Čajkovskega, njegove mecenke Nadežde Filaretovne von Meck, njegove žene in bratov, posnete za radijsko oddajo, so brali poklicni bralci iz slovenske radijske hiše, kar je dalo interpretaciji nesporno kakovost. Prof. Kornhauser je predavanje premišljeno dopolnil s projekcijo fotografij in z glasbenimi vložki. Na začetku predavanja in ob koncu smo prisluhnili dvema stavkoma iz 6. simfonije, imenovane Patetična, vmes pa stavkom iz Romea in Julije, Klavirskega koncerta v b-molu, Labodjega jezera, Hrestača, 4. simfonije, Jevgenija Onjeginja – če naštejemo le nekatere. Za predvajanje pisem in skladb je poskrbel sodelavec Radia Slovenija.

Seveda je prof. Kornhauser, ob tem, da je uspešen ljubiteljski pianist, predvsem zdravnik. Tako je dobilo predavanje še dodatno sporočilnost, ki jo je dal njegov zdravniški pogled na skladateljevo zdravstveno stanje in razloge njegove smrti. Zlasti okoliščine skladateljeve smrti so ostale do danes zavite v tančico skrivnosti. Umrl naj bi zaradi kolere, potem ko je nekaj dni pred smrtjo spil kozarec neprekuhane vode. Ker ob tem vzroku smrti zastavlja kar nekaj vprašanj (zakaj je spil vodo, saj je moral vedeti, da lahko dobi kolero, za katero je umrla že njegova mati, zakaj so ga po smrti še ves dan pustili ležati nepokritega, čeprav je bilo to v nasprotju z veljavnimi navodili, zakaj ga niso odpeljali v bolnišnico, kjer so takrat že dajali infuzije), se je vzporedno v nekaterih krogih razširilo prepričanje, da je skladatelj naredil samomor z arzenom. S tem naj bi ohranil lastno čast in čast družine, saj mu je grozilo javno razkritje njegovih homoseksualnih nagnjen. Prof. Kornhauser je opozoril, da so bili homoseksualci v carski Rusiji sicer kaznovani z izgonom v Sibirijo, kar pa ni veljalo za višje družbene sloje, zato je le malo verjetno, da bi izgon grozil Čajkovskemu, takrat najslavnejšemu skladatelju v Rusiji, ki so ga vabili na odre Evrope in Amerike. Sklenil je s prepričanjem, da imeli so njegovi zdravniki prav in da je Peter Iljič Čajkovski umrl zaradi posebej hude oblike kolere, ki je že drugi dan privedla do odpovedi ledvic.

Poslušalci v dvorani so predstavljeni tragični življenjski zgodbi ruskega skladatelja zbrano sledili do konca, pa čeprav je zaradi glasbenih vložkov predavanje trajalo skoraj tri ure. Kako dobrodošle so takšne priložnosti za druženje, so pokazali številni zbrani, ki so se v živahnem klepetu ob kozarcu vina zadržali pozno v večer.

Foto: Milan Kokalj



Utrinki iz Indije

Urška Gantar Rott



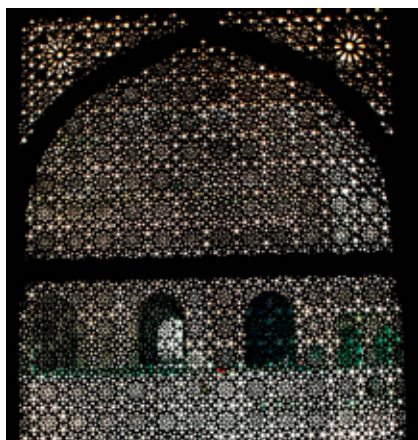
Qutb Minar, 73 m visoki stolp, ki so ga pričeli graditi leta 1193, po prihodu islama v Indijo.



Orcha. Tempelj Chaturbhuj iz 16. stoletja.



»Islamski rajski vrt«, Tadž Mahal, grajen med leti 1631 in 1653.



Alabastrna čipka v mošeji Jami Masjid iz leta 1575.



Khajuraho. Mesto s še 22 od 85 ohranjenih hindujskih templjev, zaradi erotičnih prizorov imenovano tudi Kamasutra v kamnu.



Bodhgaya. Najpomembnejše romarsko mesto budistov. Tu je pred 26. stoletji princ Siddharta Gautama doživel razsvetljenje.

Jesen v Ontariu

Franci Bečan

»St. Catharines.«

Črnapolta okroglolična sprevodnica mi je pokimala in me, neustavljivo čebljajoča, pospremila do izhoda na jutranjem quebeškem vlaku.

Stala je na postaji, rahlo sključena, s palico v desni roki, kratkih, belih las, z modro čepico, v dolgi jopi z lososno rdečimi gumbi.

»Prišel si. Moj nečak.«

Objem je bil daljši in bolj čvrst, kot sem pričakoval od krhke gospe.

»Obljubil sem. Pred šestindvajsetimi leti.«

Sedla sva v njen puščavsko oker hummer in v skrivnostni čad odeta ontarijska pokrajina naju je pogoltnila. Nasade nizkih breskovih dreves, hrušk in sauvignona so tu in tam prekinjale njive rumenih buč, bližala se je noč čarovnic.

Po uri vožnje sva obstala pred rdečeopečnato hišo z velikimi belimi lesenimi okni, s sivo streho, ki sta jo razgaljali dve trikotasti frčadi. Pred južnim vhodom so na veliko nepokrito teraso silile veje jonatanovega drevesa, polne trdih rdečih sadežev.

»To je moja farma. Tu živim štiriinpetdeset let.«

Sprehodila sva se med nizkim grmjem in balzaminkami. Zahodno in severno stran hiše je obkrožala pokrita veranda z okroglimi betonskimi stebri, z ograjo iz belo barvane brestovine in visečimi geranijami. Takoj za hišo so se pričeli sadni nasadi.

»Ravno pravšnji čas za dopoldanski čaj,« me je gospa povabila v hišo.

Bogato stilno pohištvo vsepovsod. Pogled mi je obstal na bi-dermajerski komodi z dragoceno uokvirjenimi starimi fotografijami njene družine. Oče in mati v sredini, trije sinovi, deset deklet, starejše v dopadljivih dolgih oblekah, mlajše s kitami in v dokolenkah.

»Živeli smo na malem gruntu, na Brdu, v zatrepu dolge ozke doline. Sami bregovi in senožeti, le v dnu doline je bilo ob cesti in potoku nekaj ravnega, tu smo pridelali krompir in pšeni-co. Ata so imeli par konj, furali so, tako je prišlo k hiši nekaj denarjev.«

Prijetno je zadišalo po angleškem čaju. Sedla je na zofo in ga nalila v čajni skodelici. Zelenosive oči, ozka brada, raven nos, rdečkasta lica, tanke ustnice, prava podoba svoje matere na starih fotografijah.

»Mali grunt nas ni mogel vseh preživljati, starejše smo zelo mlade, takoj po osnovni šoli, odhajale zdoma. Šestri sta delali na veliki kmetiji, meni so našli delo v usnjarski delavnici v mestu. Delala sem v ropotu in umazaniji, ves dan. Lastniki so bili pošteni ljudje. Mojstrica je na mojem mestu želela svojo sorodnico, ni me marala, zanj sem bila revše iz hribov.«

Napravila je dolg požirek.

»Tistega dne, bil je soparen julijski dan, je izginila majhna črna usnjena torbica. Mojstrica nas je zbrala v delavnici. Njene mrzle oči so vrtale po nas, bilo je zadušljivo, s prstom je pokazala name.

»Nisem,« sem nemočno hlipala. Niso mi verjeli. Ata so uredili, da sem ostala. Usnjeno torbico so našli, tudi tatico. Pekoč



ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

madež v meni je ostal. Želela sem stran iz tega sveta revščine, laži in krivic. Kamorkoli. Prijatelj je prišel iz Kanade, bil je tam štiri leta. Odločila sem se, hitro, odšla sem z njim. Sem, v Ontario. Kupila sva manjšo farmo. Imela sva plantažo sadja, zemljo sva z leti dokupovala. Kanada je bila urejena država, kdor je pošteno delal, je preživel.«

»Jezero ustvarja klimo ugodno za trto,« mi je razlagala, ko sva v hummerju vozila po ravnini proti bližnjim Niagarskim slapovom. Ontario je bil tistega sončnega oktobrskega dne čist kot solza. Plameneči oranžnordeči javorovi gozdovi, farme konj, polja koruze, orumeneli vinogradi.

»Cerkvica sv. Helene, tu sva se poročila in tu sva krstila sina in hči,« mi je pokazala manjšo opečno-kamnito cerkev z gotskimi okni v Vinelandu.



Reka Niagara je na ravnini med Eriejskim in Ontarijskim jezerom ustvarila 670 m široke in 57 m visoke slapove na kanadski strani in nekaj manjše na ameriški strani.

Nad sto metrov visok pršeč bel oblak nad Podkvastimi slapovi in nad Kozjim otokom je jemal dih. Opazovala sva turiste v modrih pelerinah na turističnih ladjah, ki so se trudile približati mogočni besneči vodni zavesi, in tiste v rumenih pelerinah, ki so se spuščali v kamnite tunele za slapovi.

»Hči je imela deset let, ko je moža zadela srčna kap. Umrli je. Potem so kmalu za njim umrli ata, neke pomladi. Takrat je bilo težko. Razmišljala sem, da se vrnem v Slovenijo. Morda bi se morala, bil je pravi čas. Otroka sta potem končala *university* in si ustvarila družini.«

Opazoval sem gnečo na kanadsko-ameriški meji na Rainbow Bridge.

»Vaša hči in sin ne govorita slovensko.«

Sedla je na klop pod ognjeno rdeč javorovec. Dolgo je bila tiho.

»Hči živi v Missisauigi, blizu Toronta, ob četrtkih po službi prihaja k meni. Sin živi v bližini, v Vinelandu. Ne govorita slovensko. Osemindeset let mi je. Zemljo sem dala v najem. Na farmi živim sama.«

Gledal sem jo, krhko, drobno, belolaso, na ploščadi nad mogočno reko. Niti oktobrsko poznopoldansko sonce, ki je zlatilo prostrane ontarijske gozdove, niti njen večni nasmech nista zakrila otožja v njenem obrazu.

St. Catharines. Stala sva na sivi postaji, zrla sva v prihajajoči večerni quebeški vlak in njen objem je bil neskončno dolg.

Nadgradnja intranetnega portala Zdravniške zbornice Slovenije

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

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

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

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

Maraton New York 2010

Lili Žura

Začelo se je nekega jesenskega dne po običajni rekreaciji, ki jo zaključimo s kozarčkom piva. Naša prijateljica Dina Pintarič, ki je izredno dobra tekačica, je oznanila, da gre v letu 2010 na maraton v New York (NY). Na ljubljanskem maratonu se je potrudila in dosegla rezultat za uvrstitev nanj. Nekateri smo odločitev pozdravili in jo podprli. Vsi smo se strinjali, da bo rabila navijače, ter si bili enotni, da jo bomo spremljali. Pri tem dogovoru smo se ustavili do marca naslednjega leta. Takrat smo dogovor pričeli uresničevati z nakupom letalskih kart. Nekako ob koncu marca pa sva z možem Marijanom hkrati ugotovila, da bi bilo dobro, če bi šla tudi midva teč na takšen maraton. Pri tem naj poudarim, da sem vedno izjavljala, da maratona pa ne bom nikoli tekla, ker je prevelika muka. NY pa mi je predstavljal nov izziv v tekaški karieri. To je bil šele začetek kalvarije, ker so bile vse prijave na maraton že zaključene. Poskušala sem uporabiti »veze«, ki jih imam na MORS-u in veleposlaništvu, pa brez uspeha. Vedno bolj se mi je zdelo, da bo udeležbo na maratonu zelo težko doseči.

Ostala mi je le še udeležba na ta način, da darujeva v dobrodelne namene, ampak vsak 2000 dolarjev, kar se mi je zdelo preveč. Potem sem našla še drugo pot, in sicer je za tujce organizirana udeležba preko turističnih agencij. Žal za Slovence tega ne organizira nobena turistična agencija, torej je bilo zelo malo možnosti, da bi se naju katera od njih usmilila. Seveda smo Gorenjke znane po trmi in nisem odnehala kar tako. Poslala sem vprašanje na vse agencije po vrsti. »Usmilili« sta se me dve in mi poskušali urediti udeležbo. Udeležba na maratonu stane 355 evrov, kar tudi ni poceni.

V naši družini nas je bilo osem, od tega pet tekačev – jaz, moj mož Marijan, Dina, Mojca in Bojan. Vsi smo se resno pripravljali po načrtu, ki ga dobiš na internetu – *Marathon Austria*. Meni je program še dopolnil atletski trener Matjaž Polak. Pripravljali smo se od konca julija in to zelo resno in zavzeto. Treningi so potekali štirikrat tedensko – en dolg tek, en intervalen, en tempo tek in en počasnejši tek. Vmes si bil prost ali pa si delal nekaj za sprostitev – npr. fitnes, kolesarjenje, hoja v hribe ... Govorila sem tudi z Romanom Kejžarjem, ki se je samo nasmehnil ob vprašanju, kako preteči maraton brez težav, in mi povedal, da bo to zelo težko. Treningi so mi bili sicer všeč. Imela sem neko obveznost, ki sem jo morala opraviti brez izgovorov. Če si predstavljate, da v službi opravi vsak mesec do 250 ur zaradi pomanjkanja zdravnikov in da moram opraviti obveznosti doma, potem vam je jasno, da so bili ti meseci kar naporni.

V NY smo odšli pet dni prej. Mene se je že pred odhodom lotil prehlad, ki se je med potovanjem samo stopnjeval. Ob prihodu nas je NY zelo prevzel. Je velemesto s posebno dušo in vzdušjem, ki ga moraš doživeti. Kljub temu, da sem zbolela, seveda nisem počivala, ampak sem želela čim več videti in doživeti.

Marijan je bil že zelo hud, kajti hodili smo po cele dneve, jedli v restavracijah s hitro prehrano, skratka, prav nič maratoncem podobno. Pa še v navodilih za udeležbo na maratonu je pisalo, da je najslabša varianta, da hodimo po NY in nič ne tečemo. Doma smo imeli v načrtu še nekaj lažjih treningov, ki pa nam jih seveda ni uspelo narediti. Newyorčani živijo za maraton. Vsi te sprašujejo, ali greš teč, in ti želijo lahek tek in seveda čim boljšo uvrstitev. Že dvig startnih števil je dogodek in teče kot po tekočem traku. Najprej neke preverijo, ali si to res ti, potem hodiš ob pultu, kjer ti polnijo vrečko – majica, pijača, startna številka s čipom itd. Pričakovala sem bolj običajne ljudi, pa so bili v večini že na pogled tipični maratonce. Na tem mestu je tudi prodaja tekaških rekvizitov – dresi, rokavice, tekaški copati itd. Vsi smo si kar nekaj nakupili, cene pa so bile zelo ugodne. Organizacija je bila prav po ameriško dodelana v vseh pogledih.

Tudi na teku imaš točno določeno uro, ko moraš vstopiti na avtobus ali trajekt. Udeležencev je bilo okrog 45.000. Start je bil na treh različnih mestih, označenih z barvami – oranžen, zelen, moder. Še na teh mestih je potekal v treh valovih. V valu si imel mesto glede na rezultat ali na začetku vala ali na koncu. Dina je imela odhod s trajektom ob 5.15, midva pa avtobusu točno ob 6. uri (start sva imela 10.40) pred nacionalno knjižnico. Tja smo vsi



odšli z metrojem. Na poti sva srečevala kar nekaj maratoncev in na mestu, kjer bi morala vstopiti na avtobus, je bila dolga vrsta, ki se je pomikala počasi in organizirano. Na vsak avtobus so spustili le toliko potnikov, da so bili zasedeni sedeži. Avtobus je vozil nekaj več kot eno uro. Prihod na start je zanimiv dogodek. Vsi smo bili oblečeni kot medvedje, kajti ta dan je bil sicer eden izmed redkih sončnih dni, a zelo mrzel, temperature pa so bile zjutraj blizu ničle. Nekateri na startu spijo zaviti v spalke, drugi sedijo ... Tu si lahko dobil zajtrk – *donats* (ali slovensko krof), kavo, vodo in *power bar* ploščico. Na startu so bili najglasnejši Italijani, ki so se kar naprej slikali, klicali eden drugega. Organizatorji so ves čas obveščali, kdaj mora katera skupina kreniti proti startu. Oblečila za v cilj si oddal na posebne UPS-tovornjake, ki so bili označeni s štartnimi številkami. Pri prihajanju na start so bili redarji zelo strogi, npr. nekdo je zamudil na start eno minuto, pa je moral počakati na zadnji val, in to v repu kolone. Končno je prišel trenutek, ki smo ga vsi pričakovali. Odšli smo na most, kjer ob topovskem poku pričnemo s tekom. Med tekači je vladalo evforično vzdušje, vsi so se pogovarjali o teku, kakšno taktiko imajo in kje jih kdo čaka ter kolikokrat so pretekli maraton. Nekaj oblačil sem odvrгла že prej, nekaj pa sem jih obdržala za na pot, ki se začne na mostu. Na mostu je zelo pihalo in je bilo mrzlo, tako da so mi prišla zelo prav. Vzdlž mostu je bilo ogromno odvrženih oblačil, ki jih potem poberejo klošarji.

Start je bil miren, vsi so ploskali in tek se je začel. Že takoj na začetku, ko smo prišli čez most, se je začela reka navijačev, ki nas je spremljala do konca. Ljudje res živijo za maraton, zanje je to velik dogodek. Vsaka četrta pripravi nekaj za vzpodbudo tekačev – glasba je bila na vsakem delu: ponekod so peli črnske duhovne pesmi, drugje je bila country glasba, rock, pihalna godba, škotske dude ... Ker smo mi imeli drese z napisanimi imeni, so nas ljudje vzpodbujali in klicali po imenu. Pijača je bila na voljo vsaki dve milj, medtem ko je bila hrana šele na 18. milj. Vmes so sicer navijači delili banane, pomaranče, bonbone ... Vzdušje je takšno, da te noge kar nesejo. Ves čas teka sem si mislila, kako dobro tečem, ker smo šli skozi različne predele NY. Hkrati sem se bala krize, o kateri vsi govorijo, pa še morala sem paziti, da ne diham globoko, ker me je takoj napadel kašelj. Prvič sem pogledala na uro pri 15 km in se mi je zdelo, da je minil le trenutek od starta, naslednjič pri 20 km. Res me je neslo in to celo bolje, kot sem mislila. Ves čas sem pila *Gatorade*, zmešan z vodo, in vsakih 7 km pojedla manjši gel. Pri 30 km sem bila še vedno brez krize in tekla sem z lahkoto. Vmes smo tekli mimo našega stanovanja, kjer so me čakali navijači z naše skupine, pa še slovensko zastavo so razobesili. Pri 38 km se mi je zdelo, da zdaj bi pa že morala nastopiti kriza in sem začela hoditi, potem pa sem sama sebe vprašala, ali je to kriza, in ugotovila, da ni ter pričela ponovno teči v svojem tempu.

V cilj sem pritekla s slovensko zastavo v roki in občutka, ki sem ga imela ob tem, se ne da opisati. Potem se je začela hoja proti koncu Centralnega parka. Cilj je bil dostopen samo tistim, ki so imeli VIP-karte, zato naših navijačev ni bilo tam. V cilju si se najprej slikal z medaljo, potem si dobil folijo, s katero si se ogrnil.

Nisi se smel ustaviti, ker so te takoj pričeli priganjati redarji. Vsi smo imeli enako asociacijo – stanje kot po bitki na Sutjeski. Tekalci so hodili počasi, oviti v folije, in le malokdo je spregovoril. Hodili smo mimo UPS-tovornjakov, kjer si lahko dvignil svoja oblačila. Na obrazih si opazil izmučenost, ampak zadovoljstvo, o takšni energiji, kot na startu, pa ni bilo sledi. Mnogi izmed njih so sploh težko hodili, nekatere so odpeljali z invalidskimi vozički ali reševalnimi vozili, nekaterim je bilo slabo.

Tudi izhod iz Centralnega parka je bil določen glede na tvojo startno številko. Po prihodu na ulico pa se je začela gneča. Imela sva srečo, da so znanci rezervirali mesto v gostilni nekaj ulic stran, drugače je bilo nemogoče priti do sedeža v lokalu. Takoj smo popili kakšno pivo (izotonični napitek) in kozarec vina ter bili ponosni na dosežek nas vseh. Ko sva se z metrojem vozila domov, so nama vsi čestitali in bili veseli da sva zmogla, v našem stanovanju pa se je zabava nadaljevala. Vsi smo bili zadovoljni z rezultatom, predvsem pa nihče od nas ni imel nobenih težav. Tudi naslednji dan smo imeli minimalno »muskelfibra«, vsi smo normalno hodili in še vedno smo imeli v sebi kar nekaj adrenalina.

NY-maraton je res doživetje, ki ga lahko opišeš z eno samo besedo – **noro**. Dina, Marijan, Mojca, Bojan in Lili smo si bili enotni, da je bilo to nekaj enkratnega, neponovljivega in se ga bomo spominjali do konca življenja. Naši rezultati, razen Dininih 3.30, so bili vsi povprečni, ampak za nas vse dobri in so nas zadovoljili. Torej, maraton se da preteči brez večjih težav, če se dobro pripravljáš in ga tečeš za zabavo ter poslušáš svoje telo. Jaz sem ga pretekla celo s hudim prehladom in vročino.



Novoletne želje

Dan Šustek

Novoletna pisarija

Novoletna pisarija
skoraj je opravljena,
pisma lepim,
znamke ližem,
še naslove jim napišem,
pa na pošto,
trarara!

Glej ga šmenta, eno pismo
prazno čaka
moj podpis,
da napišem
kakšno željo.
Kam naj pošljem ga?
V Pariz?

Komu še bi želel srečo,
koga bi razveselil?
Oh, seveda, tesar Jožef
pred par dnevi
v Betlehemu
sinčka v jasliah
je dobil.

Naj želim ti,
dragi Jožef,
da bi bil otrok tvoj zdrav,
da bi zrasel
in iz njega,
da bi kerlc
cel postal.

Prijateljem za novo leto

Obraz s soncem obsijan,
dober tonus aparata,
pagat ultimo vsak dan
zaželi vam Sketov ata.

Avtomobil, ti si kakor zdravje!

Avtomotoapoteza

(prosto po Francetu Prešernu)

Andrej Rant

Izpušnih plinov polne domačije,
Pokraj'ne naše so, kar avto, tvoj duh prišel je,
kar nad vso Ljubljano, pozabljeno od vnukov,
smrad se vije ...

Obložile očetov vladnih homatije
z bencinskimi so davki služno ramo,
odkar promet, bencin poznamo,
parkirne ure, pobiranje cestnine ...

Minuli sreče so in konjske vprege časi,
ko zjutraj hupe niso nas budile,
umolknili kopit so sladki glasi ...

Kar niso jih podrle odbijačev sile,
kar pešcev še napoti se po gasi,
udihljaji, solze so jih dušile!

Zobarju

(prosto po Francetu Prešernu)

Andrej Rant

Kdo zna
oteklino uplahnit, ki tare moža!

Kdo ve
bolečino odgnati, ki kljuje zobe,
od zore do mraka, od mraka do dne!

Kdo uči
škrbine izdirat nemarnih ljudi,
gnojne abscese oduzet spred oči,
pacientu ubežati, ki ves dan te mori!

Kako
bit hočeš zobar in ti pretežko
je bezat al' v zob al' v nebo!

Stanu
se svojega spomni, trpi brez miru!

Humorni prispevki za Sisi

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

Vabljeni!

O ugovoru vesti

Jože Trontelj

7. oktobra 2010 je marsikdo z živim zanimanjem čakal na izid razprave v Svetu Evrope. Parlamentarna skupščina je poslala poročilo gospodične McCafferty, britanske poslanke iz socialističnega tabora, članice Odbora za socialne, zdravstvene in družinske zadeve, z naslovom »Dostopnost žensk do zakonite medicinske oskrbe: problem neurejene rabe ugovora vesti«. Poročilo je vsebovalo predlog resolucije, ki naj bi zdravnikom resno omejila pravico do ugovora vesti v zvezi s splavom. Po tem predlogu bi bili dolžni napotiti žensko v eno od ustanov, kjer so ji pripravljeni narediti splav. Če to ni mogoče, naj bi ji morali na njeno zahtevo opraviti splav kljub svojemu ugovoru vesti.

Pravica do ugovora vesti ima v več državah res omejitve, predpisane z zakonom: zavrnitev posega na podlagi ugovora vesti ni mogoča, kadar gre za zdravljenje, ki je potrebno, da se reši življenje ali odvrne huda trajna okvara telesnega ali duševnega zdravja. Manj soglasja pa je o tem, ali naj bo zdravnik dolžan

prosilki urediti vse potrebno za splav kje drugje. S tem bi bila njegova pravica do ugovora vesti bistveno okrnjena.

Po nekaj let starem podatku je v Južnoafriški republiki uveljavljalo ugovor vesti proti opravljanju splava polovica zdravnikov. Danes tudi ponekod v Evropi ženske ne pridejo lahko do splava. V italijanski provinci Lazio, v kateri je tudi Rim, uveljavlja ugovor vesti 86 odstotkov zdravnikov. Tudi v Britaniji zdravniki vse bolj neradi opravljajo splave. Avstrijke so prisiljene, da hodijo splavljat v tujino.

Predlogu resolucije so napovedovali uspeh. Ta optimizem zagovornikov nove ureditve je temeljil na dejstvu, da je Svet Evrope dve leti in pol prej sprejel resolucijo o dostopnosti žensk do splava. Ta poziva države članice, da pravico do splava priznajo kot splošno človekovo pravico in omogočijo ženskam neoviran dostop do postopka. Tedaj je bil zavrnen predlog, da bi v resolucijo zapisali tudi možnost ugovora vesti in omembo pravic nerojenega otroka in očeta.

Vendar so se tokrat slišali tudi glasovi v podporo instituciji ugovora vesti. Dr. Michael Jarmulowicz iz Katoliškega zdravniškega združenja je rekel: »Vsak posameznik katerekoli vere ali brez nje čuti potrebo, da ravna po svoji vesti. Če je prisiljen izbrati drugače, je to narobe.« Dr. Andrew Fergusson je menil, da bi »napad na ugovor vesti izgnal iz medicine prav tiste ljudi, ki jih želimo imeti tam«.

V enem od medijskih odmevov je bilo rečeno: »Gdč. McCafferty in njeni pristaši naj bi se vprašali, zakaj toliko zdravnikov in drugega osebja noče opravljati splavov. Ali ni to zato, ker štejejo splav za kršitev človekovih pravic in ne kot del odgovornega zdravljenja?«

Parlamentarna skupščina je 7. oktobra odločala o zadevi, ki močno presega okvire splava. Opredelitev je bila pomembna za pravico do ugovora vesti nasploh, torej za eno od temeljnih človekovih pravic in svoboščin. Kot pravna kategorija je zapisana v več mednarodnih sporazumih, med drugimi v Mednarodni konvenciji o državljanskih in političnih pravicah, v Evropski konvenciji o človekovih pravicah in v Listini temeljnih pravic Evropske zveze, pa tudi v ustavah mnogih držav, tudi Slovenije. V zgodovini se je ugovor vesti naprej pojavil med pripadniki pacifističnih religij, ki so se upirali nošnji orožja in vojaški službi, in morda prva uredba, ki je pravico do ugovora priznala, je bila izdana v tedanji koloniji Massachusetts leta 1661. Da je prišlo do splošnega priznanja, pa so morala miniti skoraj tri stoletja in v tem času so tisoči trpeli v dolgoletnih zaporih ali na prisilnem delu.

Problem ugovora vesti se pojavlja na več področjih v medicini. Ko gre za splav, je treba spomniti na zavezo zdravnika, da bo varoval človeško življenje od spočetja naprej, ki jo vsebuje tudi Ženevska deklaracija iz leta 1948. To je sprejelo Svetovno zdravniško združenje kot odziv na divjaštva nacističnih



zdravnikov med 2. svetovno vojno. Tako določbo vsebuje tudi slovenski kodeks medicinske deontologije.

Ugovor vesti lahko zdravniku narekuje tudi to, da ne sodeluje pri umetni, zlasti zunajtelesni oploditvi, pri sterilizaciji ali kontracepciji, posebno postkoitalni. Nadalje ima lahko pomisleke proti terminalni sedaciji. V državah, kjer sta legalna evtanazija ali samomor z zdravnikovo pomočjo, ima zdravnik zakonsko priznano pravico zavrniti sodelovanje zaradi ugovora vesti.

Pojavljajo se nova področja z resnimi etičnimi vprašanji. Pričakujejo se terapije na osnovi embrionalnih matičnih celic. Ponekod že teče predvsaditvena genska diagnostika, pri kateri je treba žrtvovati številne zarodke. Etično so še posebej vprašljivi primeri, ko se ti postopki opravijo za rojstvo »otrok rešiteljev«, ki naj bi s svojimi matičnimi celicami pozdravili starejše bratce ali sestre. Problematična bo genska terapija, kjer utegne priti do neugodnih sprememb, prenosljivih na genom potomcev.

Zdravnik se lahko znajde tudi v konfliktu med svojo vestjo in dolžnostjo nasproti državi ali nadrejenim oblastem. Manj, kot bi pričakovali, je bilo ugovora vesti zdravnikov v nacistični Nemčiji. Ugledni, odlični zdravniki so medicino zlorabili, med drugim v pošastnih poskusih na taboriščnikih. Tudi danes se v vrsti držav od zdravnikov pričakuje sodelovanje z represivnimi organi, posebno pri policijskih zaslišanjih z mučenjem in pri sodnih eksekucijah. Zdravnike izpostavljajo konfliktu vesti tudi etično vprašljive restrikcije pri razdeljevanju omejenih virov za zdravljenje. In naposled se od zdravnikov večkrat zahteva tudi razkritje zaupnih zdravstvenih podatkov. Te vrste je presenetljiva zahteva sodišča, da ljubljanska Psihiatrična klinika popise bolezni duševnih bolnikov izroči Arhivu Slovenije, kjer naj bi bili dostopni tudi nezdravniškim raziskovalcem.

Presenetljiva je bila tudi formulacija 24. člena predloga Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki zavezuje zdravnika, da obvesti delodajalca o svojem ugovoru vesti samo ob sklenitvi pogodbe o zaposlitvi. KME je opozorila, da je ugovor vesti ustavna pravica, ki je ni mogoče konsumirati z enkratno opredelitvijo. Poleg tega se stališča zdravnika lahko sčasoma spreminjajo v eni ali drugi smeri. Pa tudi medicina uvaja nove in nove storitve.

Na ugovor vesti v medicini je torej treba gledati širše. Menimo, da ga je upravičeno uveljavljati v vseh primerih, ko se od zdravnika zahteva etično neutemeljen odstop od določb deontološkega kodeksa. Tu je treba priznati prvenstvo etike nad oblastjo, celo nad zakonom. Zdravniki v nedemokratičnih, zločinskih režimih so nad seboj imeli oblast, morda tudi zakon. Če so v nasprotju z zdravniško etiko in s svojo vestjo ubogali oblast in zakon, so se pustili zlorabiti. Uveljavljati ugovor vesti je v takih primerih pogosto pomenilo in pomeni še danes hude posledice za oporečnika, je morda celo smrtno nevarno. A tako tveganje, take posledice so prevzeli nase tisoči ljudi poprej.

Prvotni predlog gospodične McCafferty je obsodila vrsta zdravniških združenj, med drugimi francoski Državni zdravstveni svet. Pri posvetu dan pred glasovanjem so nasprotovanje resoluciji v predlagani obliki izrazile nekatere znane osebnosti, med njimi eden bivših sodnikov Evropskega sodišča za človekove pravice.

Predlagateljica je v razpravi menila, da »na področju medicine ni pravice do ugovora vesti«. Prav to stališče je pred štirimi leti v ugledni reviji *British Medical Journal* predstavil osupli zdravniški javnosti Julian Savulescu, direktor Oxfordskega centra za praktično etiko pri Oxfordski univerzi.¹ Nekaj poudarkov iz njegovega članka: »Vest je izgovor za muhavost ali za izogibanje dolžnosti. – Ko gre za resnično dolžnost, je ugovor vesti krivičen in amoralen. – Prostora za zdravnikovo vest in s tem za ugovor vesti je v sodobni medicini malo. – Če gre za resno dolžnost, bi moral biti ugovor vesti prepovedan z zakonom. – Vrednote in vest ne smejo vplivati na zdravstveno oskrbo. – Medicina, ki jo vodijo vrednote, odpira Pandorino skrinjico diskriminacije.«

Britanski zdravniki so se odzvali ogorčeno, uredništvo je zasula ploha pisem, ki so napadla pisca in njegove »praktično-etične« ideje. Kot vidimo, pa se je nekaj teh idej nekaterih ljudi le prijelo. In če so to politiki z vplivom na zdravstvo, zbuja jo skrb. O tem, kakšna je medicina brez vesti in brez vrednot, veliko vemo iz nedavne zgodovine.

V daljši razpravi v Parlamentarni skupščini in po vloženi številnih amandmajih se je prvotni predlog resolucije tako preoblikoval, da se je spremenil v svoje nasprotje. Gospodična McCafferty in njeni kolegi so razočarani glasovali proti svoji lastni resoluciji, ki je bila potem v spremenjeni obliki le sprejeta. V smiselnem prevodu se bistveni del glasi takole:

»Nobenega posameznika, bolnišnice ali ustanove ni mogoče prisiliti k opravljanju splava, klicati na odgovornost ali diskriminirati, ker ga niso hoteli opraviti, dati zanj na razpolago svojih zmogljivosti, pomagati pri opravljanju splava ali poslati žensko na splavitev. Isto velja za izzivanje prezgodnjega poroda ali evtanazijo ali kakršnokoli dejanje s ciljem povzročiti smrt človeškega zarodka ali plodu zaradi kateregakoli razloga.«

Med zagovorniki tradicionalne etike je bilo čutiti val zadovoljstva. Gotovo lahko rečemo tole: Tudi če se s katerim ugovorom vesti vsakdo ne strinja, so nam že sam njegov obstoj, kolegi, ki ga uveljavljajo, in njegovo splošno sprejetje dragoceno opozorilo, da moramo skrbeti za ohranitev lastne etične občutljivosti. Ugovor vesti prispeva k moralnemu tonusu in etični podobi celotne stroke. Zato ima odločitev Sveta Evrope še toliko večji pomen.

¹ Savulescu J. Conscientious objection in medicine. *BMJ* 2006; 332: 294-7. (4. februar)

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-zivcec@zzs-mcs.si

The vice-presidents of the Medical Chamber

Prof. **Mitja Košnik**, M. D., Ph. D.

Sabina Markoli, D. M. D.

The President of the Assembly

Uršula Salobir Gajsek, 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.

Deterring prohibited and unacceptable medical practices.

Providing a free permanent consulting service to members.

Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.