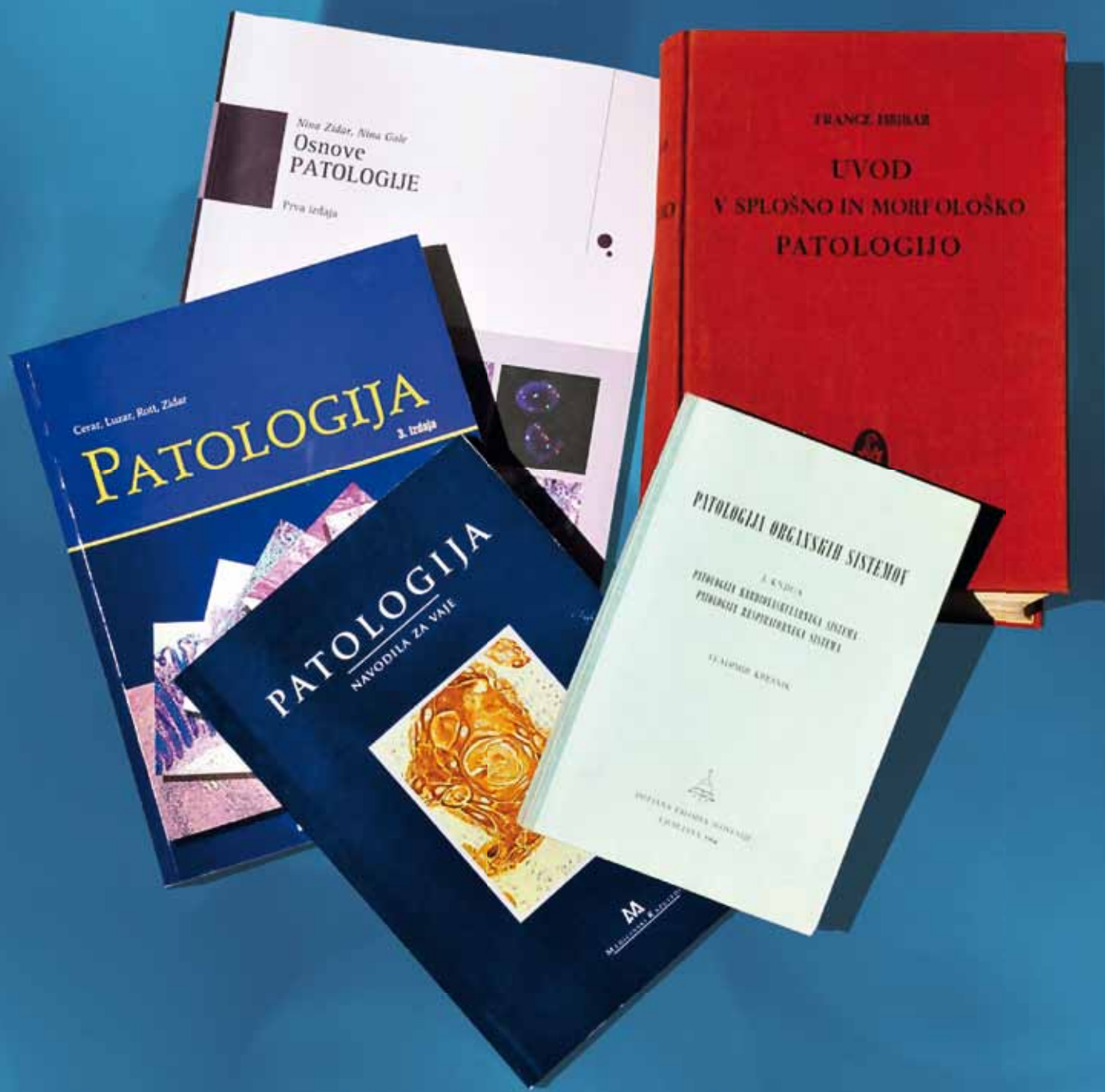


ISIS





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.

S katero stroko se ukvarja zdravnik? S pravom ali z ekonomijo?

Mitja Košnik

Vprašanje se zdi absurdno. Ali ni samo po sebi umevno, da se zdravnik ukvarja z medicino? Saj je tako medicinska stroka zapisala tudi v svoj temeljni dokument, to je v Kodeks medicinske etike. Ukvarjati se z medicino pomeni delovati v skladu s potrebami svojega pacienta. Narediti za pacienta manj, je narobe. Ampak narobe je tudi narediti več. Če bolnik potrebuje za zdravljenje svoje bolezni zdravilo A, ki stane 5 evrov, potem je v skladu z medicinsko etiko, da dobi zdravilo A. Ni prav, da mu predpišemo zdravilo B, ki stane 2 evra, če to zdravilo ne ustreza bolnikovim potrebam. Ravno tako kot ni prav predpisati mu zdravilo C, ki sicer čisto primerno deluje na bolnikovo bolezen, ampak je namenjeno bolnikom z bistveno težjimi boleznimi. In seveda zato stane 10 evrov.

Tudi ko bolezen pride v končno stopnjo in se je ne da več ozdraviti, medicinske ukrepe opisuje Kodeks medicinske etike: Bolnika in njegove svojce obvešča o zdravstvenem stanju bolnika izključno zdravnik. Če zdravstveno stanje bolniku ne daje upanja na ozdravitev ali če mu celo grozi smrt, je zdravnikova dolžnost, da o tem obvesti tiste, ki so mu najbližji, če se bolnik sam ni odločil drugače (16. člen). Pri bolniku, ki je na smrt bolan, mora zdravnik ukreniti vse potrebno za smiselno zdravljenje in lajšanje trpljenja (44. člen). Pri zdravljenju umirajočega v zadnjem obdobju bolezni je treba upoštevati željo bolnika, če je ta razsoden in je bil o svoji bolezni ustrezno poučen. Pri nezavestnih ali nerazsodnih bolnikih se je treba odločiti po medicinskih merilih, pri tem pa je treba upoštevati tudi domnevno voljo bolnika. Spoštovati je treba tudi mnenje oseb, ki bolnika dobro poznajo; dokončno in odgovorno pa odloča zdravnik (46. člen).

Zgodilo se je, da je bila 90 let stara bolnica v terminalni stopnji svoje bolezni odpuščena v dom starejših občanov (DSO). V odpustnici je bilo zapisano, da je seznanjena z načeli paliativne oskrbe in da se strinja z njo. V priloženi mapi paliativne oskrbe je bil tudi zapis o družinskem sestanku. Pa se je pri bolnici pojavila klinična slika okužbe in v DSO so poklicali – ne osebnega zdravnika – ampak urgenco. Intubirana bolnica se je znašla na IPP, od koder so jo premestili v drugo bolnišnico, kjer je v nekaj dneh ugasnila. Svojci so bili razočarani, zadnja obravnava je bila drugačna, kot so pričakovali. ZZZS je za to obravnavo priznala ceno 4.000 evrov.

Nekaj dni kasneje. Odpustili so bolnika. V odpustnici so napisali: Pri bolniku smo zaradi terminalne bolezni začeli s paliativno oskrbo, v terapijo zaradi lajšanja simptomov dispneje uvedli tudi morfij, opravili smo družinski pogovor s svojci, nato smo organizirali še družinski sestanek. Ko so ga svojci kot vedno na prenosnem kisiku peljali domov, ga je začelo dušiti, ob izstopu iz avta je kolabiral. Svojci so bili v stiski, poklicali so urgenco. Urgentnega zdravnika so seznanili s stanjem, brali so mu odpustnico. Kljub

temu je bil bolnik intubiran in prepeljan v bolnišnico. Ob hudi možganski okvari je nekaj dni kasneje umrl. Svojci so bili razočarani, zadnja obravnava je bila drugačna, kot so pričakovali. ZZZS je za to obravnavo priznala ceno 30.000 evrov.

Kaj se lahko naučimo? Da niso ključna vprašanja, ali je taka obravnava pravilna, niti ali je taka obravnava stroškovno učinkovita. Ključno vprašanje je, ali je taka obravnava v skladu z najboljšim bolnikovim interesom.

Država ne bi bila država, če ne bi bolnikovih interesov želela podrediti interesu prava. In v zakonu o tako imenovanih bolnikovih pravicah predpisala obrazca, s katerimi bolnik na edini pravilen način lahko pove, kaj od zdravnikov pričakuje. Temu obrazcu se reče vnaprejšnja volja (*will with power of attorney*). V praksi neizvedljiv predpis.

Obstaja pa strokovna pot, ki jo imenujemo načrt obravnave v prihodnosti (*advanced care planning*). To je zapis razgovora z bolnikom in njegovimi svojci v »dekurzus«, odpustnici ali kartonu osebnega zdravnika. Primer: Gospo Novak seznanimo s paliativno oskrbo in se z njo strinja. Na družinskem sestanku se z bolnico in svojci pogovorimo o verjetnem poteku bolezni, ukrepih ob poslabšanjih, uporabi vnaprej priporočenih zdravil za najpogostejše moteče simptome in možnosti pomoči na domu. Seznanimo osebnega zdravnika in patronažno medicinsko sestro.

Kolegi, kdaj ste nazadnje prebrali Kodeks medicinske etike (<http://www.zdravniskazbornica.si/zzs.asp?FolderId=386>)? S katero stroko se ukvarja zdravnik?





Avtor logotipa: Primož Kalan
Oblikovanje naslovnice: Andrej Schulz

Kazalo

■ UVODNIK

S katero stroko se ukvarja zdravnik? S pravom ali z ekonomijo? 3

Mitja Košnik

■ ZBORNICA

Spoštovane kolegice in kolegi! 7

Valentin Sojar

Slavnostni večer ob trojni obletnici

Zdravniške zbornice Slovenije 8

Sanda Lah Kravanja

Seminarji in delavnice za člane

Zdravniške zbornice Slovenije 12

Razpored seminarjev in prijave 15

■ PERSONALIA

Opravljeni specialistični izpiti 18

■ IZ EVROPE

Hrvaški Vjesnik dentalne medicine 1/2012 19

Vito Vrbic

Denervacija ledvic na Medicinski univerzi Gradec 20

Zasebna (medicinska) univerza v Klinikumu Celovec? 21

Nemčija: manj infarktov srca zaradi prepovedi kajenja 21

■ ZDRAVSTVO

Zapleti ob urejanju bolniške odsotnosti z dela ter vloge, ki jih obravnava odbor za pravno-etična vprašanja 22

Danica Rotar Pavlič

Generalna skupščina Sveta zobozdravnikov EU (CED) 24

Matjaž Rode, Gordan Čok

■ FORUM

Rakrana slovenskega zdravstva 26

Marjan Fortuna

■ INTERVJU

Gordana Kalan Živčec in Valentin Sojar 28

Alojz Ihan

■ IZ ZGODOVINE MEDICINE

Ljubljanski sanatoriji in Sanatorij Emona 32

Zvonka Zupanič Slavec

■ ZANIMIVO

O defibrilatorju in dnevu O-življanja 35

Andrej Šubic

Kako smo v kliničnem centru prvič reševali s helikopterjem 37

Boris Klun

Iz zapuščine karikaturista Boža Kosa 38

Pavle Kornhauser

Portreti prvih učiteljev popolne

Medicinske fakultete v Ljubljani 40

Zvonka Zupanič Slavec

Moja pot do poklica zdravnik 42

Marjan Jerše

Mesto Kamnik, dota bogatih nevest 43

Zvonka Zupanič Slavec

■ MEDICINA

Knjige o patologiji v slovenskem jeziku 45

Tomaž Rott

Renalna denervacija –

nov način zdravljenja odporne hipertenzije 46

Rok Accetto, Barbara Salobir, Dimitrij Kubelj

Enterobakterije s karbapenemazami – šepet pred viharjem 49

Iztok Štrumbelj

Kako razumeti načelo »največje koristi« oziroma

»najboljšega interesa« v neonatalni in pediatrični intenzivni enoti pri otroku, ki postane brezupno bolan 51

Štefan Grosek

»Naših prvih 5000 otrok« 59

Jure Knez

Obisk Kings College Hospital v Londonu 60

Marija Predič Georgiev

Vtisi iz uvodnega epidemiološkega

izobraževanja IntoEpi 2012 v Franciji 62

Lucija Beškovič

Dvajseti tečaj CEEA –

Committee for European Education in Anaesthesiology 63

Vesna Paver Eržen

■ V SPOMIN

Prof. dr. Ivo Pavšič (25. december 1932–5. april 2012) 65
Maja Ovsenik

■ S KNJIŽNE POLICE

Peter Handke: Die Geschichte des
Dragoljub Milanović (Zgodba Dragoljuba Milanovića) 66
Marjan Kordaš

Nedelja 67
Marjan Kordaš

Martin Palmer: Jin in jang 68
Nina Mazzi

i S T E V E 71
Nina Mazzi

■ STROKOVNA SREČANJA 74

■ MALI OGLASI 87

■ ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

Patetična simfonija o življenju P. I. Čajkovskega 89
Pavle Kornhauser

Ob slikarski razstavi prof. dr. Antona Dolenca na Poljanah 92
Tomaž Rott

»Mestni muzej« je pel 94
Polonca Mali

Fidele 96
Prevedel: Andrej Rant

Minilo je 96
Andrej Rant

Mesarski most 96
Andrej Rant

Popotovanje po Boliviji, deželi presežnikov 96
Nadja Khalil

Na južnem ledu 100
Tomaž Rotar

Potovanje v Rim 105
Vesna Džubur

»DT Swiss ali CrankBrothers, to je zdaj vprašanje!« 109
Marjan Kordaš

Slavnostni večer ob trojni obletnici Zdravniške zbornice Slovenije *Sanda Lah Kravanja*



O defibrilatorju in dnevu O-življanja *Andrej Šubic*



■ SISI

Satirično glosistične, logične in resnične ob stavkah 111
Tomaž Rott

■ ZAVODNIK

Polihistorstvo (in varčevanje?) 112
Tomaž Rott

Impressum

LETO XXI., ŠT. 6, 1. junij 2012
natisnjeno 9000 izvodov
datum tiska: dan pred izidom
UDK 61(497.12) (060.55)
UDK 06.055:61(497.12)
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9

IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK / PUBLISHED BY

Zdravniška zbornica Slovenije
The Medical Chamber of Slovenia
Dunajska cesta 162, p. p. 439,
1001 Ljubljana
W: <http://www.zdravnikazbornica.si>
T: 01/30 72 100, F: 01/30 72 109
E: gp.zzs@zss-mcs.si
Transakcijski račun: 02014-0014268276

PREDESEDNICA / PRESIDENT

prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med.

UREDNIŠTVO / EDITORIAL OFFICE

Dunajska cesta 162, p. p. 439,
1001 Ljubljana
W: <http://www.zdravnikazbornica.si>
Isis online: ISSN 1581-1611
T: 01/30 72 152, F: 01/30 72 109
E: isis@zss-mcs.si

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

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

TEHNIČNA UREDNICA, LEKTORICA / EDITOR, REVISION

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

UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI / EDITORIAL BOARD AND JOURNALISTS

prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med.
doc. dr. Vojko Flis, dr. med.
prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med.
prof. dr. Anton Grad, dr. med.
prim. asist. Jana Govc Eržen, dr. med.
prof. dr. Boris Klun, dr. med.
akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.
prof. dr. Crt Marinček, dr. med.
asist. mag. Marko Pokorn, dr. med.
prim. doc. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med.
prof. dr. Tomaž Rott, dr. med.
asist. Aleš Rozman, dr. med.
akad. prof. dr. Jože Trontelj, dr. med.
prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med.
prof. dr. Matjaž Zwitter, dr. med.

TAJNICI UREDNIŠTVA / SECRETARY

Marija Cimperman
Slavka Sterle

OBLIKOVANJE / DESIGN

Andrej Schulz, Primož Kalan
VisArt studio, Ljubljana

RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN PRIPRAVA ZA TISK - DTP

Andrej Schulz, Marko Mastnak,
Simon Trampuš, Primož Kalan
VisArt studio
Kvants-VisArt d.o.o.
Koprska ulica 94, 1000 Ljubljana
T: 01/257 67 41

TRŽENJE / MARKETING

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

TISK / PRINTED BY

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

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

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

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

Ker izbrane prispevke honoriramo,
pripisite polni naslov stalnega bivaliča,
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 med-
narodno udeležbo, mora poročilo vse-
bovati oceno obravnavanega področja
medicinske v Sloveniji. Prosimo, da v
poročilu povzamete bistvo obravnavane
tematike in se ne zaustavljate preveč
pri imenih predavateljev, ki za večino
bralcev niso sporočilna.

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

Nekrologi

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

Izjava uredništva

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

Letna naročnina

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

ISIS

Sodelovali

Prof. dr. Rok Accetto, dr. med.,

Univerzitetni klinični center

Ljubljana, KO za hipertenzijo

• **Lucija Beškovnik**, dr. med.,

Zavod za zdravstveno varstvo

Celje • **Gordana Čok**, dr. dent.

med., Zdravniška zbornica

Slovenije • **Vesna Džubur**, dr.

dent. med., Ljubljana • **Prim.**

Marjan Fortuna, dr. med.,

Univerzitetni klinični center

Ljubljana, SPS Interna klinika

• **Doc. dr. Štefan Grosek**, dr.

med., Univerzitetni klinični

center Ljubljana, KO za otroško

kirurgijo in otroško terapijo •

Prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.,

Zdravniška zbornica Slovenije •

Prof. dr. Marjan Jerše, dr. med.,

Cerknica • **Nadja Khalil**, dr.

med., Vrhnika • **Prof. dr. Boris**

Klun, dr. med., Ljubljana • **Jure**

Knez, dr. med., Univerzitetni

klinični center Ljubljana, Klinika

za ginekologijo in perinatologijo

• **Akad. prof. dr. Marjan Kordaš**,

dr. med., Ljubljana • **Prim. izr.**

prof. Pavle Kornhauser, dr.

med., Ljubljana • **Izr. prof. dr.**

Mitja Košnik, dr. med., višji

svetnik, Zdravniška zbornica

Slovenije • **Asist. mag. Dimitrij**

Kuhelj, dr. med., Univerzitetni

klinični center Ljubljana, KO

za radiologijo • **Sanda Lah**

Kravanja, dr. dent. med., Dr. Lah

Kravanja Sanda, Zasebna zobna

ordinacija, Bovec • **Polonca**

Mali, dr. med., Zavod RS za

transfuzijsko medicino • **Mag.**

Nina Mazi, dr. med., Ljubljana

• **Občina Moravske Toplice** •

Izr. prof. dr. Maja Ovsenik, dr.

dent. med., Univerzitetni klinični

center, SPS Stomatološka

klinika • **Izr. prof. dr. Vesna**

Paver Eržen, dr. med., UKC

Ljubljana, SPS Kirurška klinika

• **Marija Predič Georgiev**, dr.

med., Štokljka, d. o. o., Predič

Georgiev Marija • **Andrej Rant**,

dr. dent. med., Ljubljana • **Izr.**

prof. dr. Matjaž Rode, dr. dent.

med., višji svetnik, Zdravniška

zbornica Slovenije • **Mag.**

Tomaž Rotar, dr. dent. med.,

Rotar Tomaž, Zobozdravstvena

ordinacija, Radovljica • **Prim.**

doc. dr. Danica Rotar Pavlič,

dr. med., Zdravniška zbornica

Slovenije • **Prof. dr. Tomaž**

Rott, dr. med., Ljubljana •

Mag. Barbara Salobir, dr. med.,

Univerzitetni klinični center

Ljubljana, KO za hipertenzijo •

Asist. Valentin Sojar, dr. med.,

FEBS, MBA, Univerzitetni

klinični center Ljubljana • **Mag.**

Iztok Štrumbelj, dr. med., Zavod

za zdravstveno varstvo Murska

Sobota • **Andrej Šubic**, dr. med.,

Ambulanta Šubic, d. o. o., Škofja

Loka • **Prof. dr. Vito Vrbič**, dr.

dent. med., Ljubljana • **Prof.**

dr. Zvonka Zupanič Slavec,

dr. med., Medicinska fakulteta

Univerze v Ljubljani, Inštitut za

zgodovino medicine

Spoštovane kolegice in kolegi!

Dovolite, da se v svojem imenu zahvalim vsem, ki ste se udeležili letošnjih volitev za delegate skupščine ter predsednika Zdravniške zbornice Slovenije. Letošnje volitve so bile v mnogem prelomne za sedanost in bodočnost Zbornice. Prvič so bile volitve izvedene po pošti in prvič je bil pri volitvah za predsednika Zbornice v veljavi kvorum vsaj polovične udeležbe za veljavnost izvolitve. Tako kot mi sami, je tudi laična javnost z nestrpnostjo pričakovala rezultate. Delegati so bili uspešno izvoljeni. Žal se je pri volitvah za predsednika zalomilo in bo treba glasovanje oziroma volitve ponoviti.

V času pred volitvami so se pojavljala številna vprašanja predvsem v zvezi z zagotavljanjem tajnosti glasovanja in spoštovanja vseh volilnih opravil. Morda je bil ta dvom izražen manjšinsko, tega ne vem. Vem pa, da je bilo na strokovne službe Zbornice, na predsednike regijskih odborov in name osebno naslovljenih preveč vprašanj v zvezi s tem. Pojavil se je tudi dvom o korektnosti uporabe osebnih podatkov ter uporabe medijev Zbornice za predstavitev kandidatov za predsednika glede na določila statuta.

Zagotovila strokovnih služb in spoznavanje poteka volilnega postopka me je prepričalo v korektnost vseh volilnih postopkov. Delo volilne komisije (4 od 6 članov!!!) je bilo s podporo strokovnih sodelavcev Zbornice opravljeno po vseh pravilih, korektno in natančno. Vse čestitke in posebna zahvala Petri Žohar, dr. med., Mateju Javhu, dr. dent. med., Borutu Rijavcu, dr. med., in Mirjam Trpin!

Zaradi številnih vprašanj in dvomov sem se odločil in spremljal štetje in odpiranje kuvert ter štetje glasovnic osebno z dvema pooblaščenca, zaupnikoma, tako kot to dovoljuje statut. Glede tajnosti glasovanja je bila zagotovljena vsa potrebna ločenost postopkov odpiranja kuvert, ki v praksi onemogočajo vsakršno povezavo glasovnice z identifikacijo volivca.

Med delom volilne komisije so se porajala številna vprašanja. Zakaj je volilna udeležba tako nizka? Kako to, da je prispelo več kot 300 belih kuvert z glasovnicami brez identifikacije (neveljavnih)? Ali je res potrebno mučenje samo štirih oseb, da se opravi postopek štetja? Ali ni mogoče uporabiti tudi kakšnega drugega medija za izvedbo volitev (elektronsko, z optičnim branjem)? S čim je Zbornica kot organizacija izgubila zaupanje in imamo zato majhno volilno udeležbo? Zakaj je člane Zbornice strah, da bi nekdo videl, kako so glasovali? Kako bi povrnili zaupanje v delovanje Zbornice? Ali si zaslužimo Zbornico, če nismo sposobni izpeljati veljavnih volitev in je manj kot polovici članov mar, kako bo Zbornica delovala naprej?

Gotovo je nemogoče odgovoriti na vse dileme in bo za odgovore potrebno nekaj časa, veliko dela in predvsem pogovorov.

Bi pa osebno skušal razmišljati o dveh izhodiščih.

Zaupanje. (Ne)udeležba na volitvah, pošiljanje neveljavnih glasovnic (brez identifikacije) in s tem izraženo nezaupanje je temeljno vprašanje, na katerega si bomo morali člani Zbornice

odgovoriti v najkrajšem času. Dvom je v tem trenutku naš največji sovražnik. Da se je ta dvom sploh pojavil, je slabo. Ne verjamem, da lahko slabo volilno udeležbo pripišemo dejstvu, da so bili v tem času zaradi dopustov številni odsotni. Vskak, še laik, je lahko iz medijev zaznal »pomembnost« volitev Zdravniške zbornice Slovenije, predvsem za mesto predsednika. Vskak, razen večine od nas, zdravnikov in zobozdravnikov. Nezanimanje za Zbornico je več kot 50-odstotno. Če prištejemo še 10-odstotni strah pred razkritjem identitete, je to pravzaprav porazno. Odgovor je: Povrniti zaupanje!

Doseganje kvoruma. Doseganje določene volilne udeležbe (50-odstotne) za izvolitev predsednika Zbornice daje tej izvolitvi prav posebno veljavo in potrjuje večinsko voljo volivcev. Misel je vredna pohvale. Tudi sam sem bil član komisije za spremembo statuta, ko smo to določilo sprejeli na pobudo kolega, ki nas je s svojim žarom prepričal, da je to dobro. Verjeli smo celo, da bo ta člen spodbudil člane Zbornice k večji udeležbi. To se je tudi zares zgodilo, saj je bila volilna udeležba letos največja do sedaj. Naslednji člen govori, da se v nasprotnem primeru volitve ponovijo. Sodobna demokracija pravi, da odločajo volivci, ki se volitev udeležijo in izrazijo svoje mnenje, ne glede na to, koliko se jih je volitev udeležilo. Tisti, ki ostanejo doma, se s sprejeto (ne)odločitvijo molče strinjajo. Slovenci smo, kot kaže, tudi na splošno ljudje, ki sprejemajo to, kar se drugi odločijo za njih. Vsaj tako kaže udeležba na volitvah in referendumih na državni ravni. Zdravniki in zobozdravniki nismo izjeme. Odgovor je: Ukinimo kvorum!

Ali lahko kaj storimo? Nedvomno je prvi korak, da se naslednjega glasovanja zanesljivo udeležimo. Drugi korak, potreben za zagotovitev veljavnosti volitev, je sprememba statuta, ki bo omogočala veljavnost volitev. Kakšne in kdaj bodo sprejete potrebne spremembe, je odvisno od novoizvoljenih poslancev skupščine Zbornice. Osebno menim, da je potrebno take spremembe predlagati in sprejeti že na prvi, ustanovni seji novoizvoljene skupščine Zbornice. Razlogov za to je več, vodilni pa je gotovo ta, da trenutno stanje »prehodnega« vodstva Zbornice ni v interesu niti nas članov, niti javnosti, ki z zanimanjem opazuje, kako bomo uspešni pri reševanju nastalega položaja.

Zdravniška zbornica Slovenije je temeljna organizacija



zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije. Kakšna je in kakšna bo v prihodnosti, je predvsem odvisno od nas samih. Čeprav pišem kot eden od kandidatov za predsednika Zbornice, upam, da Vas to ne moti preveč. V kolikor si ne bomo na številna odprta vprašanja znali in želeli odgovoriti sami, se nam morda lahko zgodi, da bo na ta vprašanja z veseljem odgovarjal kdo drug.

Za konec bi se še enkrat zahvalil vsem, ki ste na volitvah oddali svoj glas. Še posebej se zahvaljujem članom volilne komisije in strokovnim delavcem Zbornice za opravljeno odlično in veliko

delo izvedenih volitev. Novoizvoljenim poslancem skupščine Zdravniške zbornice Slovenije želim uspešno delo v prihajajočem mandatu.

Ljubljana, 15. 5. 2012

S kolegialnimi pozdravi

Valentin Sojar, dr. med.

Slavnostni večer ob trojni obletnici Zdravniške zbornice Slovenije

Sanda Lah Kravanja

V sredo 28. marca 2012 zvečer je velika dvorana naše skupne zdravniške hiše Domus Medica spet slovesno oživila ob častitljivi, kar trojni obletnici. Zdravniki in zobozdravniki z vseh koncev države smo se zbrali na proslavi ob 20. obletnici obnovljene Zdravniške zbornice Slovenije, 80-letnici ustanovitve Zdravniške zbornice za Slovenijo in 110. obletnici Zdravniške zbornice za Kranjsko.

Uradni del sporeda se je pričel z Zdravljico in Zdravniško himno – Hipokratovo besedo mariborskega kirurga Janka Držečnika. Zapel jo je mešani pevski zbor študentov medicine mariborske MF. To himno smo več let zaporedoma že poslušali na decembrskih zdravniških koncertih ob Plečnikovem memorialu

predkliničnih inštitutov ljubljanske MF. Takrat so jo zapeli združeni pevski zbori KUD-a KC in MF dr. Lojz Kraigher.

Prisotne je z uvodnimi mislimi ob trojnem jubileju pozdravila in nagovorila gostiteljica, predsednica Zdravniške zbornice Slovenije, Gordana Kalan Živčec. Poudarila je, da je »preselitev v skupni dom slovenskega zdravništva in zobozdravništva Slovenije krona vztrajnega dolgoletnega načrtovanja«. Domus Medica je bil zgrajen le s sredstvi članarin, kratkoročnega kredita in donacij članov pod izvedbenim nadzorom zobozdravnice Nade Puharič in skrbnikom računa Markom Demšarjem, tudi zdravnikom. »Niti z enim evrom nismo obremenili državnega proračuna ali prejeli sredstev od farmacije ali iz bolniške blagajne, na kar smo upravičeno ponosni. Domus Medica je nacionalni ponos slovenskega zobo/zdravništva, hiša, ki združuje,« je zatrdila predsednica Zbornice.

Slovesnosti so se udeležili številni predstavniki oblasti, tudi resorni minister Tomaž Gantar, in domači ter tuji predstavniki zdravniških in zdravstvenih organizacij. S svojo prisotnostjo nas še posebej počastil predsednik Vlade RS Janez Janša, ki se je slovesnosti udeležil s soprogo Urško, zdravnico specialistko družinske medicine in trenutno mamico na porodniškem dopustu. Predsednik vlade se je vsem zdravnikom ob visokih obletnicah



Pogled na del polne predavalnice Domus Medica ob začetku proslave: v prvi vrsti akademik prof. dr. Jože Trontelj, soproga predsednika Urška Janša Bačovnik, predsednik Janez Janša, predsednica Zbornice s soprogom, minister Tomaž Gantar, dr. Claude Wetzels, predsednik FEMS, dr. Konstanty Radziwill, M. D., predsednik CPME, ter Sabina Markoli, podpredsednica Zbornice.



Predsednik vlade RS Janez Janša in predsednica Zbornice prim. Gordana Kalan Živčec s soprogom.

stanovske organizacije še pred čestitko zahvalil »za neskončen trud, ki ga vlagate v zdravje in blaginjo ljudi v Sloveniji. To je poklic in hkrati poslanstvo,« in zaželel »uspešno delovanje tudi v prihodnjih 110 letih«.

Akademik in predsednik Slovenske akademije znanosti in umetnosti, prof. dr. Jože Trontelj, je v svojem nagovoru poudaril lepe in manj lepe strani zdravniškega poklica. Med drugim je poudaril, da je zdravniku »največji vir stresa, vir velike obremenitve za njegovo lastno psihično počutje in fizično zdravje, teža odgovornosti za najboljše ukrepanje, ki ne more biti vedno niti v skladu s standardi stroke, ne z željami pacientov in svojcev. Še težje breme pa je zdravnikova skrb o tem, ali je ukrepal pravilno, pravočasno in v najboljšem bolnikovem interesu.«

Prvi predsednik obnovljene Zdravniške zbornice, prim. Kurt Kancler, se slovesnosti zaradi bolezni žal ni mogel udeležiti, poslal pa je sporočilo, ki ga je predsednica prebrala navzočim. V njem je pojasnil: »... ko smo pred 20 leti v kletnih prostorih takratnega zdravniškega društva osnovali po vojni obnovljeno zdravniško zbornico, so bili za vse nas to nekako prodori v novo delovanje z željo, da zdravniškemu stanu povrnemo tisto mesto in tisti ugled v naši družbi, ki mu je vedno šel, žal pa uradno ni bil več priznan.«

Dr. Claude Wetzel, predsednik FEMS (European Federation of Salaried Doctors), se je zahvalil za povabilo v imenu 1,2 milijona evropskih zdravnikov. Nagovoril je predsednika vlade in mu položil na srce, da je dobro delujoč zdravstveni sistem še posebej pomemben v kriznih časih, kot so sedanjí. Zdravi ljudje lažje delajo, so manj odsotni z delovnega mesta in bodo tako hitreje pripomogli k okrepitvi gospodarstva. Poudaril je tudi potrebo za vzpostavitev novega socialnega modela, ki za prihodnost pomeni mir.

Dr. Konstanty Radziwill, predsednik CPME (Standing Committee of European Doctors), se je prav tako zahvalil za povabilo ter poudaril sodelovanje slovenskih predstavnikov v CPME. Živimo v času sprememb, kjer se zdravniki srečujemo z veliko nevarnostmi, med katerimi bi izpostavil birokratizacijo in komercializacijo zdravniškega dela. Nekateri politiki se želijo izogniti odgovornosti ter preložiti zdravstveno skrb v »nevidno roko trga«, ki naj bi uravnala trg. Zdravniki se zavedamo, da to ni res in zato potrebujemo avtonomno, neodvisno zdravniško zbornico, kot jo ima tudi Slovenija. Avtonomna zbornica lahko zagovarja tako javni kot zdravniški interes in tako predstavlja neke vrste skrbnika v dobro družbe in varnosti pacientov.

Svojo čestitko je v imenu hrvaških kolegov poslal tudi Hrvoje Pezo, predsednik hrvaške zobozdravniške zbornice.

V nadaljevanju je predsednica Zbornice Gordana Kalan Živčec predstavila za zgodovino našega zdravstva pomembno novo pridobitev, monografijo o zgodovini Zdravniške zbornice na Slovenskem. Gre za tehtno in obsežno publikacijo, ki je tudi oblikovno in grafično uspešna. Dodala je svoje razmišljanje o tem, kako problematika zdravništva skozi različna zgodovinska obdobja ostaja pravzaprav zelo podobna: izobraževanje, zaščita domačih kadrov, korektno plačilo zdravniškega dela ter medsebojno spoštovanje lastnih dosežkov so večne teme stanovske



Dr. Konstanty Radziwill, M. D., predsednik CPME.



Dr. Claude Wetzel, predsednik FEMS.



Med udeleženci proslave je objektiv zajel v 3. vrsti bivšo rektorico Univerze prof. dr. Andrejo Kocijančič, v 2. vrsti prim. Marka Demšarja, bančnika dr. Franceta Arharja in Nado Puharič, v 1. vrsti sta mag. Lejla Hercegovac, predsednica parlamentarnega odbora za zdravstvo, in akademik prof. dr. Jože Trontelj.

organizacije. Že v preteklosti pa se je izkazalo kruto dejstvo, da so morali spretnosti, znanje in dosežke posameznikov opaziti in pohvaliti najprej v tujini, šele nato s(m)o jih bili pripravljeni sprejeti, ceniti in pohvaliti tudi doma.

Monografijo so pripravili: zgodovinar medicine dr. Velimir Vulikić, dr. Marjan Premik, generalni sekretar Slovenskega zdravniškega društva v času oblikovanja zbornice, in novinarka Špela Predan; uredil jo je prof. Pavle Kornhauser, ki je sodeloval tudi pri grafičnem oblikovanju knjige, nastajala pa je tudi s tehničnim sodelovanjem Slavke Sterle in Marije Cimperman iz uredništva revije Isis.

Koncertni del sporeda je bil zasnovan z medgeneracijskim pristopom »zdravniki zdravnikom«, pripravila sta ga Nada Puharič in Pavle Kornhauser.

Prireditev je zelo dinamično povezoval Juš Milčinski, ki je za uvod napovedal zbor z daljšim imenom, Akademski mešani pevski zbor študentov Medicinske fakultete v Mariboru. Pod vodstvom zborovodkinje Rahele Durič so nam zapeli slovensko ljudsko in Poletni psalm danskega skladatelja W. Åhlena. Juš je hitro ugotovil, da bodo bodoči zdravniki v Mariboru zdravili »tako z znanjem kot s petjem«. Nevrolog Marko Zupan iz Celja nam je doživeto zaigral zelo zahtevno Chaconne za violino solo J. S. Bacha. Pianist Andrej Goričar je zaigral dva preludija - G. Gershwina in S. Rahmaninova. Sorodnika F. Milčinskega - Ježka sta v nadaljevanju programa predstavila njegovi deli: Juš humoresko Psihijatrija, Nana pa je ob klavirski spremljavi Andreja Goričarja zapela Mambo lento. Še pred tem nam je zelo čustveno in nazorno predstavila Barthesovo »O srcu« in Kiplingov »Če«. Za zaključek se je predstavil še zabavni trio študentov ljubljanske Medicinske fakultete pod vodstvom Jana Štanglja z Don't know why od Norah Jones in Blue moon od Julie London, zaradi navdušenja v dvorani pa so zaključili z dodatkom od Adele.

Po slovesnosti je sledilo druženje s stanovskimi kolegi ob okusnem prigrizku v klubu Domus Medica, kjer je za dobro vzdušje poskrbela glasbenica in pevka Nada Barle. Prijeten slavnostni večer ob častitljivih obletnicah so nekateri zaključili s plesom.

Foto: Milan Kokalj, Jaka Jagodic



Na odru mešani pevski zbor mariborske Medicinske fakultete.



Solistični violinistični nastop celjskega nevrologa Marka Zupana.



Prijateljski klepet na družabnem srečanju: Nada Puharič in upokojeni ginekolog prof. dr. Božo Kralj.

Dodatno pokojninsko zavarovanje

- Pokojnine iz obveznega zavarovanja ne bodo zadoščale
- Za primerno pokojnino bomo morali varčevati
- Zaradi davčne olajšave je to najugodnejše varčevanje za starost

Obvezno pokojninsko zavarovanje deluje po sistemu medgeneracijske solidarnosti. Prispevki zaposlenih se mesečno porabijo za izplačilo pokojnin. Nizka rodnost v preteklih desetletjih in podaljševanje življenjske dobe povzročata, da se število zaposlenih in število upokojencev vse bolj zblížujeta, posledično pa se pokojnine iz obveznega zavarovanja v primerjavi s plačami nižajo. Povprečna starostna pokojnina, ki je leta 2001 znašala 73,2% povprečne plače, je lani znašala le še 63,9% povprečne plače. Padanje razmerja med pokojnino in plačo je vgrajeno v veljavni Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, gospodarska kriza pa lahko padanje še znatno pospeši.

Kljub postopnemu poviševanju upokojitvene starosti bo vzdržnost javnih financ zahtevala postopno zniževanje pokojnin iz obveznega zavarovanja, iz sedanjih 60% na 40% plače.

Dodatno pokojninsko zavarovanje z davčno olajšavo (drugi steber) tudi v Sloveniji predstavlja vse pomembnejši del socialne varnosti upokojencev. V razvitih evropskih državah ciljna pokojnina znaša 70% zadnje plače, v povprečju 40% jo zagotavlja javno pokojninsko zavarovanje, 30% pa dodatno pokojninsko zavarovanje z davčno olajšavo. Zaradi davčne olajšave je dodatno pokojninsko zavarovanje najugodnejša oblika varčevanja za starost. Vplačane premije do višine 5,844% bruto plače, vendar ne več kot 2.755€ letno, se zavarovancu odštejejo od osnove za plačilo dohodnine. 50% rente iz naslova dodatnega pokojninskega zavarovanja je oproščene plačila dohodnine. Tako ugodnega varčevanja ob tako nizkem tveganju ne omogoča nobena druga oblika naložbe.

Davčna olajšava za dodatno pokojninsko zavarovanje zavarovanca z neto plačo 2.000 € znaša 208 € mesečno. V primeru, da varčuje v tej višini, znašajo njegove letno vplačane premije 2.494 €, država pa mu vrne 1.023 € dohodnine. Preračunano na mesec ga stane zavarovanje 123 €, na pokojninski račun pa se mu naloži 208 €.

Vplačane premije se investirajo v naložbe. Sredstva se vodijo na zavarovančevem osebnem računu in se mesečno obrestujejo z doseženim donosom. V obdobju varčevanja donos na vplačane premije ne sme biti nižji od zajamčenega donosa, ki v primeru Pokojninske družbe A, d.d. znaša 50% donosa državnih obveznic. Zavarovanec lahko uveljavi pravico do dodatne pokojnine po najmanj 10 letih varčevanja, dopoljnjeni starosti 58 let in ko je že upokojen po

obveznem pokojninskem zavarovanju. V primeru brezposelnosti zavarovanca po njegovem 53. letu starosti in vsaj 15 letih varčevanja lahko privarčevana sredstva uporabi za predčasno pokojnino (dodatna ponudba Pokojninske družbe A, d.d.). Dodatna pokojnina se izplačuje kot mesečna pokojninska renta. V primeru smrti zavarovanca se sredstva dedujejo.

Izračun davčne ugodnosti posameznika

INDIVIDUALNO ZAVAROVANJE

mesečna plača	2.000 €
maksimalna mesečna premija	207,89 €
maksimalna letna premija	2.494,45 €
vrnjena dohodnina letno	1.023,33 €
letni strošek premije	1.471,13 €


Kolikšno dodatno pokojnino si lahko privarčujem?

let do upokojitve	starost ob upokojitvi	spol (2=ženska, 1=moški)
20	63	1
privarčevalna sredstva	dodatna pokojnina	mesečno
62.703 €	299 €	moški



Svoj izračun davčnega prihranka, privarčevanih sredstev in višino dodatne pokojnine si lahko izdelate na povezavi:

<http://www.zdravniskazbornica.si/pokojnina>

 Pokojninska družba A, d.d.

Seminarji in delavnice za člane Zdravniške zbornice Slovenije

Konfrontacija – doseganje soglasja

(delavnica 3, delavnica 4)



Ko se v pogovoru zgodi nesoglasje, smo pred odločitvijo: se soočimo s problemom ali se umaknemo? Nekaterim je konfrontacija enostavna, za druge je izziv. Vendar tudi za tiste, ki jim je soočenje enostavno, je izziv v zavestni uporabi vseh petih vedenjskih strategij. Na delavnici se bomo učili slednje – **naučili se bomo, kako biti v strategiji »sove« in iskati rešitve, ki zagotavljajo naše meje in ohranjajo dostojanstvo sogovornika.**

Prihaja v septembru

Ne jemlji osebno

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

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

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

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

Vtisi udeleženske seminarja in delavnic o Komunikaciji:

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

November

September

Junij

Verbalna in neverbalna komunikacija (delavnica 1)

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

November

September

Junij

Učinkovito reševanje konfliktov (delavnica 2)

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

November

September

Junij

Komunikacija in razumevanje drugačnosti (seminar)

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

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

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

Redna mesečna srečanja

To so srečanja udeležencev delavnic in so brezplačna. Na srečanjih boste lahko ponovili, kar smo se učili. Potekala bodo vsako prvo sredo v mesecu od 16.00 do 19.30. Najprej bomo na kratko ponovili temo, ki jo bomo obravnavali na srečanju, nato boste vadili – igre vlog, tako kot na delavnici. Imeli boste možnost ponoviti, podeliti svoje dobre in manj dobre izkušnje, ko ste v praksi izvajali nove veščine, in seveda boste lahko spraševali.

V pripravi

Delavnica za zasebne zdravnike in zobozdravnike

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

November

Oktober

September

Specializirani intenzivni tečaj slovenskega jezika za zdravnike in zobozdravnike

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

Prihaja jeseni

Seminar o utrujenosti

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

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

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

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

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

Razpored seminarjev in prijave

ŠT.	NASLOV STROKOVNEGA SREČANJA	DATUM	URA	PRIJAVNICA	SPI TOČKE
1.	Komunikacija in razumevanje drugačnosti <i>(seminar)</i>	junij: 11. 6. september: 11. 9. november: 5. 11.	9.00 - 16.00 9.00 - 16.00 9.00 - 16.00	na spletu	5,5
1.1	Verbalna in neverbalna komunikacija <i>(delavnica 1)</i> <i>Delavnica traja 1 dan ali 2 popoldneva</i>	junij: 12. 6. (en dan) ali 19. in 20. 6. (2 popoldneva) september: 12. 9. ali 19. in 20. 9. (2 popoldneva) november: 6. 11. ali 13. in 14. 11. (2 popoldneva)	9.00 - 16.30 16.00 - 19.30 9.00 - 16.30 16.00 - 19.30 9.00 - 16.30 16.00 - 19.30	na spletu	6
1.2	Učinkovito reševanje konfliktov <i>(delavnica 2)</i> <i>Delavnica traja 1 dan ali 2 popoldneva</i>	junij: 13. 6. (en dan) ali 26. in 27. 6. (2 popoldneva) september: 13. 9. ali 26. in 27. 9. (2 popoldneva) november: 7. 11. ali 20. in 21. 11. (2 popoldneva)	9.00 - 16.30 16.00 - 19.30 9.00 - 16.30 16.00 - 19.30 9.00 - 16.30 16.00 - 19.30	na spletu	6
1.3	Konfrontacija - agresivno vedenje <i>(delavnica 3)</i> <i>Delavnica traja 1 dan ali 2 popoldneva</i>	junij: 14. 6. (en dan)	9.00 - 16.30		6
1.4.	Konfrontacija – pasivno vedenje <i>(delavnica 4)</i> <i>Delavnica traja 1 dan ali 2 popoldneva</i>	junij: 15. 6. (en dan)	9.00 - 16.30		6
2.	Specializirani intenzivni tečaj slovenskega jezika za zdravnike in zobozdravnike	predvidoma od 3. 9. 2012 do 7. 11. 2012 (pon. in sre.)	17.00 - 20.30	na spletu	-
3.	Seminar o utrujenosti	jeseni	9.00 - 16.00	na spletu	v postopku

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

Drage kolegice, dragi kolegi,

obljuba dela dolg.

Med aktivnostmi zbornice je tudi stalno iskanje dobrih rešitev in dodatnih ugodnosti za njene člane. S tem namenom smo iskali dodatne rešitve za področje ugodnega finančnega poslovanja naših članov in našli novega bančnega partnerja – UniCredit Bank Slovenija, d. d. Ponudba banke je razširjena z novimi, dobrimi rešitvami tako za osebno kot poslovno bančno poslovanje.

Zavedamo se, da zdravniki pogosto potrebujemo profesionalni nasvet tudi na področju investicij ali naložb. Naša nova banka ima znanje, izkušnje in tudi vljuden pristop, prilagojen potrebi osebe, ki takšno storitev potrebuje. Ne nazadnje so se potrudili odpreti poslovalnico prav nasproti Domus Medica, torej v neposredni bližini stanovske hiše, kar daje možnost in priložnost za resnično dobro dostopnost. To dokazujejo s kar 29 poslovnimi enotami v Sloveniji ter prek 9.000 poslovnimi enotami v tujini. Tako so postali pravi partner, ki ni nikoli prav daleč.

Spoštovani partnerji,

iskreno se vam zahvaljujemo za izkazano zaupanje za začetek našega sodelovanja. V UniCredit Bank aktivno iščemo nove poslovne priložnosti, zato smo novega partnerstva izredno veseli. Prizadevali si bomo, da vaše zaupanje upravičimo in na ta način postavimo temelje za naše še tesnejše sodelovanje; tako z vidika ponudbe kot tudi želje, da bi vaše finančno poslovanje čim bolj poenostavili.

Naj vam naštejemo samo nekatere prednosti, ki smo jih ob začetku našega sodelovanja pripravili ekskluzivno za vas:

- Bančni paket Elitni zdravnik, ki vključuje brezplačno plačevanje položnic in vsa nakazila preko Online b@nke, brezplačni limit na vašem osebnem računu v višini do 2.000 EUR ter možnost pridobitve višjega izrednega limita, brezplačno pridobitev Zlate VISA ZZS-UniCredit Bank kartice s SOLID zavarovanjem in CORIS asistenco, brezplačne dvige na vseh bankomatih UniCredit Bank v Sloveniji in EMU ter številne druge ugodnosti.
- Zlata VISA ZZS-UniCredit Bank kartica, ki jo lahko člani ZZS pri UniCredit Bank pridobite tudi brez odprtja transakcijskega računa. Če se odločite za bančni paket Elitni zdravnik, Zlato VISA ZZS-UniCredit Bank kartico pridobite brezplačno znotraj paketa. Poleg številnih prednosti, ki vam jih prinaša Zlata VISA ZZS-UniCredit Bank kartica, vam kartica omogoča tudi zdravstveno zavarovanje SOLID s CORIS asistenco na potovanju za vas in vašo družino. Pogoj je le, da del vašega potovanja plačate z vašo Zlato VISA ZZS-UniCredit Bank kartico.
- Ugodnosti za vaše družinske člane smo pripravili, da bi tudi vašim najbližjim olajšali bančno poslovanje. V okviru bančnega paketa Elitni vam zanje ponujamo izbrane ugodnosti, med drugim brezplačno pridobitev Zlate Visa kartice s SOLID zavarovanjem in CORIS asistenco.

Banka je podprla, tudi finančno, našo rešitev, da ločimo člansko izkaznico od bančne kartice. Pokazala se je namreč potreba po resnično samostojni članski kartici, ki bo imela vrsto funkcij, ki pa niso povezane z bančno kartico. S tem so pokazali že v prvem koraku, da se zavedajo vrednot, ki jih zagovarja Zdravniška zbornica Slovenije, to je neodvisnost stanu.

S svojimi izkušnjami, tradicijo ter prisotnostjo na trgu bodo našim članom nudili številne ugodnosti, ki vam jih bomo postopoma predstavljali v Tedenskem biltenu.

Prepričani smo, da bomo s ponudbo našega novega partnerja, UniCredit Bank, našim članom ponudili »tisto nekaj več«, česar do sedaj na tem področju še niso bili deležni.

Prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med.

Predsednica Zdravniške zbornice Slovenije

- Posebna ponudba za varčevanje in financiranje.

Pri UniCredit Bank smo za zdravnike z zasebno prakso zasnovali ekskluziven poslovni paket, ki prinaša tako vam kot vašim zaposlenim lažje poslovanje in občuten prihranek časa. Posebna ponudba med drugim zajema:

- Poslovni paket Platinum, ki bo razbremenil poslovanje vaše zasebne prakse ter vam prinesel številne prednosti in ugodnosti.
- Posebno ponudbo za sprejem kartic na prodajnih mestih prek POS-terminalov, ki bo vašim strankam omogočila, da storitev poravnajo s plačilnimi karticami, vam pa zaradi negotovinskega poslovanja ponuja večjo varnost.
- Bančni paket Paket&Co za vaše zaposlene, da bi tudi vaši zaposleni poslovali lažje in hitreje, ob tem pa tudi občutno prihranili. Vse, kar morajo storiti, je, da prenesejo bančno poslovanje, vključno z rednimi mesečnimi prilivi plače, na UniCredit Bank.
- Posebno ponudbo na področju depozitnega poslovanja in financiranja.

Prepričani smo, da v današnjem času biti banka pomeni vsak dan vnašati konkretne spremembe v življenja tistih, ki so se odločili, da poslujejo z nami. Veseli nas, da se bomo skupaj z vami soočili z izzivi in soustvarjali svet novih priložnosti.

Lep pozdrav

Dr. France Arhar

Predsednik uprave UniCredit Bank Slovenija, d. d.



Opravljene specialistični izpiti

Zoran Bolta, dr. med., specialist transfuzijske medicine, izpit opravil 19. 4. 2012

Jasna But Hadžić, dr. med., specialistka onkologije z radioterapijo, izpit opravila s pohvalo 16. 4. 2012

Jasmina Demšar, dr. med., specialistka dermatovenerologije, izpit opravila s pohvalo 4. 4. 2012

Jasna Fürst, dr. med., specialistka pnevmologije, izpit opravila s pohvalo 4. 4. 2012

Mirjam Gubenšek, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila s pohvalo 24. 4. 2012

Maruša Kunaver Tašič, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila s pohvalo 11. 4. 2012

Gregor Nemec, dr. med., specialist pediatrije, izpit opravil s pohvalo 18. 4. 2012

asist. **Peter Poredoš**, dr. med., specialist anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravil s pohvalo 24. 4. 2012

asist. **Eva Skalerič**, dr. dent. med., specialistka parodontologije, izpit opravila s pohvalo 3. 4. 2012

mag. **Irena Šarc**, dr. med., specialistka pnevmologije, izpit opravila s pohvalo 25. 4. 2012

Jurij Štalc, dr. med., specialist ortopedske kirurgije, izpit opravil s pohvalo 18. 4. 2012

Polona Campolunghi Pegan, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila s pohvalo 27. 3. 2012

Helena Dolinar Kante, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 27. 3. 2012

Darja Hajdinjak, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 27. 3. 2012

Staša Kocjančič, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 27. 3. 2012

Davorin Kolarič, dr. med., specialist družinske medicine, izpit opravil 27. 3. 2012

Marijana Krstić, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 27. 3. 2012

Tina Modrej Zadnikar, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 27. 3. 2012

Vesna Nikšič, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 27. 3. 2012

Janja Ojsteršek, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila s pohvalo 27. 3. 2012

Dragana Pajčin Sarjanović, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 27. 3. 2012

Vlatka Rokvič, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 27. 3. 2012

Nataša Štrucelj, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 27. 3. 2012

Andreja Švagelj, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila s pohvalo 27. 3. 2012

Milan Udir, dr. med., specialist družinske medicine, izpit opravil 27. 3. 2012

Čestitamo!

Nadgradnja intranetnega portala Zdravniške zbornice Slovenije

V želji, da vam ponudimo najbolj kakovostne in aktualne informacije ter omogočimo čim bolj kakovostno izvedbo storitev, smo na Zdravniški zbornici Slovenije vzpostavili sodoben intranetni in internetni portal.

V okviru intraneta smo vzpostavili tudi povezavo s podatkovnimi bazami zbornice in vam preko spletnega portala omogočili dostop do večine informacij, ki jih vodimo o članstvu, 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. V kolikor ju še nimate, vas vabimo, da se obrnete na Milana Kokalja (milan.kokalj@zss-mcs.si), ki vam bo skupaj z natančnimi navodili posredoval uporabniško ime in geslo (slednjega boste ob prvem obisku zbornične intranetne strani seveda lahko spremenili).

Vabljeni k obisku internetnih in intranetnih strani Zdravniške zbornice Slovenije!

Hrvaški Vjesnik dentalne medicine 1/2012

Vjesnik dentalne medicine izdaja Hrvatska komora dentalne medicine (Komora).

Uvodnik

Predsednik izvršnega odbora Komore J. Jakšić v njem obravnava absolutno neenakopravno obnašanje njihove zavarovalnice pri določanju cene zobozdravniških storitev. Obupano ugotavlja, da se zadnjih 15 let niso spremenile, in navaja, da znaša cena za totalno protezo manj od 500 kun in da ima zavarovanec za »kompletno dentalno oskrbo« le 15 kun mesečno. Torej ne gre sosedom tozadevno nič bolje, čeprav imajo svojo samostojno zobozdravniško Komoro.

Intervju

M. Sikora objavlja pod naslovom **Kraljevski desert stomatologije za 2012** razgovor z G. Schullerjem, direktorjem prodaje dentalnega proizvajalca Ivoclar Vivadent, ki skupaj s Komoro 9. in 10. novembra letos v koncertni dvorani Vatroslav Lisinski v Zagrebu organizira 4. mednarodno srečanje o **estetiki v zobozdravstvu**. Dosedanjih srečanj se je vsakič udeležilo preko 1.000 udeležencev iz približno 20 dežel srednje in vzhodne

Evrope (kot sem poročal lani, se nas je na Dunaju (2011) tega srečanja udeležil tudi relativno visok odstotek slovenskih in hrvaških zobozdravnikov). Srečanja so strokovno na visoki ravni, poleg nekaterih dosedanjih priznanih strokovnjakov bodo predavali tudi nekateri novi, med njimi tudi prof. dr. Ljubo Marion s predavanjem: Klinični in tehnični pogled na estetično sodobne polne keramike. Glavne teme letošnjega srečanja bodo predvsem: estetika, implantologija in CAD/CAM-tehnologija.

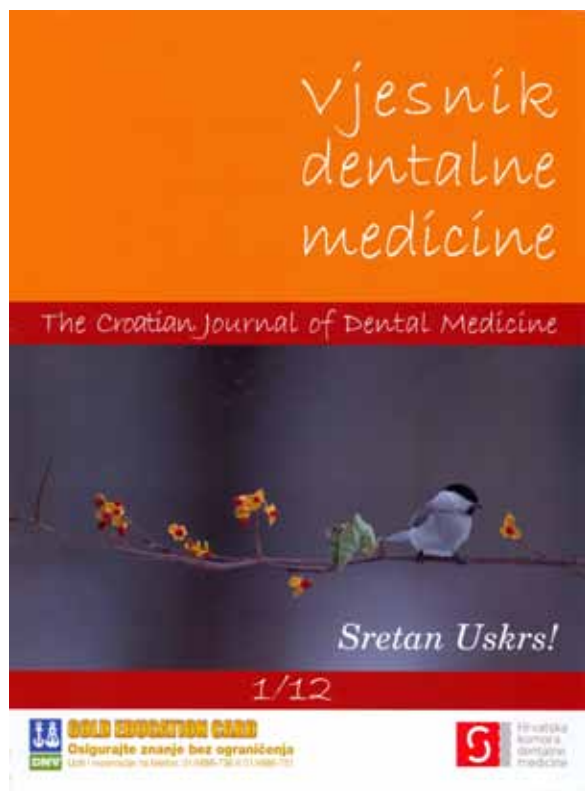
Preventiva

Doslej smo že zapisali, da hrvaška zobozdravstvena služba nima tako dobro organizirane preventive, kot jo imamo pri nas, vendar pa jo vztrajno izvajajo lokalno v manjšem obsegu, predvsem v vrtcih, npr. kar študenti dentalne medicine. Letos poročajo o bolj organiziranem delu na tem področju.

Skoci šolo brez kariesa: A. Bebek poroča o preventivni akciji v osnovnih šolah v Vinkovcih, kjer sodeluje – volontirja 12 zobozdravnikov. Akcija obsega pregled vseh šolarjev, katere seznanijo s tehniko ščetkanja zob, ustrezna predavanja, fluoriranje zob in končno pošljejo vsem staršem pismo o stanju zobnega zdravlja in ustne higijene njihovega otroka.

Promocija oralnega zdravlja: R. Krsnik in L. Vranjić poročata o dosedanjih uspehih in vzrokih za neuspehe oralnega zdravlja na Hrvaškem. Ugotavljata, da v šolskih učnih programih (zobo)zdravstvena vzgoja ni dovolj zastopana, da se premajhno število doktorjev dentalne medicine ukvarja z otroki in da je zdravstveno stanje zob šolarjev slabo. Nadalje kronološko poročata, kaj so na Hrvaškem dosegli od leta 2006 dalje na tem področju v Karlovcu, Sisku, Šibeniku, Gospiću in v vrtcih mesta Zagreb, kar smo uvodoma že omenili.

Uporaba zobne nitke v preventivi parodontalne bolezni in zobnega kariesa: T. Poklepović poroča o skupni raziskavi domačih in tujih raziskovalcev, katere cilj je bil ugotoviti učinkovitost, zanesljivost in koristnost uporabe zobne nitke ob rednem ščetkanju zob. Rezultati so bili objavljeni kot sad sodelovanja med skupino Cochrane Oral Health in njeno hrvaško podružnico s področja dentalne medicine. Avtorica hkrati omenja visok faktor vpliva (3,6) objav skupine Oral Health v Cochrane Database of Systematic Reviews, ki je med najvišjimi s področja dentalne medicine, takoj za Journal of Clinical Periodontology in Journal of Clinical Research, in najavlja 4. hrvaški Cochrane simpozij, ki bo 1. junija 2012 v Splitu z naslovom »Pregledi ekonomskih analiz v zdravstvu«.



Strokovni članki

S. Pohl: Zobni implantati

I. Uhač in sod.: Fiksnoprotetična rekonstrukcija s kronami, izdelanimi z galvansko tehniko

J. Živko - Babić: Elektromagnetna terapija v stomatologiji

N. Rinčič, M. Klemenčič in B. Klajjić: Okluzalna travma in parodontcij

Preostali strokovni del vsebuje prikaze kliničnih primerov domačih in tujih avtorjev.

Dogodki

Obisk predsednika svetovne dentalne organizacije (FDI) v Zagrebu:

M. Sikora poroča o obisku predsednika FDI dr. Orlanda Monteria da Silve pri predsedniku Komore dr. Hrvoju Pezu v januarju 2012. FDI združuje okrog 200

nacionalnih dentalnih združenj in okrog en milijon doktorjev dentalne medicine. Ustanovljen je bil leta 1900 v Parizu in sodi med najstarejše zdravstvene poklicne organizacije. V času njegovega obiska je Komora organizirala sestanek predstavnikov štirih zbornic (uporabljajo oznako K4), poleg hrvaške zbornice še zbornic iz Bosne in Hercegovine, Makedonije in Slovenije. ZZS je zastopala Diana Terlevič Dabić, podpredsednica skupščine. Predsednik FDI je pohvalil sodelovanje Komore z drugimi mednarodnimi organizacijami in ji čestital kot voditeljici stroke v regiji. Predsednika FDI in predstavnike Komore je sprejel tudi hrvaški predsednik prof. dr. Ivo Josipović.

Obeležje sv. Apolonije: Hrvaški zobozdravniki se vsako leto množično udeležujejo obeležij sv. Apolonije, zaščitnice pacientov in zobozdravstvenih delavcev. Obsežna poročila omenjajo obeležja v Osijeku, Splitu, Varaždinu in Zagrebu.



Prevedel in priredil Vito Vrbič

Denervacija ledvic na Medicinski univerzi Gradec

S simpatično denervacijo je na voljo nov in obetaven poseg za zdravljenje refraktarne hipertenzije. Na *Med Uni* (Medicinska univerza) *Graz* ta poseg izvaja skupina kardiologov. Poseg je bil doslej izveden pri 21 pacientih. Prvi v Avstriji pa so ta poseg začeli uporabljati v LKH (*Landeskrankenhaus*) Linz ter doslej tako hipertenzijo uspešno zdravili pri 110 pacientkah in pacientih.

Poseg se izvede tako, da se prek femoralne arterije v renalno arterijo uvede kateter, ki seva radiofrekvenčno energijo moči približno 8 W. Sevanje se usmeri na 4 do 6 mest ledvične arterije in tako se doseže simpatična denervacija ledvice. Poseg traja približno 60 minut.

Na ta način je mogoče sistolični oz. diastolični arterijski tlak znižati v povprečju za 30 mm Hg oz. 10 mm Hg. Podatki iz LKH Linz kažejo znižanje od začetnih približno 180/98 mm Hg na približno 155/80 mm Hg, seveda brez stranskih

učinkov. Morebitni zapleti so enaki, kot so pri arterijskih kateterizacijah na splošno.

Ena od kontraindikacij za poseg je hudo zmanjšana funkcija ledvic. Zato je pred posegom nujna hospitalizacija, med katero se preveri, ali je radiofrekvenčna denervacija indicirana ali ne. Kot je pričakovati, je poseg kontraindiciran tudi pri sekundarnih hipertenzijah (npr. feokromocitom, hiperaldosteronizem, hipertireoza).

Vir: *Aerzte Steiermark*, april 2012

Prevod in priredba: *Marjan Kordaš*

Opomba: Medtem ko sem pripravljal ta povzetek, sem po televiziji spremljal predstavitev te metode v KC Ljubljana. Nujno predlagam, naj prof. Rok Accetto za našo revijo pripravi daljšo in bolj strokovno predstavitev te metode.

MONDTHEMA NIERENKREISLAUF

Renale Denervation

Mit der neuen Sympathikusdenervation stellt sich eine neue und wirksamere Interventionstechnik bei der Behandlung von Patienten mit nicht arteriellen Bluthochdruck vor.

Die renale Denervation ist eine neue, minimally-invasive Interventionstechnik zur Behandlung von Patienten mit nicht arteriellen Bluthochdruck. Sie zielt auf die Sympathikusdenervation ab, die eine wichtige Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Bluthochdruck spielt. Die Denervation wird durch einen Katheter über die femorale Arterie in die renale Arterie eingeführt und durch Radiofrequenzenergie durchgeführt. Diese Methode hat sich in mehreren klinischen Studien als wirksam und sicher erwiesen.

© 2012 Elsevier GmbH. Alle Rechte vorbehalten.

Zasebna (medicinska) univerza v Klinikumu Celovec?

Na avstrijskem Koroškem potekajo politične razprave o ustoličenju (*Etablierung*) zasebne medicinske univerze. To so najavili zastopniki *Zasebne univerze Sigmunda Freuda*, Klinikuma Celovec ter koroški politik (namestnik Deželnega glavarja?) Uwe Scheuch.

Dunajska Zasebna univerza, ki se je doslej ukvarjala z izobraževanjem na področju psihoterapije, si prizadeva pri Zvezni vladi pridobiti dovoljenje za novo univerzo do leta 2013. Že v zimskem semestru 2013/14 naj bi sprejeli 80 do 100 novincev v prvi semester.

Dežela (tj. Koroška) želi projekt podpreti z zagonsko subvencijo 12 milijonov evrov. Uwe Scheuch pa izključuje, da bi Dežela sodelovala pri stroških delovanja. Slednji naj bi se pokrivali – to je objavil Alfred Pritz, rektor dunajske Zasebne univerze – s šolninami (6.000 evrov na semester) ter z denarjem za raziskave.

Načrtovano je, naj bi pouk in raziskave vodili primariji in habilitirani zdravniki (*habilitierten Oberärzte*) Klinikuma Celovec. Kolegij 20 primarijev je svoje načrte že objavil v Pismu o nameri (*Letter of Intent*) in njegov predstavnik univ. doc. dr. Hausegger je izjavil, da bo pouk in raziskovanje možno kljub napetim razmeram v personalni zasedbi. Ko bo zaživela, bo Medicinska univerza imela 500 do 600 študentov.

Obstajajo pa dvomi, da za to obstojijo ustrezne zmogljivosti. To je izjavil že Albert Kreiner, predsednik ekspertne komisije pri KABEG. Tako meni tudi



PRIVATUNI AM KLINIKUM?

In Kärnten gibt es politische Diskussionen über die Etablierung einer medizinischen Privatuniversität.

Am Klinikum Klagenfurt soll eine private Medizinuniversität entstehen. Das haben Vertreter der „Sigmund Freud Privat Universität“, des Klinikums Klagenfurt und Uwe Scheuch (FPK) angekündigt.

Die Wiener Privatuni, die sich bisher mit psychotherapeutischer Ausbildung befasst, strebt die Genehmigung der neuen Universität durch den Bund bis Herbst 2013 an. Schon im Wintersemester 2013/14 will man 80 bis 100 Erstsemesterige aufnehmen. Das Land will das Projekt mit einer „Anschubsubvention“ von rund 12 Millionen Euro ermöglichen. Eine Beteiligung des Landes an den Betriebskosten schliesst Scheuch aus. Sie sollen durch Studienbeiträge (€ 6.000 pro Semester) und Forschungsgeldern bestreiten werden, kündigte der Rektor der Wiener Privatuniversität, Alfred Pritz, an.

PRIVATÄRZTE: LETTER OF INTENT

Lehre und Forschung werden laut Plan die Primärärzte und habilitierten Oberärzte des Klinikums Klagenfurt übernehmen. Prim. Univ.-Doz. Dr. Klaus A. Hausegger als Vertreter des 20-köpfigen Primärkollegiums, das in Sachen private Medizin für Klagenfurt seine Zustimmung

bereits mit einem „Letter of Intent“ signalisiert hat, ist sich trotz angespannter Personalsituation sicher, über ausreichend Ressourcen für universitäre Lehre und Forschung zu verfügen. Die private Medizinuniversität Klagenfurt soll im Vorlaufbau eine Kapazität von 500 bis 600 Studierenden haben.

ZWEIFEL AN AUSREICHENDEN KAPAZITÄTEN

Kritisch äußerten sich Albert Kreiner, der Vorsitzende der KABEG-Expertenkommission, und auch Vorstandin Ines Manegold. Kreiner übersteht, bei allem Charme für den Bildungs- und Wirtschaftsstandort Kärnten, nicht die Gefahr, dass die Kernkompetenz der KABEG und damit die Grundversorgung der Kärntner Bevölkerung unter sich einem anstößigen Projekt leiden könnte. Spitalreferent Peter Kaiser (SPK) glaubt überhaupt, dass Patientensicherheit und Mitarbeiterzufriedenheit momentan sich eine neue Aufgabe nicht zulassen. Von KABEG-Chefin Ines Manegold wurde bekannt, dass sie in einem Brief an Aufsichtsratschef Kurt Scheuch (FPK) „beachtliche Zweifel“ anmeldete. Sie führte an, dass eine genaue Kalkulation noch ausständig wäre und erreichte an die Kosten vergleichbarer kleinerer Vorhaben in Höhe von 60 Millionen Euro. *

generalna direktorica Klinikuma Celovec, Ines Manegold. Po mnenju slednje natančnih preračunov še ni, je pa pri manjših projektih te vrste nujno računati z izdatki v višini 60 milijonov evrov.

Vir: Kärntner Ärztezeitung št. 4, april 2012

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Nemčija: manj infarktov srca zaradi prepovedi kajenja

Po uvedbi zakona o nekajenju leta 2007 in 2008 se je stacionarno zdravljenje infarktov zmanjšalo za 5 odstotkov, zdravljenje angine pectoris pa za 13 odstotkov. Tako je pokazala neka raziskava zdravstvene zavarovalnice. Obdelanih je bilo več kot 3 milijone zavarovancev, prihranek pri zdravljenju pa je 7,7 milijona evrov.

Samo v letu 2010 je bilo v Nemčiji kar 41 odstotkov vseh smrti takšne vrste, ki so temeljile na obolenjih srca in ožilja; zaradi infarkta je umrlo 60.000 ljudi.

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 6, 25. marec 2012

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Zapleti ob urejanju bolniške odsotnosti z dela ter vloge, ki jih obravnava odbor za pravno-etična vprašanja

Danica Rotar Pavlič

V Sloveniji je na bolniškem dopustu dnevno okoli 40.000 ljudi. To pomeni, da na leto izgubimo skoraj 11 milijonov delovnih dni, kar državo stane skoraj pol milijarde evrov. Leta 2006 je bil povprečni slovenski delavec zaradi bolezni z dela odsoten več kot 12 dni, kar je državo in delodajalce stalo 430 milijonov evrov, leta 2007 pa 8,7 dneva (Avstrija: 3,4 dneva, Francija 5,5 dneva). Čeprav gre do zdravniki na bolniško zelo redko, pa se vsaj zdravniki družinske medicine pogosteje srečujejo z zapleti v zvezi z izdajo bolniške odsotnosti z dela. Prav tako je znano, da je presoja o utemeljenosti bolniške odsotnosti z dela v mnogih državah urejena tako, da so v to vključeni pooblaščen zdravniki in odločanje o koriščenju bolniške odsotnosti z dela ne bremeni izbranega zdravnika. Tudi marsikateri zdravnik družinske medicine je v Sloveniji že izrazil željo o drugačni organiziranosti presoje o bolniškem dopustu. Zdravniki se namreč zavedajo, da je bolniški dopust problematika, ki se nanaša na odnos med zaposlenim in delodajalcem ter med zavarovalnico in zavarovancem, zato nekateri menijo, da bi morali biti razbremenjeni postopkov, ki se ne nanašajo izključno na zdravljenje.

Odbor za pravno-etična vprašanja pri Zdravniški zbornici Slovenije je v letu 2011 prejel več vlog s strani delodajalcev in odvetnikov, ki so se nanašale na odobritev in trajanje bolniške odsotnosti z dela s strani izbranega zdravnika. Navedbe vlagateljev so se nanašale tudi na izrečena ali zapisana navodila glede dejavnosti bolnika med bolniško odsotnostjo. Delodajalci so na različne načine preverjali in se seznanjali z aktivnostmi njihovih zaposlenih med odsotnostjo z dela zaradi bolezni ter na podlagi izsledkov sprožili bodisi postopke proti zaposlenemu bodisi celo postopke proti izbranemu zdravniku njihovega zaposlenega. Prijava zdravnika Zdravniški zbornici Slovenije je za vsakogar precej neprijetna zadeva, saj vsaka vloga zahteva »upravičevanje«, utemeljevanje in pojasnjevanje za pogosto korektno opravljeno delo. Zdravniki so zaradi tega razočarani. Odbor za pravno-etična vprašanja je prejel tudi vlogo zdravnika kliničnega specialista, ki sprašuje glede odgovornosti imenovanega zdravnika v primeru, če se zdravstveno stanje bolnika zaradi zavrnitve vloge za podaljšanje bolniške odsotnosti z dela poslabša.

Odbor je na podlagi vsebine prispelih vlog sklical sestanek s predstavniki odbora za osnovno zdravstvo ZZS, predstavniki ZZS in predstavniki civilnih združenj bolnikov. Sestanka, ki

je 12. marca 2012 potekal v prostorih Zdravniške zbornice Slovenije, smo se udeležili Gabrijela Dšuban, dr. med., prim. Mojca Senčar, dr. med., doc. dr. Tonka Poplas Susič, dr. med., prim. doc. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med., ter univerzitetna diplomirana pravnikinja Radmila Krunic in Siniša Bošnjak. Na sestanku smo vsebinsko obravnavali problematiko ter ob tem varovali osebne podatke zdravnikov in vlagateljev, katerih imena niso bila razkrita. Najprej smo obravnavali postopek posredovanja navodil glede režima bolnika v času zadržanosti z dela.

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 odredita ali dovolita. Za odhod izven kraja bivanja je vedno potrebna odobritev osebnega zdravnika. Osebni zdravnik mora zato v papirno ali elektronsko obliko zdravstvenega kartona napisati navodila glede aktivnosti v času začasne zadržanosti od dela. Nekateri delodajalci z internim aktom opredelijo tudi obrazec, ki ga bolnik prinese k zdravniku in v katerem so opredeljene različne dejavnosti v času bolniške odsotnosti z dela.

Na sestanku smo poudarili, da so navodila za ravnanje bolnika odvisna od posameznikovega zdravstvenega stanja, zato ni mogoče konkretno po urah opredeliti trajanja aktivnosti, gotovo pa mora zdravnik opredeliti vrsto aktivnosti. Pri veliko bolezenskih stanjih je namreč strogo mirovanje škodljivo. Izkušnje iz prakse kažejo, da večina zdravnikov v primeru priporočenega gibanja napiše »aktivni bolniški stalež«, drugi pa konkretizirajo, da gre pri tem za sprehode, plavanje, sprostitvene dejavnosti ipd. V okviru zdravljenja je pri nekaterih bolezenskih stanjih treba čim več hoditi oz. se gibati, česar pa ni mogoče časovno definirati v urah (koliko časa na dan naj bolnik izvaja aktivnosti). Pri drugih bolezenskih stanjih so bolniki sicer telesno zmogljivi,

vendar so zaradi psihičnega stanja v določenem obdobju nesposobni za delo, potrebujejo pa odmik v naravo ali celo v družbo. Izhajati je torej treba iz bolnika, iz njegove entitete.

Precej osebnih zdravnikov poda navodila le ustno in jih ne zapiše v dokumentacijo. Dajanje navodil je strokovno medicinsko dejanje, ki ga je treba pisno dokumentirati, hkrati pa mora biti individualizirano, saj se okoliščine in teža bolezni od posameznika do posameznika spreminjajo. Pri določanju glede bolniškega staleža je za presojo imenovanega zdravnika pomembno tudi, kaj in kje bolnik dela ter kakšnim obremenitvam je izpostavljen, zato je ta podatek pomemben pri vlogi za podaljšanje bolniškega staleža. Namen navodil za ravnanje v času t. i. »bolniškega staleža« je v prispevanju k čimprejšnji povrnitvi zavarovančeve delovne zmožnosti in s tem vrnitvi na delo. Ob tem je treba, kot je bilo že omenjeno, paziti, da navodila o ravnanju ustrezajo zavarovančevemu zdravstvenemu stanju ter z njim povezanim potekom oz. načinom zdravljenja in rehabilitacije.

Seveda je mogoče začasno zadržanost od dela in navodila o ravnanju v tem času podati le ob obisku bolnika v ordinaciji in glede na rezultate opravljenega pregleda, zato so na sestanku odsvetovali, da bi se navedena dejstva ugotavljala le na podlagi telefonskih klicev bolnika. Poudarili so, da skladno z 232. členom Pravil OZZ osebni zdravnik lahko le izjemoma oceni zavarovančovo začasno zadržanost od dela za nazaj (in mu izda ustrezna navodila o ravnanju), vendar največ za 3 dni od dneva, ko se je zavarovanec zglasil pri njem. Izjema so primeri, ko osebni zdravnik zaradi praznikov v omenjenem 3-dnevem roku ni bil dosegljiv.

ZZZZ v skladu z 266. členom Pravil OZZ izvaja kontroločasne zadržanosti od dela (laična kontrola), pri čemer ugotavlja, ali je ravnanje zavarovanca v skladu z navodili osebnega zdravnika, imenovanega zdravnika oz. zdravstvene komisije. V primeru kršenja omenjenih navodil se lahko zavarovancu nadomestilo plače v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja zadrži, če pa v času »bolniškega staleža« opravlja pridobitno delo, se mu nadomestilo plače ne izplača. Navodilo, ki ga je po trenutnih predpisih dolžan izdati izbrani zdravnik, je treba podati tudi zato, da se lahko z njim seznaniti tudi delodajalec, ki je pristojen za kontrolo ravnanja skladno z navodili v času, ko gre izplačilo nadomestila plače v njegovo breme. Navedeno kontrolo lahko delodajalec opravlja sam ali pa jo zaupa pogodbeniku (npr. detektivu z ustrezno licenco).

Na sestanku smo se dotaknili tudi problematike podajanja informacij, ki se nanašajo na delavčovo odsotnost z dela. Informacijska pooblaščenka je v svojem mnenju št. 0712-1098/2007/2 glede dolžnosti zdravnika, da delodajalcu posreduje ustrezne informacije za potrebe izvajanja nadzora, podala naslednje pojasnilo: »Kadar je delavec zadržan z dela zaradi bolezni ali poškodbe, je dolžan spoštovati navodila pristojnega zdravnika oziroma pristojne zdravniške komisije. V nasprotnem primeru lahko delodajalec na podlagi 6. alineje prvega odstavka 111. člena ZDR izredno odpove pogodbo o zaposlitvi. Za ugotovitev

tega razloga odpovedi pogodbe o zaposlitvi lahko delodajalec pooblasti tudi detektiva, na katerega zahtevo mu lečeči zdravnik mora posredovati podatke o navodilih in dovoljenjih (bolniškem redu), ki jih ima delavec med bolniškim staležem. Zdravnika pri dajanju podatkov sicer res omejujejo določbe Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo; v nadaljevanju: ZZdrS-UPB3), vendar samo glede zdravstvenega stanja bolnika in podatkov o vzrokih, okoliščinah in posledicah tega stanja (51. člen ZZdrS-UPB3), ne pa tudi glede navodil pristojnega zdravnika, po katerih se mora ravnati delavec v času odsotnosti z dela zaradi bolezni, ker so določbe ZDR (34. člen v povezavi s 111. členom) v odnosu do določb ZZdrS-UPB3 (51. člen ZZdrS-UPB3) specialne določbe. Namreč ravno zaradi izpolnjevanja pravic in obveznosti, ki izhajajo iz pogodbe o zaposlitvi, je lečeči zdravnik dolžan delodajalcu oziroma detektivu, ki ga je za to pooblastil delodajalec, posredovati podatke o navodilih in dovoljenjih (bolniškem redu), ki jih ima delavec med bolniškim staležem.«

Glede na zgoraj navedeno informacijska pooblaščenka meni, da delodajalec sicer ni upravičen do seznanitve s samo diagnozo delavca, je pa zaradi morebitnega preverjanja upravičenosti odsotnosti (bodisi sam bodisi po pooblaščenem detektivu) upravičen do seznanitve z navodili pristojnega zdravnika. Ključno torej je, ali delavec spoštuje navodila zdravnika o morebitnem odrejenem strogem počitku ali dopustnem gibanju. Brez tega podatka namreč delodajalec ob sumu zlorabe bolniškega staleža ne more ustrezno ukrepati (111. člen ZDR).

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. Ni priporočljivo, da bi izbrani zdravnik ali medicinska sestra navedene podatke posredovala po telefonu. V takšnem primeru komunikacije identiteta upravičenega prejemnika namreč ni zagotovljena.

Ne smemo pozabiti tudi na možnost, ki jo ima glede vrednotenja zdravstvenega stanja delodajalec, saj lahko ta – tudi med bolniško odsotnostjo – delavca pošlje na pregled k specialistu medicine dela, prometa in športa oz. pooblaščenemu zdravniku. Po 10. členu Pravilnika o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev (Ur. l. RS, št. 87/2002) je delodajalec upravičen delavce poslati na druge usmerjene preventivne zdravstvene preglede, in sicer na podlagi 2. odstavka 2. točke po bolezni ali poškodbi izven dela, ki zahteva daljše zdravljenje in če obstaja dvom o

delavčevi zmožnosti za doseganje delo, oz. po 4. točki, če gre za delavca, ki je bil v obdobju enega leta na bolniškem dopustu zaradi bolezni ali poškodbe petkrat ali večkrat. Pooblaščen specialist medicine dela, prometa in športa bo v izdanem zdravniškem spričevalu podal oceno/mnenje o izpolnjevanju posebnih zdravstvenih zahtev za določeno delo v delovnem okolju in z obrazložitvijo potrebnih predlaganih ustreznih ukrepov za boljše varovanje zdravja seznanil delodajalca ter tudi delavca in njegovega izbranega zdravnika.

Redko se dogaja, da izbrani zdravnik zaradi napačnih informacij bolnika in s tem povezane zavedenosti izda navodilo, ki je pozneje vir spora. Zdravniki ob tem čutijo še posebno razočaranje. V takšnem primeru priporočamo, da zdravnik zabeleži tudi, da je od bolnika prejel drugačne podatke, kot se je izkazalo pozneje. Čeprav nekateri bolniki zaradi tega zamenjajo osebnega zdravnika, je prav, da je tudi novi zdravnik seznanjen z možnostjo podajanja »izkrivljenih informacij«. Gotovo gre pri tem za s strani zdravništva nepriljubljeno situacijo, saj mora med zdravnikom in bolnikom vladati zaupanje. Možno je tudi, da zdravnik sam sproži postopek prekinitve izbire zdravnika, in sicer v primeru, ko ne more uspešno in odgovorno opravljati nalog osebnega zdravnika zaradi neprimerne odnosa zavarovane osebe ali nespoštovanja navodil in postopkov za zdravljenje (169. člen Pravil OZZ). Če zavarovana oseba s predlogom osebnega zdravnika za zamenjavo osebnega zdravnika ne soglaša, lahko osebni zdravnik zahteva presojo predloga pri pristojni območni enoti ZZZS.

V času gospodarske krize se izbrani zdravniki srečujejo tudi s primeri, ko bolnika k njim usmeri predstavnik centra za socialno delo ali zavoda za zaposlovanje, češ da naj se bolnik dogovori za »odprtje« bolniškega dopusta, s čimer naj bi mu bilo omogočeno »podaljšanje« pravic v času brezposelnosti. Kljub solidarnosti, ki jo zdravniki čutimo do brezposelnih in revnih, pa takšno svetovanje ni ustrezen postopek in kaže, da dela

izbranih zdravnikov v naši družbi ne cenimo. Ustrezna ministrstva bi se torej morala odzvati na poročila »s terena« ter podati navodila centrom za socialno delo in območnim enotam zavoda za zaposlovanje, naj svojih strank ne usmerjajo »po bolniško« k izbranim zdravnikom.

Na vprašanje bolniškega dopusta, ki je posledica stanja v nosečnosti ali pri boleznih rodil, ter dejstva, da veliko imenovanih zdravnikov nima specialističnega izpita iz ginekologije in porodništva, so predstavniki ZZZS menili, da se večinoma srečujejo s skupimi informacijami na mnenjih in odpustnicah specialistov ginekologov. Zato so podali pobudo, da poleg pogosto navedene diagnoze *ab. imminens* specialisti napišejo več podatkov o stanju bolnice. Priporočljivo je tudi postopno uvajanje bolnice na delo po daljši odsotnosti z dela, in sicer tako, da najprej začne delati za krajši čas, pozneje pa za polni čas.

Na koncu sestanka so se udeleženci dotaknili še pritožb, ki jih zavarovanci oz. bolniki vlagajo zoper odločbe imenovanih zdravnikov. Na odločbo imenovanega zdravnika ZZZS o začasni zadržanosti od dela se lahko pritožita le zavarovanec in njegov delodajalec, medtem ko izbrani osebni zdravnik oz. ginekolog na primarni ravni ni stranka v postopku in zato nima pravice do pritožbe. Pritožbo obravnava zdravstvena komisija ZZZS, ki je sestavljena iz dveh zdravnikov in pravnika. Če se zavarovanec z odločbo zdravstvene komisije ZZZS ne strinja, lahko vloži tožbo pri Delovnem in socialnem sodišču v Ljubljani. Odškodninske zahteve zastarajo v petih letih.

Sestanek, katerega namen je bil preprečevati zaplete ob izdaji navodil za ravnanje med bolniškim staležem in začeti z dogovori o izboljšavah pri izdajanju bolniškega staleža, je pokazal, da je problematika obsežna. Zato vabimo zdravnike, ki se srečujejo z zapleti in problemi pri izdaji bolniške odsotnosti z dela, da pišejo na Zdravniško zbornico Slovenije. Zbrani predlogi in opisi problemov bodo v pomoč pri nadaljnjem reševanju ter organiziranju sestankov in izobraževanj.

Generalna skupščina Sveta zobozdravnikov EU (CED)

Matjaž Rode, Gordan Čok

Svet evropskih zobozdravnikov (CED) je telo, ki pri Evropski komisiji in v Evropskem parlamentu zastopa interese zobozdravnikov iz držav EU. Njegovi predstavniki zastopajo več kot 300.000 zobozdravnikov, ki delujejo v državah EU. Sestavljen je iz predsedstva in nekaj uslužbencev s sedežem v Bruslju. Glavno telo odločanja je Generalna skupščina, na kateri imajo glasovalno pravico delegati iz vseh 27 držav članic EU. Vsaka država ima dva delegata. Pomembnost CED je vse večja, saj dobi v presojo in oceno vse dokumente, ki se nanašajo na zobozdravstvo v EU, ki jih pripravlja Komisija in o njih razpravljajo v Evropskem parlamentu. Letošnja

pomladanska Generalna skupščina je potekala od 10. do 12. maja v hladnem, vetrovnem in deževnem Københavnu. Na njej so se zbrali delegati iz 26 držav EU, nekaj delegacij iz držav kandidat ter še nekaj drugih povabljenih. Delegata iz Slovenije sva bila podpisana pod to poročilo.

Dvodnevni, tudi tokrat zelo natrpan program je imel na seznamu veliko točk. Kar nekaj jih je bilo še posebej zanimivih tudi za slovenske zobozdravnice in zobozdravnike. Ena od stalnih točk razpravljanja delegatov CED je, kako zagotoviti varno delo v zobozdravniških ordinacijah. Osnovno pravilo je visoka

kakovost in poznavanje načel dobre klinične prakse ter upoštevanje strokovnih izhodišč, ki jih pripravi ustrezno strokovno telo v posamezni državi članici, pri tem pa mora upoštevati tudi ustrezne direktive in priporočila EU. CED zato v resoluciji predlaga resornim politikom v posameznih državah EU, da naredijo vse, kar je v njihovi pristojnosti, da omogočijo zobozdravnikom delati po teh načelih, saj samo tako lahko učinkovito zagotovijo varnost pacientov. **Zobozdravnik namreč sploh ne bi smel delati v okoliščinah, ki onemogočajo kakovostno delo!** Zobozdravniki pa so dolžni, da se neprestano izobražujejo in delajo tudi v skladu z etičnim kodeksom in zakonskimi določili, ki so v veljavi v državi, kjer delajo.

Velik poudarek v letošnji razpravi je bil tudi na **sledljivosti** vseh materialov, ki so v rabi v zobozdravstvu, saj so se v novjšem času tudi na evropskem trgu pojavili materiali iz Azije in tudi od drugod, ki nimajo vseh podatkov o izvoru in sestavi in bi bili zato lahko nevarni za paciente. Slovenska delegata sta sprejela pobudo in Slovenija bo pripravila predlog za delovno skupino o medicinskih pripomočkih, kako zagotoviti kakovost pri dentalnih vsadkih (implantatih).

Zelo živa in zanimiva je bila razprava o priznavanju poklicne kvalifikacije. Zobozdravnik je odgovoren in usposobljen za preprečevanje, zdravljenje in rehabilitacijo boleznih trdih in mehkih tkiv v ustni votlini. Zato mora biti že v dodiplomskem študiju usposobljen, da dela po načelih dobre klinične prakse in načelih celostne oskrbe pacientov. Za doseg te ciljeve je potrebna ustrezna izvedba dodiplomskega študija, ki mora obsegati vsaj pet let študija z najmanj 5.000 študijskimi urami in ki je nadgrajena s stalnim strokovnim razvojem vsakega zobozdravnika. V razpravi so delegati izvedeli, da traja študij stomatologije v Angliji lahko tudi samo štiri leta in da zato angleški zobozdravniki, ki so diplomu pridobili na tak način, ne izpolnjujejo pogojev za avtomatično priznavanje diplom! Pozdravili so tudi zadnji predlog, da bi lahko delodajalec, kljub potrdilu o znanju jezika, ki ga bo prinesel kandidat, še sam preveril to znanje.

Delovna skupina CED, ki se ukvarja z uporabo dentalnih amalgamov, aktivno pripravlja strokovna izhodišča za rabo tega plastičnega polnilnega materiala, ki se v zobozdravstvu uporablja

že okoli 150 let. Člani delovne skupine so za Komisijo pripravili poročilo, v katerem poudarjajo, da so zobozdravniki pripravljene kar se le da zmanjšati uporabo dentalnih amalgamov in izvajati vsa priporočila, da z ostanki živega srebra ne bi onesnaževali okolja, vendar pa so ponovno poudarili, da, razen nekaterih izjem, ni znanstvenih dokazov o neposredni škodljivosti dentalnih amalgamov na človeško telo. Kljub temu pa kaže, da bo Evropski parlament sprejel sklep, naj se kar se le da zmanjša uporaba dentalnih amalgamov. Takojšnja prepoved bi namreč povzročila resne zaplete, kako oskrbeti kariozno prizadete zobe tistih, ki nimajo denarja za dražje rešitve! Razpravljavci smo tudi ugotovili, da je gonja okoli amalgama sprožena predvsem zato, da bi proizvajalci zaščitnih filtrov za prestrazanje živega srebra zaslužili prav neverjetne vsote. Torej se jim zelo splača podpihovati strahove državljanek in državljanov EU, prezasičenih z množico informacij.

Sobotna seja je potekala skoraj brez zapletov po naprej določenem vrstnem redu. Govora je bilo o uvedbi DDV na zdravstvene storitve. Šušlja se namreč, da bi radi v državah EU uvedli DDV tudi na zdravstvene storitve, vendar ker so to zaenkrat le govornice, so delegati sprejeli le sklep, da se zadevo spremlja, da pa še ni čas za resolucijo.

Eden od sklepov Generalne skupščine je tudi, da nacionalna strokovna združenja ponovno obvestijo svoje vlade in predvsem resorna ministrstva, da v pravni red umestijo direktivo, ki prepoveduje uporabo belilnih sredstev, ki presega koncentracijo 6 odstotkov H₂O₂, in beljenje zob dovoljuje le zobozdravnikom. V pripravi je tudi obrazec, ki ga bo moral zobozdravnik izpolniti in poslati pristojnim službam, s katerim se bo spremljalo stranske oziroma neželene učinke belilnih sredstev, ki jih uporabljamo v naših ordinacijah.

Pripravlja se posodobitev direktive iz leta 1995 o področju urejanja osebnih podatkov.

Še nekaj zanimivosti iz poročil držav članic. Bolgarskim zobozdravnikom je uspelo z letom 2012 izposlovati dvig sredstev, namenjenih javnemu zobozdravstvu, za 7,3 odstotka. V Švici se je iz držav EU v zadnjih osmih letih preselilo 3.000 zobozdravnikov, kar presega 50 odstotkov vseh aktivnih zobozdravnikov v Švici.

Občina Moravske Toplice, Kranjčeva ulica 3, 9226 Moravske Toplice, obvešča vse zainteresirane zobozdravnike, da namerava podeliti

koncesijo za opravljanje zobozdravstvene dejavnosti odraslih v najetih prostorih bivše zobozdravstvene ambulante v Martjancih 35.

Koncesija se bo pričela izvajati najkasneje v enem letu po podpisu pogodbe o koncesiji med koncesionarjem

in koncedentom. Koncesijsko razmerje se bo sklenilo za nedoločen čas.

Dodatne informacije dobite pri tajnici občine Martini Vink Kranjec, elektronski naslov: martina.vink.kranjec@moravske-toplice.si.

Župan:
Alojz Glavač, l. r.

Rakrana slovenskega zdravstva

Marjan Fortuna

Da gre, kot se je izrazila cenjena kolegica dr. Zlata Remškar v Sobotni prilogi Dela 24. marca 2012, za slovenski sindrom, ko se išče krivda posameznika za morebitno storjeno škodo bolniku, se popolnoma strinjam. Tak nesporazum, kot se je pripetil znanemu nevrokirurgu, pa naj ne zveni kot opravičilo, je posledica sistemskih napak, ki jih pa ne moremo reševati zgolj zdravniki. Sistem smo ljudje na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti od prvega zdravnika (ministra), zavarovalnice in vse do zadnjega v verigi obravnave bolnika. Da se da tudi ob omejenih finančnih možnostih delati več in bolje, sem prepričan, samo narediti bi morali nekatere organizacijske spremembe oz. ukrepe, kar nam pa doslej ni vedno in povsod uspelo zaradi različnih vzrokov, ki pa s samo strokovnostjo izvajalcev nimajo nobene neposredne zveze.

Čakalne dobe v vsakem zdravstvenem sistemu so ena najpomembnejših motenj za dobro in pravično delovanje sistema, vendar so realnost in s tem se moramo sprijazniti tako tisti, ki delamo v zdravstvu, kot tudi bolniki, čeprav je to takrat, ko si bolan, težko razumeti in še težje sprejeti kot dejstvo. Prizadevanja vseh ministrov od osamosvojitve dalje za skrajšanje čakalnih vrst, preprečevanje preskakovanja čakalnih vrst in drugih nepravilnosti so bila bolj kot ne obsojena na neuspeh. Zakaj? Zato, ker smo za (pre)dolge čakalne dobe krivi vsi v zdravstvenem sistemu. Izvajalci bi morda lahko delali bolje, več in hitreje, bolniki pa bi morali manj izkoriščati sistem, ki resnici na ljubo omogoča in obljublja pogosto več, kot je dejansko sposoben nuditi.

Ni mogoče enačiti vseh čakalnih dob, ampak je potrebno imeti do njih različen pristop. Tako ni mogoče enačiti čakalne dobe npr. na operacijo srca ali začetek zdravljenja raka z operacijo golše, kile, žolčnika, katarakte, kolka ali kaj podobnega. Seveda tudi pri mnogih neurgentnih bolezenskih stanjih lahko hitro nastane urgentno stanje, kar mora vedeti vsak zdravnik, dobro pa je, da to vedo tudi bolniki in njihovi svojci.

Čakalne dobe, pa naj gre za čakalne dobe na preglede ali na neinvazivne (MRI, CT, UZ itd.) ter invazivne diagnostične preiskave (npr. kateterizacijo srca), vključno z operacijami, so zelo različne in ni mogoče na splošno govoriti o čakalnih dobah kar tako na pamet in povprek. Lahko z vso odgovornostjo trdim,

da urgentni bolnik ne čaka, res pa je, da imamo celo zdravniki, kaj šele bolniki in njihovi svojci, svojo predstavo o tem, kaj je urgentni primer. Tako imamo ambulate in diagnostične ter terapevtske posege, kjer ni čakalnih dob, in take, kjer je čakalna doba tudi več mesecev, pa tudi tu je treba upoštevati, kdo in s kakšnimi bolezenskimi težavami čaka.

Pomemben, če ne glavni razlog, da imamo tako dolge čakalne dobe, je, da zavarovalnica ne more plačati vsega, kar zdravstvo lahko naredi. Drug pomemben razlog je neverjetna razdrobljenost in slaba povezanost med posameznimi izvajalci, zato je mnogo podvajanja pregledov in preiskav, kar vse še dodatno daljša čakalne dobe in povečuje stroške. Definirati pa je treba, kaj je čakalna doba. Čakalna doba je po mojem mnenju čas od trenutka, ko bolnik prvič poišče pomoč zaradi neke bolezenske težave, do njegove ustrezne in pravočasne obravnave. Vedeti pa moramo, da v procesu diagnostike in zdravljenja sodeluje pogosto toliko različnih posameznikov, da se je čakanju preprosto nemogoče izogniti. Ker je torej končni cilj, tj. ozdravitev, pogosto tako dolgotrajen proces, bolniki ubirajo bližnjice zlasti tako, da prihajajo na urgenco, čeprav pogosto ne gre za urgentna stanja.

Resnici na ljubo je treba povedati, da imamo na nekaterih področjih medicine že povsem natančne podatke o čakalnih dobah. Tako natančno vemo, koliko bolnikov čaka na transplantacijo organov, kostnega mozga, koliko je bolnikov z rakom, ki čakajo na začetek zdravljenja, koliko je nekaterih nevroloških boleznih itd. Ti bolniki so pod stalnim nadzorom posebnih ambulant, ki te bolnike spremljajo, in bolniki se praviloma lahko javijo na pregled kadarkoli.

Problem pa so številne druge bolezni in bolezenska stanja, ki jih je veliko, in te bolnike kontrolirajo v raznih ustanovah. Med te sodijo tudi bolniki, kjer je potrebna operacija srca. Čeprav so se v zadnjih letih čakalne dobe na te operacije precej skrajšale, so še vedno (pre)dolge.

Pred leti je čakalno listo vodila Klinika za kirurgijo srca in ožilja v UKC Ljubljana, ker je bila pač to edina tovrstna ustanova, center za operacije srca v Mariboru se je šele pričel dobro uveljavljati, tretji center v Izoli pa je bil šele v ustanavljanju. Da bi predolge čakalne dobe skrajšali, smo ministru in zavarovalnici svetovali skrben nadzor bolnikov na čakalni listi. Zato naj za

ponazoritev navedem izkušnje o neredu pri čakalnih dobah tedaj, ko so bile za operacijo srca res nenormalno dolge, saj je bilo takih bolnikov nekaj čez petsto in so bile čakalne dobe več kot dve leti. Predlagali smo povsem konkretne rešitve za skrajšanje čakalne liste, vendar dlje od predloga nismo prišli. Na načelni ravni so sicer vsi podprli predloge.

Na preglede smo pričeli vabiti bolnike z repa čakalne liste, torej tiste, ki so čakali najdlje, da bi ugotovili, kaj se s temi ljudmi dogaja. Vabila smo poslali stotim bolnikom in odziv je bil 70-odstoten. Bolniki so bili navdušeni nad dejstvom, da nekdo skrbi za njih in da niso prepuščeni sami sebi. Ugotovitve so bile zelo poučne in presenetljive, v nekaterih primerih pa prav frapantne. Pri sedmih bolnikih smo ugotovili medicinske razloge, zakaj niso bili več primerni za operacijo, a so bili še vedno na čakalni listi. Nekaj je bilo takih, ki so operacijo odklanjali zaradi osebne odločitve, spremljajočih bolezni in visoke starosti. Nekaj je bilo takih, ki so bili že operirani v tujini, pa tega nismo vedeli. Žal pa je bilo nekaj tudi takih, ki operacije niso dočakali. Tako smo za eno bolnico šele šest mesecev po smrti izvedeli, da ni več živa, a je bila še vedno na čakalni listi.

Da bi tako stanje izboljšali, smo predlagali uvedbo natančne čakalne liste in skrbnika te liste, ki bi aktivno spremljal bolnike, vabil na kontrolne preglede, bil stalno v stikih z osebnimi zdravniki, svojci itd. Ena pomembnejših dolžnosti bi bila skrb za razvrščanje po stopnji nujnosti, ki se lahko spreminja. To je izjemno pomembno in odgovorno opravilo. Torej je potrebna izredno natančna evidenca bolnikov, ki so čakali, a ob omejenih možnostih operacij v tistem času in tudi danes drugače ne gre. Izvzeti so bili seveda urgentni bolniki, ki morajo biti in tudi so bili operirani takoj. Svetovali smo, da je treba napisati točna navodila ob odpustu, kako slediti bolnika in ga obravnavati v primeru poslabšanj, pojavu drugih bolezni itd. Pred operacijo bi moral bolnika ponovno pregledati »njegov« kardiolog, ne pa kdorkoli. Včasih je bilo potrebno ponovno mnenje konzilija, če je šlo za spremembo indikacije ali prioritete, saj se je od tedaj, ko je bila sprejeta indikacija za operacijo, do trenutka, ko je bil bolnik klican na operativni poseg, marsikaj spremenilo. Idealno bi bilo, da bi takoj po operaciji skrb za bolnika zopet prevzel kardiolog, ki ima znanje,

izkušnje in možnosti preiskav za spremljanje bolnikovega stanja. Tudi kontrolni pregled po operaciji bi moral opraviti kardiolog v sodelovanju s kirurgom.

To so bili povsem konkretni predlogi ministru in vodstvu zavarovalnice. Žal pa je ostalo zgolj pri predlogih, ki bi morali biti pravzaprav normalna, dobra klinična praksa. Seveda tak način dela zahteva nekaj dodatnega denarja in prihranki, ki bi lahko nastali ob takem načinu dela, bi daleč presegle te stroške. Samo z eno ali dvema operacijama, ki nista bili potrebni oz. možni, bi lahko prihranili toliko, da bi plačali skrbnika čakalne liste. Vendar do tega žal ni prišlo in tako smo po nepotrebem zapravili nekaj deset tisoč evrov, predvsem pa bi lahko dobil možnost za operacijo nekdo drug.

Kljub z dokazi podprtim ugotovitvam o pravilnosti takega centraliziranega vodenja bolnikov nismo uspeli prepričati vodstva zavarovalnice o smotrnosti plačila skrbnika čakalne liste. Zato od populističnih floskul o odpravi ali skrajšanju čakalnih list ne bo nič, če ne bo konkretnih rešitev, in en možni način je ravno ta, ki sem ga opisal na osnovi lastnih izkušenj. Za dobro delovanje takega sistema spremljanja bolnikov pa je potreben dober informacijski sistem, ki je v zdravstvu še vedno zelo slab. Če bi bil tak, kot je danes možno, se noben bolnik ne bi mogel »izgubiti« iz evidence ali da bi nanj preprosto pozabili.



Gordana Kalan Živčec in Valentin Sojar

Alojz Ihan

I. ZZS je pooblaščenec države, da namesto Ministrstva za zdravje (MZ) opravlja nekatere »oblastne funkcije« v zvezi z zdravniškimi specializacijami, z licenciranjem zdravnikov in njihovim strokovnim nadziranjem. Je te funkcije možno izvajati brez obveznega članstva v ZZS? Kaj sploh menite o predlogih za neobvezno članstvo?

Gordana Kalan Živčec: Obvezno članstvo v zbornici ima vsaj dve dimenziji. Prva je povezana z varnostjo sistema, v katerem smo tudi zdravniki potencialni uporabniki. Kako bomo preverili, kdo od zobo-/zdravnikov izpolnjuje naša pričakovanja po kakovostni oskrbi? V osnovi obvezno članstvo omogoča vsakemu uporabniku po znanih kriterijih presojo oz. preverjanje usposobljenosti zdravnika, katerega pomoč potrebuje.

S stanovskega vidika je obvezno članstvo podlaga za strokovno neodvisnost, samoregulacijo in ne nazadnje avtoriteto v družbi. Člani zbornice morajo izpolniti visoko postavljene kriterije za sprejem v članstvo oz. za pridobitev licence. Z neobveznim članstvom je sicer mogoče zadržati »oblastne« funkcije, vendar le za tiste zobo-/zdravnike, ki so člani. Nad tistimi, ki to niso, zbornica nima nobene pristojnosti, ker je to potem resnično čista društvena organiziranost, v kateri nihče, ki ni član, ni dolžan spoštovati določil organizacije ali sistema. To je pot v anarhijo na področju zdravniškega dela. Tisti, ki bi bili prostovoljni člani, se tega tako in tako zavedajo in spoštujejo zapisane norme. Tisti, ki želijo drugačen status, pa ne povedo, na kakšen način bi dosegli enako stopnjo jasne regulative, temveč le nasprotujejo obstoječi. Ali to želimo? Ne gre tudi pozabiti, da s tem odpade podlaga za neodvisnost in samoregulacijo poklica in nečlani ne uživajo nobene od članskih ugodnosti. In kakor koli se sliši populistično všečno, da zbornica nič ne naredi za člane, zbornica članom zagotovi ugodnosti, na osebni in sistemski ravni. Tisti, ki so potrebovali pomoč ali uporabili ugodnosti, to poznajo, prepoznajo in potrdijo. Niso pa glasni, ker je to povsem običajno delovanje stanovske organizacije. So pa bolj slišani tisti, ki pomoči niso potrebovali ali jim ne pomeni dosti.

Avtonomija je kot zdravje, ko jo/ga imamo, je/ga ne cenimo, vsaj dovolj ne, ali ne do trenutka, ko jo/ga izgubimo.

Valentin Sojar: ZZS je stanovska organizacija, ki je nastala iz potrebe po zagotavljanju in zavarovanju interesov zdravnikov in zobozdravnikov. Odgovorna je za kakovost izobraževanja in izvajanja dela njenih članov v širši družbi in brez politične konotacije. Zbornica je del trenutno dogovorjenega in veljavnega sistema zdravstvenega varstva. Teoretično je možno vse dejavnosti v zvezi s specializacijami in licenciranjem prenesti

na vladno službo. Le zaščita interesov je tista, ki je lastna cehu zdravnikov in zobozdravnikov.

Oseбно sem prepričan, da mora ZZS ostati trdna in močna organizacija. Če bo to tudi v prihodnje tako, je odvisno predvsem od nas članov samih. Tu mislim na soudeležbo pri odločanju o delovanju in soupravljanju ZZS, kot na primer udeležba na volitvah za organe zbornice. Odgovornost, kakšno zbornico bomo imeli, nosimo zdravniki in zobozdravniki sami. Glede na pogovore s kolegi želja po prostovoljnem članstvu izvira iz nezadovoljstva. To je posledica nezaupanja v vodstvo, nestrižnje z nekaterimi postopki vodstva in organov zbornice ter v zadnjem času neoseben, formalističen odnos služb zbornice do posameznega člana. Ugled zbornice je v zadnjem času močno padel.

2. Če lahko ZZS s svojim članskim zaledjem bolj strokovno od MZ opravlja nadzorne funkcije nad kakovostjo zdravniškega dela, bi bilo vredno razmisliti tudi o podobnem nadzoru kakovosti dela zdravstvenih ustanov? Sploh zato, ker je zdravljenje timsko delo in presoja dela posameznega zdravnika hitro trči ob organiziranost njegove ustanove. Menite torej, da bi ZZS lahko od države prevzela tudi strokovni nadzor zdravstvenih zavodov?

Gordana Kalan Živčec: V zbornici je preko različni odborov ali komisij redno angažiranih preko 600 zobo-/zdravnikov. S takim strokovnim potencialom ne razpolaga nobena organizacija v Sloveniji. Tudi MZ ne more aktivno pridobiti k sodelovanju tolikšnega števila strokovnjakov. Dosedanji strokovni nadzori s svetovanjem imajo dokazano pozitivno preventivno funkcijo v zdravstvenem sistemu. To, da je za večje število teh nadzorov premalo finančnih sredstev, ne zmanjšuje njihovih rezultatov. Vsekakor bi bili le-ti še boljši, če bi zbornica lahko opravila večje število takšnih, preventivnih nadzorov. Bilo bi racionalno, če bi jih lahko dopolnili oz. razširili tudi v upravni, ki bi jih moralo izvajati MZ, in finančnimi, ki jih izvaja ZZS. Pred tem je potrebno izdelati jasno metodologijo in merila presojanja v nadzorih. Takšni, združeni nadzori bi imeli daleč največ pozitivnega učinka v sistemu. S tem bi bilo omogočeno ocenjevanje tudi zdravstvenih zavodov, za kar zbornica do sedaj ni bila pooblaščenca. Razpolaga pa z znanjem za izvedbo tudi takšnih nadzorov oz. lahko v kombinaciji s strokovnjaki ZZS in MZ to tudi zagotovi.

Valentin Sojar: Ustanovitelj zdravstvenih zavodov je država, republika, občina. Ustanovitelj je preko vodstev dolžan skrbeti za ustrezno organiziranost in izvajanje zdravstvenih programov. Ne smemo pozabiti zasebnih ustanov in koncesionarjev, ki

imajo drugačne vzode upravljanja. ZZS naj ostane celostno stanovska, vendar se mora v več vidikih neprestano dejavno vključevati v sistem (specializacije, koncesije, licence). Če smo še malo kritični, menim, da je tudi opravljanje strokovnih nadzorov, kljub izvajanju, premalo izkoriščen mehanizem za stalno izboljševanje našega dela.

3. Kako skož oči ZZS gledate na idejo »svobodnih zdravnikov specialistov«? So vam s stališča strokovnega nadzora bližji svobodnjaki v obliki »najetih zdravnikov«, za delo katerih primarno odgovarja ustanova, ki jih je najela? Ali svobodnjaki, ki najamejo kapacitete ustanove, pri čemer se verjetno pri organizaciji kompleksnih zdravstvenih posegov pojavi vprašanje o naslavljanju odgovornosti?

Gordana Kalan Živčec: Sedanja ureditev sistema zdravnikov – javnih uslužbencev ni ureditev za svoboden in »konvertibilen« poklic, kot je zobo-/zdravniški. Prav tako ni nujno dobra samo ena rešitev. Večja svoboda pomeni manjšo socialno varnost. Izkušnje iz tujine kažejo, da so zdravniki najbolj »ranljivi« na začetku in koncu svoje strokovne kariere. Torej potrebujejo drugačne ureditve tudi v različnih obdobjih svojega profesionalnega dela.

Osebnostno menim, da je zdravnikom, ki želijo status svobodnega specialista, to potrebno omogočiti. Variacija bi bila lahko tudi ureditev, da zdravnik v bolnišnici po npr. 10 letih po opravljeni specializaciji pridobi dodatne ugodnosti z vidika obravnave bolnikov, ki želijo pravi pravega, in je za takšno delo svoboden v organizaciji in času obravnave ter temu primerno nagrajen. Uravnilovka sistema javnih uslužbencev dobesedno sili bolj angažirane k drugim oblikam dela, npr. dopolnilno delo izven zavoda, delo v manj kot polni koncesiji, kandidiranje za del programa..., kar so dejansko anomalije v sistemu. Menim, da je enostavnejša ureditev, da se »najame« zdravnikovo delo pod vnaprej znanimi pogoji (obseg dela, plačilo, kritje odgovornosti za opravljeno delo), kot odstopanje dela kapacitet zavoda v uporabo. Vendar mora imeti zdravnik ob tem možnost soodločanja o strokovnih rešitvah (npr. uporabljeni materiali), kakor tudi organizacijskih (kader in oprema).

Pomemben del zobo-/zdravnikov je že dandanes samoorganiziran v obliki koncesijske dejavnosti. Le-ta ne more biti časovno vezana, kot je to primer pri drugih koncesijah v gospodarstvu. Pa ne zgolj zaradi vlaganja, temveč bolj zato, ker zdravnik in bolnik skozi čas razvijata poseben odnos, ki ga je potrebno negovati, ne pa prekinjati zgolj zaradi časovnih omejitev. Temelj za prekinitve koncesije je lahko zgolj in edino neizpolnjevanje standardov kakovosti obravnave bolnikov.

Obstaja še tretja skupina zobo-/zdravnikov, zaposlenih v javnih zavodih, za katere bi bila delodajalec zbornica, ki bi se neposredno pogajala z zavodi tako za obseg kot plačilo njihovega dela. Takšno rešitev smo že predlagali v razširitvi statutarnih določil. Zbornica bi bila velika zadruga, ki bi svojim članom zagotovila logistiko pri pogajanjih, kakor tudi varnost v primeru bolezni ali drugih odsotnosti. S tem bi bila omogočena članom večja fleksibilnost v obsegu dela, delovnem času. Jasno in vnaprej pa bi bila tudi postavljena merila kakovosti obravnave in plačilo za opravljeno delo.

Valentin Sojar: Vsak zdravnik in zobozdravnik z licenco je svoboden pri opravljanju svojega poklica in za svoje delo polno odgovoren. Zdravnik in zobozdravnik se lahko zaposli ali svoje znanje ponudi na trgu. Tudi v Sloveniji. Omejitev je trenutno v opravljanju zahtevnejših posegov z redkimi izjemami. Menim, da so rešitve, o katerih sprašujete, stvar dogovora med načrtovalci zdravstvene politike, izvajalci in plačniki. Vse s ciljem zagotoviti dobro in ekonomično izvajanje zdravstvenega varstva. Nadzor je vedno potreben s strani tistega, ki podeljuje licenco, in plačnika kot predstavnika bolnikov. Prakse iz tujine kažejo, da so vse oblike dela zdravnikov in zobozdravnikov mogoče in tudi učinkovite. Pri izvajanju zdravljenja je vsak posebej odgovoren za svoje delo. Odgovornost za opravljeno delo je vedno zdravnikova ali zobozdravnikova, za dobro in za slabo. Odgovornost za čakalno vrsto pa je neke drugje. Moje osebno prepričanje je, da bo zbornica morala bolj aktivno posegati v razvoj vseh oblik dela in predvsem skrbeti, da zasebnik, koncesionar, ne bo predstavljal ovire v očeh javnosti, temveč bo postal eden osnovnih temeljev zagotavljanja zdravstvenega varstva.

4. Lahko primerjate formalni položaj naše zbornice v primerjavi z zbornicami bližnjih držav?

Gordana Kalan Živčec: ZZS ima v primerjavi z zbornicami v okolici visoko stopnjo samoregulacije in neodvisnosti stroke, kar je odlično. Imamo izjemno visoko osveščenost, da je to potrebno še nadgrajevati in razvijati. Ob tem se zelo dobro zavedamo odgovornosti do kolegov in družbe. Žal tega ne razumejo vsi kolegi.

Imajo pa zbornice iz naše okolice bistveno daljši čas delovanja in s tem povezano bolj prepoznano in »utrjeno« mesto v družbi. Po 100-letni tradiciji modernega (obnovljenega) delovanja ZZS bomo imeli zagotovo drugačne razprave na sami skupščini, kakor tudi dialog z laično javnostjo in mediji. Medsebojno interakcijo moramo šele razviti in nenehno razvijati, za kar je nujno potreben čas oz. daljše obdobje obstoja.

Nekatere zbornice so tudi neposredni pogajalci za obseg in ceno zdravniškega dela. Ob tem pa nimajo neposrednega vpliva na podiplomsko usposabljanje

zdravnikov. Zelo podobno kot pri nas urejajo odnos zdravnik - politika - družba. Imajo pooblastila nadzora in presoje strokovnosti zdravniškega dela. Večina ima obvezno članstvo oz. zdravnik, ki ni član zbornice, enostavno ne more zakonito in urejeno delovati v sistemu.

Valentin Sojar: Mislim, da je formalni položaj zbornice v tujini podoben, predvsem v obsegu delovanja. Vključuje lahko nekatere druge vidike zdravništva, kot na primer sindikat. V večjih državah je zbornica zobozdravnikov vedno posebej.

5. Zdravstvo je javna služba, vendar ne zato, ker na prostem trgu ne bi preživelo (kot npr. umetnost ali knjižničarstvo), ampak ker je potencialno preveč tržna dejavnost – ljudje ga nujno potrebujejo in bi v primeru popolne liberalizacije zdravniki nesramno obogateli, stroški državljanov za zdravstvo pa nevzdržno narastli. Zato socialne države namesto šibkega, posamičnega kupca zdravstvenih storitev organizirajo močnega, skupinskega kupca – proračun ali zavarovalnice. Je interes slovenskih zdravnikov, da namesto državne ZZZS bolnike začnejo zastopati prave zavarovalnice, ki bi uvedle ostro cenovno konkurenco za storitve? Ali je bolje še naprej ostati na proračunu?

Gordana Kalan Živčec: Slovenska družba mora temeljiti na solidarnosti zdravih z bolnimi, kot temelji na solidarnosti zaposlenih z upokojenimi. Menim, da Slovenci potrebujemo solidarno in dostopno zdravstveno varstvo. Torej mora država jasno povedati, katere storitve in v kakšnem obsegu lahko financira. Temeljne pravice morajo biti zagotovljene in dostopne vsakomur. Ob tem je nujna tudi ozaveščenost in odgovornost uporabnikov, da se ne prepustijo potrošništvu v zdravstvu zgolj zato, ker je dostopno in »zastonj«. Vse ostalo mora biti tržna »dobrina«. Brez osebnega prispevka posameznika dandanes ni mogoče več zagotoviti zdravstvene oskrbe v nobeni razviti državi.

Z vidika plačila zdravnikov menim, da bi bilo veliko bolj učinkovito pogajanje zbornice neposredno z zavarovalnico za ceno zdravnikovega dela. Sedanja ureditev plačevanje števila opravljenih ur ni dovolj fleksibilna za vsa področja zdravniškega dela. Prav tako je podcenjena sama zobozdravniška storitev, tj. delo zdravnika na račun opreme, materialov ali števila opravljenih obravnav.

Valentin Sojar: V Sloveniji je trenutno najbolj pereč problem financiranja zdravstvenih storitev, saj prebivalci potrebujejo več storitev, kot jih je zavarovalnica zmožna in pripravljena plačati. Glavni interes ZZZS, plačnika, je zmanjšati cene. Glede na relativno in absolutno količino denarja za zdravstvo je nemogoče pričakovati, da bi prebivalci lahko ohranili vse dosedanje pravice,

čeprav bi vsem zdravstvenim delavcem zmanjšali plače. V vsem socialno razvitem svetu velja načelo vzajemnosti z določenimi izjemami in dopolnili (ZDA - Evropa). Zavarovalnice, podobno kot zadruga kmetov v 19. stoletju, so nastale iz potrebe prebivalstva in šele kasneje iz finančnih interesov. Število zdravstvenih zavarovalnic v ničemer ne spreminja tega načela. Zdravniki in zobozdravniki v Sloveniji bi bili najbolj zadovoljni, če bi zavarovalnica plačala vse storitve v obsegu, ki je potreben in dogovorjen. Trenutno naredimo več in smo plačani manj.

6. Bolnišnice in drugi zdravstveni zavodi danes niso samostojni ekonomski subjekti, ki bi bili odgovorni za celotno ekonomijo svojega poslovanja – od investicij in cenovne politike do odgovornosti do pacientov. Menite, da bi bilo v interesu slovenskih zdravnikov, če bi zdravstvene ustanove vsa svoja sredstva, od plač do investicij, morale pridobiti s tržno realizacijo svojih storitev?

Gordana Kalan Živčec: Dokler imamo takšen sistem izbire vodstev javnih zavodov, ki temelji na vseh drugih elementih, samo ne na strokovnosti ali znanju v upravljanju, ni pričakovati niti pozitivnih premikov. Prav tako je potrebno priznati, da vodstva nimajo niti pravih orodij in vzvodov za upravljanje, saj po eni strani niso plačane vse opravljene storitve, po drugi strani se pogoji poslovanja spreminjajo med letom, ne morejo pristopiti k trženju storitev, ki bi jih lahko ponudili »trgu«, zaradi cele vrste zakonskih omejitev... Javni zavodi bi morali imeti možnost za tržno realizacijo, saj bi s tem pridobili finančna sredstva prav na področjih, kjer so potrebni dodatni viri, tako odhodkov kot tudi prihodkov; npr. plačilo »svobodnih specialistov«, nagrada za kakovost, novi programi obravnav, obravnava bolnikov iz tujine, investicije v razvoj...

Valentin Sojar: Trenutno stanje je odraz veljavnega širšega družbenega dogovora med državo in zavarovalnico ter zakonodaje. Tudi v tujini je praksa, da se bolnišnice in še posebej univerzitetne bolnišnice financirajo iz različnih virov. Upoštevati moramo namreč vidike opravljanja storitev, izobraževanja, uvajanja novih načinov zdravljenja in raziskovalne dejavnosti v medicini. Vse, razen večine samih storitev, je po mojem mnenju v domeni družbe kot celote, se pravi države. Tudi razvoj zasebne zdravstvene dejavnosti bi moral biti bolj širši družbeni interes, kot je sedaj. Predvsem bi morali v družbi podpirati cenovno in organizacijsko učinkovite modele izvajanja osnovnega zdravstvenega varstva in manj zahtevnih specialističnih storitev. V razvoj medicine in sistema zdravstvenega varstva se mora zbornica ves čas aktivno vključevati in biti enakopraven sogovornik ter skozi to zagotavljati uresničitev interesov zdravnikov in zobozdravnikov.

7. Če država še naprej ostane na proračunskem financiranju zdravstva (prek državne ZZS), mora zaradi pomanjkanja denarja omejevati razvoj zdravstvenih storitev, zlasti sodobnejših. Če uvede »pravo« zavarovalništvo, omogoči večje širjenje storitev in razvoj zdravstva, ampak hkrati bo oblikovanje različnih zavarovalniških »paketov« škodovalo mitu o enakem dostopu do zdravstva. Kako vidite te dileme?

Valentin Sojar: Na to vprašanje sem deloma že odgovoril v prejšnjih. Vprašanje razvoja novih metod zdravljenja je stvar širšega družbenega dogovora in ne zavarovalnice same. Ne smemo pozabiti na pomembno vlogo strokovnih združenj, Zdravstvenega sveta, usmeritev Ministrstva za zdravje in še posebej ne smemo pozabiti na civilno družbo. V procese odločanja o uvajanjih novih zdravljenj bi morali v naši družbi bolj vključevati združenja bolnikov, ki imajo v tujini pomemben položaj in predvsem enakopraven položaj pri odločanju. Oblikovanje paketov res pomeni določeno diferenciacijo. Taki paketi v nobenem primeru ne smejo prizadeti najbolj ranljivih skupin prebivalcev, otrok, nosečnic, kroničnih bolnikov, bolnikov z rakom in starejših. V državah zahodne Evrope so taki načini zdravstvenega zavarovanja znani in imajo tako svoje prednosti kot tudi nekatere slabosti. Nekatere države pa imajo tudi sistem, ki je podoben našemu, prav tako z vsemi dobrimi in slabimi lastnostmi. Kot sem že rekel, v Sloveniji trenutno nimamo jasne strategije razvoja sistema zdravstvenega varstva, kar vodi v vse mogoče pomanjkljivosti.

8. Kako gledate na težnjo Zdravniškega društva, da strokovna združenja (vključno z RSK-ji) poenoti pod eno krovno organizacijo? Ali drugače: kako poenotiti RSK-je, ki zgodovinsko gledano odražajo strokovno odgovornost osrednjih zdravstvenih ustanov, z zdravniškimi združenji SZD, ki odražajo strokovni interes zdravnikov – posameznikov?

Gordana Kalan Živčec: SZD kot samostojna zdravniška organizacija je polno pristojno, da se organizira v skladu s svojimi cilji delovanja. Pri tem strokovni sveti v celoti ne nadomestijo RSK-jev, saj v svojem delovanju ne zasledujejo »javnega interesa«, kakor tudi ne pokrivajo vseh področij delovanja RSK-jev. V okviru medicinskih ved potrebujemo enovit vrh stroke, še posebej, ker imamo Slovenci kot maloštevilen narod majhno končno število strokovnjakov. Delovanje istih ljudi v dveh organizacijskih oblikah je neučinkovito.

Valentin Sojar: Glede na pobudo vodstva SZD bi bilo smiselno razmišljati o strokovnih organih, svetih, ki bi za svoja področja usmerjali strokovni razvoj. RSK je po svoji vsebini sicer strokovno telo, vendar zgodovinsko gledano po svoji vlogi kaže svojo »politično« odvisnost od ministrstva. Novoustanovljeni strokovni sveti bi dejansko

pomenili neodvisne strokovne organe pri SZD, ki je po vsebini najvišji strokovni organ. Pobuda je dobra in za svojo uresničitev potrebuje dobro pripravljeno vsebinsko in organizacijsko podlago v smislu povezovanja z ostalimi organizacijami

9. Kako vidite razvoj dejavnosti in položaj ZZS v naslednjih letih?

Gordana Kalan Živčec: Zbornica mora opraviti še pomemben delež aktivnosti in nalog, da uskladi vse svoje postopke z veljavno zakonodajo in v največji možni meri odpravi administrativne ovire na področju izvajanja tako javnih pooblastil kot tudi članskega delovanja. Novi prostori pomenijo realno osnovo za razvoj predvsem članskega, stanovskega delovanja. To je na področju usposabljanja, kakor tudi na področju stanovskega druženja in sodelovanja.

Izkušnje iz razvitih okolij potrjujejo, da skozi čas zobo-/zdravniki razvijejo identiteto s svojo stanovsko organizacijo. Za zdravnike povsem neprimerno obračunavanje preko medijev je nujno potrebno prekiniti. Vsak takšen »obračun« bolj zmanjšuje ugled vsemu zdravništvu kot katera koli poteza posameznika. To zavedanje bo potrebno dodatno ozavestiti.

Menim, da ima zbornica enako vlogo v profesionalnem življenju svojih članov, kot jo ima družina v našem osebnem življenju. »Obiskujemo« jo ob slovesnostih, praznovanjih, se k njej zatečemo po pomoč, ko smo v stiski, in smo nanjo ponosni, ko kateri od članov doseže pomemben uspeh ali rezultat. Z družino živimo, jo širimo z novimi člani in jo iskreno podpiramo in spoštujemo. Kdo bo skrbel in varoval interese zdravništva, kdo bo pomagal članom v stiski, kdo bo zaščitil stanovski položaj, če ne prav zbornica in njeno vodstvo kot njen najbolj izpostavljen del?

Valentin Sojar: Želim si, da bi zbornica postala predvsem naša organizacija, da bi se umaknila s prvih strani časopisov in udarnih novic. Delo zbornice je predvsem namenjeno nam, zdravnikom in zobozdravnikom. Želim si, da bi vsak član zbornice čutil pripadnost in da bi bil ponosen član. Tako, kot so na to ponosni člani Kraljevega združenja zdravnikov v Angliji. Želim si, da bi jo mladi zdravniki začutili kot almo mater slovenskega zdravništva, mi zrelejši kot nekaj, kar soustvarjamo in razvijamo, seniorji kot nekaj, za kar je bilo vredno posvetiti svoje življenje. Ali bomo to dosegli? To je odvisno od nas samih, od vsakega posameznika. Gotovo pa najbolj od bodočega vodstva zbornice. Strokovni sodelavci in ne nazadnje prostori za delo ter želja po uresničevanju zadanih ciljev zagotavljajo uspeh. Zbornica mora skozi zavarovanje interesov zdravništva in stabilnost soustvarjati sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji. Vedno v odgovornosti do širše družbe.

Ljubljanski sanatoriji in Sanatorij Emona

Zvonka Zupanič Slavec

Ob sprehodu skozi »medicinsko Ljubljano« ne moremo mimo njenih večinoma zasebnih ustanov, imenovanih sanatoriji, ki so običajno bile zdravstvene ustanove z manjšim številom bolniških postelj, v katerih so h kakovosti zdravljenja neredko prispevale naravne danosti, kot so klimatske razmere, mineralne in termalne vode, različne dietne in fizikalne terapije. Pogosto so se v njih zdravili premožnejši bolniki, lahko pa so bili namenjeni tudi zdravljenju določenih bolezni, npr. tuberkuloze, astme, duševnih bolezni. Prvi sanatoriji na Slovenskem so nastali konec 19. stoletja, večina pa med obema svetovnima vojnama, običajno na pobudo premožnejših posameznikov. Samoplačnikom naj bi omogočili kakovostno zdravstveno storitev, možnost izbiranja zdravnika in bolj osebni pristop. Večina sanatorijev je bilo nespecializiranih; specializirani, za zdravljenje in preprečevanje predvsem tuberkuloze, pa so nastajali zlasti v 1. polovici 20. stoletja, ko se je ta bolezen močno razširila. Tedaj so v klimatsko ugodnih okoljih nastali sanatoriji oziroma poznejša zdravilišča v Topolšici, na Golniku in v Vurberku. Ob slovenskih termalnih in mineralnih izvrih pa se je sanatorijski način zdravljenja bolj približeval zdraviliškemu turizmu, na primer na Bledu, v Rogaški Slatini, Radencih, Dobrni, Laškem ali Rimskih Toplicah. Vsi zasebni sanatoriji so bili po letu 1945 nacionalizirani, z nastankom nove države Slovenije pa so se ponovno pojavile zasebne zdravstvene ustanove kot drugod v razvitem svetu.

V Ljubljani so bili v prvi polovici 20. stoletja trije sanatoriji: Leonišče, Šlajmerjev dom in Sanatorij Emona. Najstarejši, Leonišče, je nastal že leta 1894, imel je 39 bolniških postelj, pripadal je Družbi usmiljenih sester sv. Vincencija Pavelskega, imenoval pa se je po papežu Leonu XIII. Ustanovila ga je sestra prednica Splošne bolnišnice v Ljubljani Leopoldina Hoppe. Prvotno je bil namenjen zdravljenju usmiljenih sester in bolnih ter onemoglih duhovnikov, pozneje je sprejemal tudi civilne bolnike. Leta 1900 je Leonišče pridobilo koncesijo, njegov prvi ravnatelj pa je postal dermatolog dr. Vinko Gregorič (1857–1933). Že leta 1901 ga je nasledil kirurg dr. Edo Šlajmer (1864–1935), ki je tam večinoma tudi operiral. Med drugimi pa je v njem deloval tudi pomemben ljubljanski ginekolog in porodničar dr. Alfred Valenta (1869–1926). Med 1. svetovno vojno je Leonišče odstopilo prostore Rdečemu križu, med leti 1918 in 1941 pa so v njem

delovali številni ljubljanski zdravniki različnih specialnosti. V času 2. svetovne vojne so v njem tudi skrivali ilegalce in zdravili ranjence. Leonišče je bilo leta 1947 nacionalizirano.

Sanatorij Šlajmerjev dom je bil v lasti Trgovskega bolniškega in podpornega društva, Pokojninskega zavoda za nameščence v Ljubljani in Mestne občine ljubljanske. Zgrajen je bil leta 1932, sedem let pozneje pa je pridobil še prizidek ter skupno razpolagal z 90 posteljami. Bil je največji ljubljanski sanatorij. Projektirala sta ga slovenska arhitekta, Plečnikova učenca, Domicijan Serajnik in Janko Omahen. Obsegal je fizioterapevtski oddelek v kleti, otorinolaringološko in internistično ambulanto, rentgensko sobo, interni oddelek v pritličju, kirurški oddelek v 1. nadstropju ter porodniški oddelek in ambulanto za šoloobvezne otroke v 2. nadstropju.

Najmanjši med takratnimi ljubljanskimi sanatoriji, o katerem bomo tukaj spregovorili, je bil Sanatorij Emona.

Sanatorij Emona je leta 1912 v svoji hiši na Komenskega ulici 4 v Ljubljani ustanovil zdravnik kirurg Franc Derganc star. (1877–1939) s svojo ženo Hedviko. Uradno se je imenoval Sanatorium Emona za notranje in kirurške bolezni ter porodnišnica. Tehnično je bil sodobno opremljen, imel je tudi lasten rentgenski aparat, eno- in dvoposteljne bolniške sobe za okoli 10 bolnikov in operacijske prostore. V delo je bila vključena celotna družina: sanatorij je vodila Hedvika Derganc, zdravniki pa



Stavba Dergancovega sanatorija ali Sanatorija Emona na Komenskega ulice 4 v Ljubljani, kjer je bil med leti 1963 in 2002 sedež Slovenskega zdravniškega društva (foto Blaž Bertonec).

so bili vsi trije Dergančevi sinovi: Mirko – odgovorni zdravnik, Franc – kirurg, in Kristijan – internist. V sanatoriju so delovali priznani zdravniki specialisti, ortoped Bogdan Breclj, kirurg Božidar Lavrič, ftiziolog Robert Neubauer, internist Ljudevit Merčun, ginekolog Venčeslav Arko, rentgenolog Rudolf del Cott, kirurg Milan Žumer in drugi. V njem so delovale bolniške sestre sv. Vincencija Pavelskega – Marijine sestre čudodelne svetinje. Leta 1944 jih je bilo pet.

Sanatorij Emona je odigral pomembno vlogo med leti 1941 in 1945, ko je deloval v tesni povezavi z osrednjo organizacijo Osvobodilne fronte. V njem so ilegalno zdravili partizane in ranjence ter jih tudi skrivali; zbirali so sanitetni material in z njim oskrbovali partizansko vojsko. Mirko Derganc je poznal številne zveze med zdravniki, zdravstvenimi delavci in zdravstveno službo, zvezo med Emono in Splošno bolnico ter organizacijo Osvobodilne fronte v Ljubljani nasploh. Emono je okupator večkrat preiskal; spomladi 1942 so italijanske oblasti zaprle brata Mirka in Franca, Kristijana pa prepeljale v koncentracijsko taborišče v Padovo. Aretacije so se še ponovile. Vsi Dergančevi so skrivno delo opravljali z veliko požrtvovalnostjo; tudi bolniški sestri, usmiljenka Anastazija in sestra Kristina Pegan, sta vedeli za skrivno zdravljenje ilegalcev, a sta molčali. Partizanski ranjenci so v Emoni ležali s ponarejenimi dokumenti, poskrbeli so za podpise mrliških listov smrtno ranjenih, da so ti smeli biti uradno pokopani. Okupator je nekajkrat izvedel ekshumacije in preverjal identiteto pokopanih.

Po letu 1945 je bila stavba nacionalizirana in so sprva Emono v zdravstvene namene uporabljali organi za notranje zadeve, dokler ni ta zdravstvena dejavnost prešla v ljubljansko Bolnico dr. Petra Držaja. Leta 1963 je v tej hiši, znani kot Dom slovenskih zdravnikov, dobilo sedež Slovensko zdravniško društvo. Leta 2002 je bila stavba vrnjena lastnikom, Slovensko zdravniško društvo pa se je preselilo v prostore na Dalmatinovi ulici 10 v Ljubljani, kjer ima sedež še danes. V stavbi nekdanje Emone pa se nahaja zavarovalnica Grawe (1).

Franc Derganc (1877–1939)

Belokranjec Franc Derganc je bil rojen leta 1877 v Semiču in je opravil gimnazijo v Novem mestu in Ljubljani ter študiral medicino na Dunaju, kjer je promoviral leta 1903. Že tam je začel specializirati kirurgijo, a je nova spoznanja dobival tudi na drugih klinikah na Danskem, v Nemčiji, Švici in Franciji. Postal je primarij kirurg na kirurškem oddelku ljubljanske splošne bolnišnice. Od leta 1910 je vodil 2. septični oddelek, od leta 1911 pa 1. kirurški oddelek ljubljanske bolnišnice. Leta 1922 je združil oba oddelka in ju vodil do smrti. Bil je pobudnik in v 1. letu izhajanja – leta 1929 – tudi urednik revije *Zdravniški vestnik*. Najpomembnejša naloga revije je bil boj za popolno Medicinsko fakulteto in za slovensko zdravstveno izrazoslovje (2).

Svoje medicinske članke je prim. Franc Derganc objavljala sprva v edinem skupnem južnoslovanskem medicinskem glasilu *Liječnički vijesnik* (1912, 1920), ki je izhajal od leta 1877 in so v njem objavljali strokovne prispevke zdravniki, člani hrvaškega,



Spomenik s pročelja Dergančevega sanatorija, posvečen padlim partizanskim zdravnikom in medicincem v času 2. svetovne vojne. Je delo akad. kiparja Marjana Keršiča iz leta 1971. Pod kipom piše: Naši stanovski tovariši, padli in mučeni do smrti v štiriletni narodnoosvobodilni borbi (1941–1945) (foto Blaž Bertoneclj).



Ustanovitelj Sanatorija Emona, kirurg prim. Franc Derganc (1877–1939) (fototeka Inštituta za zgodovino medicine).

slavonskega in slovenskega zdravniškega društva. Objavljal je tudi v dunajskem strokovnem glasilu *Wiener klinische Wochenschrift* (1913, 1915–7), v nemških glasilih *Zentralblatt für Chirurgie* (1913, 1918) in *Münchener medizinische Wochenschrift* (1916). Ker je bil prim. Franc Derganc zavzet tudi za popularizacijo kirurškega znanja, je poljudnozdravstvene članke objavljati tudi v glasilih *Slovenski narod* in *Slovenec*.

Franc Derganc je bil literarno nadarjen in razmišljajoč človek, ki se je posvečal tudi filozofiji. Že kot dijak je objavljati pesmi v dijaškem listu *Vesna* (prve 1892, pod psevdonimom Sava, Hotimir), v Ljubljanskem zvonu (1896 ciklus »Vida«, ki je izzval literarno polemiko; uporabljal je psevdonime: Kazimir pl. Radič, Rafael Mirt, Makso Mak), v *Slovenki*, *Vrtcu* (npr. Od koč do palače 1897, pod psevdonimom Gregor Gornik, Vid Poljak, Stanko pl. Orlovič), pozneje v *Zvončku* (1920 in kasneje pod psevdonimom Sava Radič - Mirt). Na Dunaju je leta 1901 izdajal z Nikom Zupaničem kulturno-politično revijo *Jug*, kjer je obravnaval več filozofskih vprašanj, s katerimi se je ukvarjal tudi v Ljubljanskem zvonu (1902, 1917, 1919), *Popotniku* (1919, 1920, 1921) in drugod. V reviji *Popotnik* je leta 1920 objavil gradivo za filozofski slovar. Napisal pa je tudi filozofsko knjigo z naslovom *Svetozor*. V svojih filozofskih spisih Derganc zahteva, da naj bo bistvo filozofije v praktični etiki. V ontološkem oziru je bil dualist (ideorealist), v spoznavno-kritičnem pa nasprotnik dogmatizma in skepticizma (3).

Vidimo, da smo slovenski zdravniki imeli v prim. Francu Dergancu velikega zdravnika, ki je ob bogatem strokovnem znanju, delovnem in poslovnem pogumu v sebi združeval filozofski in literarni potencial. Njegov literarni dar ter zavezanost slovenskemu narodu in jeziku so ga tudi pripeljali do ustanovitve Zdravniškega vestnika in prevzema prvega uredništva. V spomin na zaslužnega prim. Franca Derganca Slovensko zdravniško društvo poklanja svojim članom priznanja dr. Franca Derganca za medicinsko publicistiko.

Literatura:

1. Zupanič Slavec Z. Sanatorij. Enciklopedija Slovenije, zvezek 10. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1996: 395-396.
2. Derganc, Franc. Enciklopedija Slovenije, zvezek 2. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1988.
3. Franc Derganc (1877-1939). V: *Slovenski biografski leksikon 1925-1991*. Elektronska izdaja. Ljubljana: SAŽU, 2009. Glej tudi: <http://nl.ijs.si:8080/fedora/get/sbl:0354/VIEW/>



Spominska plošča s pročelja sanatorija, posvečena 100 padlim zdravnikom in medicincem. Nanjo so vklesana njihova imena (foto Blaž Bertoneclj).



Secesijska gradnja nekdanjega Sanatorija Emona (foto Blaž Bertoneclj).



Spominska plošča, ki obeležuje, da so v Sanatoriju Emona med 2. svetovno vojno zdravili partizane (foto Blaž Bertoneclj).



Timpanon Dergančevega sanatorija (foto Blaž Bertoneclj).

dan oživljanja

O defibrilatorju in dnevu O-življanja

Andrej Šubic

Mnogo je bilo dogodkov med mojo službo, ki jih nosim s seboj, v zavestni spomin jih zlahka priključem, če so le bili nabiti z močnimi občutki. Mednje sodijo vsa oživljanja, uspešna in še bolj neuspešna. Zelo sem hvaležen usodi, da mi je namenila nekaj ljudi obuditi k življenju, in jezim se na trenutek odločitve za ta poklic, ko se spomnim neuspehov pri oživljanju. Ker me vprašanja okrog tega nenehno zanimajo, sem iskal možnosti, kaj lahko naredimo za boljše izide oživljanja tudi v celotni družbi.

Pri nenadnem srčnem zastoju štejejo minute. Takrat so pomembne zame tri stvari: očividec, ki je prisoten, očividec, ki zna in si upa, in očividec, ki ima opremo! V vseh treh točkah je glavni očividec in ob tej akciji hočem vsem povedati, kako je pomemben. Kolikokrat mi kdo reče: »Jaz si že ne bi upal oživljati, kje daleč je že prva pomoč ob vozniskem izpitu.« Z znanjem od takrat si kaj dosti tudi ne bi pomagal. Učenje očividcev (verjetno nam je jasno, da je to lahko vsak izmed nas) bi prineslo največje rezultate. Še tako dobra in gosta mreža ekip nujne medicinske pomoči jih ne more nadomestiti! Od njih je odvisen uspeh oživljanja, preživetje in kasnejše okrevanje bolnika po srčnem zastoju.

Pred časom so se pričeli pojavljati avtomatski defibrilatorji (AED) ob bazenih, velikih dvoranah, v lasti jih imajo gasilska

društva, naši farmacevtski velikani so si z njihovim nakupom delali promocijo, mreža AED-jev po Sloveniji tako postaja vse gostejša. Pri pregledu in razmišljanju sem opazil, da so nameščeni na zelo različnih mestih, pogosto nedostopni, zaklenjeni, še manj pa usklajeni z opremo lokalnih služb za nujno medicinsko pomoč. Namestitev čim več AED-jev priporočajo tudi Smernice za oživljanje Evropskega sveta za reanimacijo. Ker AED sodi na javni prostor, v javno uporabo, med množico ljudi, sem za predlog namestitve izbral središče mesta, Mestni trg v Škofji Loki. Saj ne, da je zelo živahno, morda bo pa z njim postalo živahnije. AED bo s svojo prisotnostjo tudi opozarjal, da je oživljanje možno, učenje zanj pa nujno.

Prijatelju v našem klubu se je ideja zdela tako dobra, da je praktično sam plačal nakup s svojo osebno donacijo. Nič ni komentiral, samo denar je prinesel! S tem me je obvezal še za kaj več, kot nakup naprave. Osvestiti je treba očividce!

Zato smo 14. aprila 2012 v Škofji Loki pripravili

dan  oživljanja



Foto: Robert Bogataj



Foto: Iztok Zupan

ZANIMIVO

Logotip, ki skriva toliko podpomenov: iz črnega (smrti) v rdečo (življenje), dva o-ja povezana skupaj v srce. Iz o-ja prihaja oživiljanje, v besedi je skrito z obrnjenim e tudi življenje. O! kako sem vesel življenja, ki sem ga z oživiljanjem povrnil.

Pod tem logom smo na sobotno dopoldne vabili mimoidoče in obiskovalce, naj primejo v roke AED, namestijo elektrode na prsni koš lutke in sprožijo rešilni električni impulz. Prigovarjali smo jim, naj preigrajo dogodek, naj bodo aktivni klicatelji na pomoč na 112 in naj na lutki izvedejo masažo srca in umetno dihanje. Naših šest zdravnikov, tehnikov in študentov je uspelo privabiti več kot 150 ljudi, da so to sami naredili ob njihovih napotkih. Še nekajkrat toliko jih je oživiljanje gledalo, morda se ojunajo naslednjič. Nekatere smo skoraj prisilili in videti bi jih morali, kako so z iskro ponosa v očeh na koncu zadovoljni zapuščali Mestni trg. Število ljudi, ki se je zbralo na Mestnem trgu, nam dokazuje, da bi ljudje še želeli pomagati, če bodo očividci.

V Sokolskem domu je v soboto ob 11. uri dopoldne (zanimivo, a?) polna dvorana spremljala predavanje Monike Grünfeld, dr. med., o temeljnih postopkih oživiljanja (TPO) in delu z defibrilatorjem. Predavateljica in poslušalci so bili navdušeni.

V mesto smo povabili tudi malčke, ki so si ogledali lutkovno igrico Muca Copatarica (zaradi izrednega zanimanja in polne dvorane so jo morale vzgojiteljice odigrati kar dvakrat) in se s svojimi vzgojiteljicami igrali »Medi Medo« zdravnika. Številni medvedki so dobili opornice, zdravila, v lekarni je bila vrsta, medvedki so bili poslani na zdravljenje...

V treh urah in pol je bilo v mestu polno ljudi (nekateri pravijo dva tisoč, jaz jim ne verjamem), lahko so prigriznili dobrote naših žena, spili kozarček in se učili. Ob dogodku se je zbralo več kot 5000 evrov za senzorno sobo za otroke s posebnimi potrebami v loških vrtcih. Sobotno dopoldne, kot si ga lahko samo želiš!

Rotary klub je podaril AED, ki je nameščen na Mestnem trgu. Aparat, ki bo ljudi še dolgo opozarjal na

dan  življenja

In potrebo po učenju, da bomo kot očividci upali in znali!



Foto: Iztok Zupan



Foto: Robert Bogataj



Foto: Robert Bogataj

Kako smo v kliničnem centru prvič reševali s helikopterjem

Boris Klun

Bilo je tam nekje po letu 1960, ko so iz neke zunanje bolnišnice klicali, da imajo bolnika, ki je tolkel z macolo po jeklenem klinu in mu je železen drobec odletel v srce. Transport naj ne bi bil dovolj hiter zaradi slabih cest, bolnika je bilo torej potrebno prepeljati takoj in nemudoma.

Bolnišnica ni bila oddaljena več kot kakih 60 ali 70 kilometrov, cesta je bila res ovinkasta, vendar bi se bolnika lahko pripeljalo v dobri uri. Toda na kraju samem so bili mnenja, da ga je treba prepeljati po zraku in to takoj.

Treba je vedeti, da je bilo telefoniranje v tistih časih kar velik podvig. Če se prav spominjam, je imela Kirurška klinika le dva ali tri telefone. Enega je imel prof. Lavrič, eden je bil na »nezgodji« in morda je bil kje še kakšen. Sicer zvez ni bilo treba iskati več preko telefonistk, toda če je bila centrala večno zasedena, tudi tako imenovana direktna zveza ni prav nič pomagala.

Skratka, bolnika je bilo treba prepeljati čim hitreje. Nekdo se je spomnil na helikopter. Še nikoli se nismo prevažali s helikopterjem. Milica jih seveda ni imela, imela pa jih je JLA.

Pričela so se pogajanja. Najbližje letališče, ki je imelo vsaj en helikopter, je bilo, tako se je domnevalo (*vojna tajna*), Cerklje ob Krki. Menda je bila JLA kar pripravljena (*narodna armija*), čeprav se jim je tak prevoz, vsaj za civilne potrebe, najbrž zgodil prvič. Ampak komunikacije so se pokazale kot silno zapletene. Vojske seveda ne moreš poklicati tako, da odpreš telefonski imenik, osliniš prst, zavrtiš številčnico in rečeš halo vojska. Kam pa bi prišli. Menda se je vse odvijalo preko milice, toda slednjic je le prispelo sporočilo (medtem je preteklo nekaj ur), da je helikopter prispel in je pripravljen, da odleti.

V napetem pričakovanju se je nekdo spomnil, da pilot sploh ne ve, kje lahko v Ljubljani pristane. Panika. Da bi se lahko neposredno povezali s pilotom, je bilo seveda brez smisla, saj je šlo vse obveščanje po zapletenih, šifriranih vojaških kanalih (*tu orao, tu orao, soko javi se*), saj bi lahko sovražnik izvedel kaj, koga in kam vozijo.

Morda pa bolnika še ni naložil in ga lahko še ujamemo preko postaje milice. Res je uspelo po številnih poskusih dobiti postajo, a je zvonec zvonil v prazno, saj nihče od vrlih miličnikov ni hotel zamuditi prizora, kako bo helikopter vzletel.

Sedaj je bilo treba najti neko rešitev, saj bi bilo res tragično, če bi se vrnil nazaj, od koder je

prišel. Z bolnikom, ki ima kos železa v srču. Nekdo, ki je razmišljal logično, se je spomnil, da mora helikopter pač poiskati Kliniko ali vsaj bolnišnični kompleks. Tu seveda pristanek ni bil mogoč. Edini prostor, ki se je zdel primeren, je bilo nogometno igrišče Slovana na Kodeljevem. Medtem je že ekipa Kirurške klinike, brez ideoloških pomislekov in z rezultatom slovenske pameti, sredi nogometnega igrišča položila velik križ, narejen iz rjuh in točno na sredini naj bi helikopter pristal.

Kako so helikopter zvalili na Kodeljevo, zgodovina ni zabeležila, menda z avtom, iz katerega so mahali z rjuho ali morda zastavo, vendar je takšno daljinsko vodenje očitno delovalo.

Toda kljub nogometnemu igrišču in belemu križu helikopter ni in ni hotel pristati in je nemočno ropotal nekaj deset metrov visoko.

In spet se je pokazala iznajdljivost slovenskega človeka. Nekdo se je spomnil, da se pilot boji, da bi se mu rjuhe zapletle okrog rotorja, in ko so jih odstranili, je helikopter pristal brez pomislekov. Rešilni avto, ki je že čakal, je bolnika, ki je bil morda malce utrujen od dolge vožnje, toda odličnega počutja, s sireno nemudoma odpeljal na kliniko.

Nadaljevanje je bilo bolj prozaično. Dve rentgenski sliki (*AP + stranska*) sta pokazali, da majhen drobec železa ne leži v srču. Ne vem več, kje je bil, najbrž pa ga nosi še danes.

Da bi se nekaj zdravilnega vendar naredilo, je bolnik dobil infuzijo (*0,9 % NaCl*) in naslednji dan je bil na tihem prepeljan tja, od koder je prišel, toda z rešilnim avtom in brez sirene.



Foto: <http://www.hnmp.info/?cat=9>

Iz zapuščine karikaturista Boža Kosa

Pavle Kornhauser

Zdravniki v predavanjih neredko uporabljamo likovne prisposode, da bi ponazorili in podkrepili lastna izvajanja. Zlasti karikature vsebinsko popestrijo besede in zbujajo pozornost morda že naveličanih poslušalcev.

Na 1. mednarodnem kongresu intenzivne terapije otroka, ki sem ga vodil v Ljubljani v Cankarjevem domu leta 1981 (z udeleženci iz 47 držav sveta), sem zaprosil karikaturista Boža Kosa, naj mi pomaga likovno upodobiti nekaj osnovnih načel s področja dela in vodenja enot za intenzivno terapijo otrok. Božo Kos je bil izredno pameten in duhovit človek, takoj je dojel, kaj od njega pričakujem. Za moje predavanje je narisal več slik, od teh predstavljam štiri in jih komentiram.

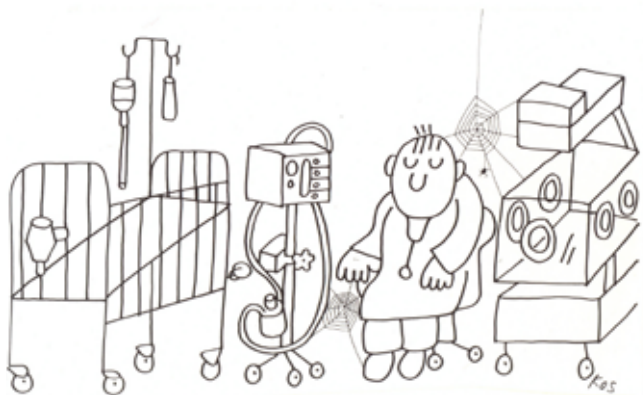
Za uspešnost nekega tima, ne le v medicini, je zelo pomembno medsebojno razumevanje in spoštljiv odnos: če so na »konziliju« nesoglasja, če vsak zdravnik specialist želi glasno dokazati, da ima prav, je »subjekt« – to je mali bolnik, vznemirjen in joče (glej sliko 1); če pa poteka »vizita« v dobrem razpoloženju, se dojenček smehlja (slika 2); na sliki 3 je poudarjen pomen združevanja kritično bolnih otrok v osrednjih bolnišnicah, saj bo le v velikih kliničnih bolnišnicah dovolj bolnikov in s tem povezanih ustreznih izkušenj v zdravljenju. Gradnja in oprema enot za intenzivno terapijo otrok sta zelo zahtevni in terjata veliko denarja, zato mora biti ves čas v pogonu in dodatno šolano zdravstveno osebje mora imeti dovolj dela. S pajčevino in s pečim zdravnikom (glej sliko 3)



Slika 1.



Slika 2.



Slika 3.



Slika 4.

je karikaturist odlično zadel, kako sameva zgrešena investicija. S sliko 4 likovnik predstavlja samozaverevanega zdravnika, ki je kot kralj prepričan v svojo nezmotljivost in mu nasveti kolegov gredo iz enega ušesa v prazno...

Za popestritev predstavljam še sličico petošolca Bojana, kako se spominja reševanja, ko so ga s helikopterjem pripeljali v KC.



Božo Kos (1931–2009) je med našimi vodilnimi karikaturisti.

Po poklicu sicer profesor fizike se je kmalu odločil za pot likovnika. Bil je izredno plodovit, pred poslušalci je znal na tabli z nekaj potezami krede duhovito ponazoriti osebe ali predmete, ki jih je želel osmešiti. Nikoli pa ni bil žaljiv in ni podcenjeval ne

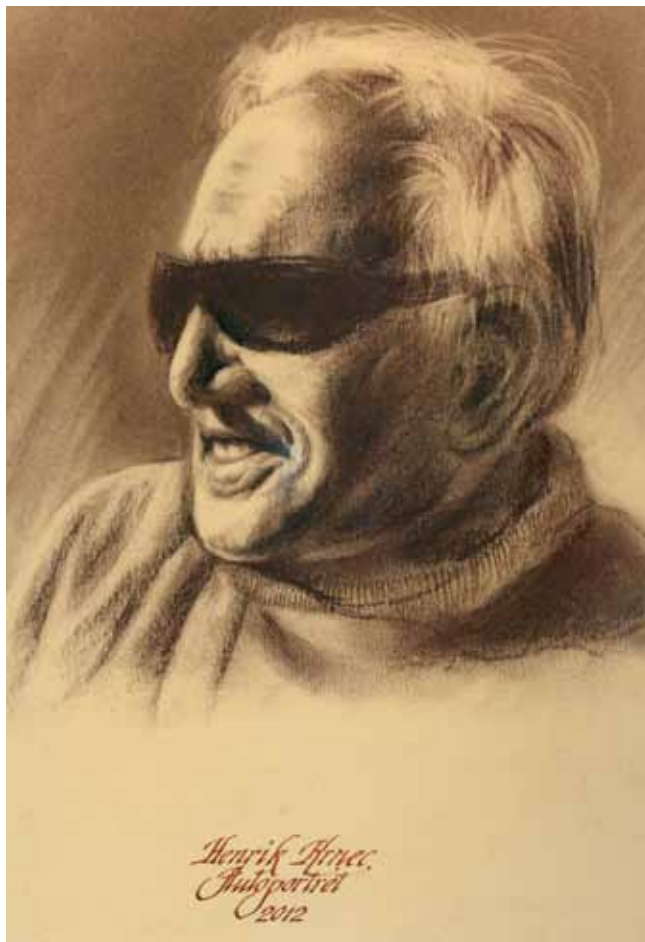
portretiranca ne snovi, ki jih je karikiral. Hitro je dojel »poanto« tega, kar si mu razlagal, in že so se rojevale njegove risbe. Bil je urednik časopisa Pavliha in pozneje Cicibana. Ilustriral je številne knjige za otroke. V Ljubljani je ustanovil in skupaj s sinom vodil Hišo eksperimentov. Je dobitnik številnih nagrad.

Portreti prvih učiteljev popolne Medicinske fakultete v Ljubljani

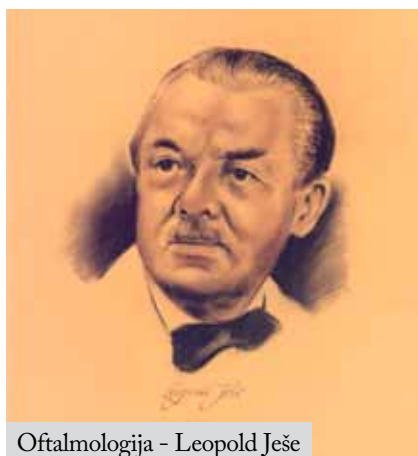
Zvonka Zupanič Slavec

Fotografija je stvar in ploskoven odsev objekta ali subjekta: portretu odvzame plastičnost in živost, saj je na nek način »zamrznjen« trenutek, ki ga je ujela fotografska leča v svoj objektiv. Umetniško doživljanje posameznika pa da portretu dimenzije empatije, umetnikovega doživljanja posameznika in njegovega videza ter osebnosti. Če je fotografiji določena racionalnost, je risbi dovoljen svobodnejši izraz. Zanimivo pa je, da opazovalci portretov večinoma pričakujejo podobnost med portretno stvaritvijo in portretiranim.

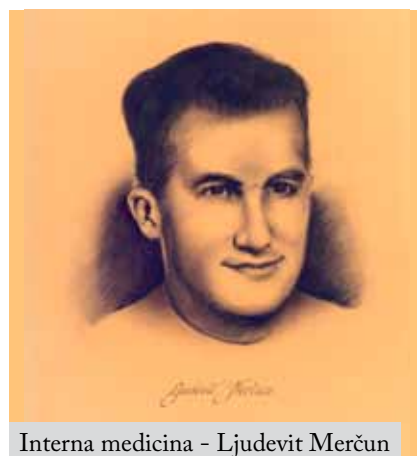
V knjigi Prvi učitelji popolne Medicinske fakultete v Ljubljani po letu 1945 sta se srečala stvarni fotografski prikaz 34 predstavljenih učiteljev in njihova umetniška upodobitev. Dolgletni obstoj Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete v Ljubljani (KUD KC in MF) je med slikarji iz njegovih vrst razvil pripadnost zdravstvu in njegovo vpletanje v umetniško poslanstvo članstva. Tako slikar Henrik Krnec, nekdanji uslužbenec Medicoengineeringa v UKCL, že tri desetletja predano dela za Likovno skupino KUD-a in je narisal vseh 34 predstavljenih učiteljev. S svojim subtilnim doživljanjem njihovih podob jim je dal umetniško vrednost. Vodstvo Medicinske fakultete z dekanom prof. dr. Dušanom Šuputom se je navdušilo nad portreti, jih sprejelo za svoje in nekatere že predstavilo na dekanatu v vitrinah z učbeniki posameznih kateder in inštitutov. Podobno bi bilo dragoceno v avli nove stavbe Medicinske fakultete vhodno steno odeti s portreti osebnosti, ki so to ustanovo oblikovale in vzgojile slovensko zdravništvo. To bi bilo v duhu Hipokratove prisega, ki v eni izmed točk izpostavi spoštovanje do svojih učiteljev. Prav s temi mislimi so tudi prvi bralci sprejeli novo knjigo: v njej so videli preko predstavitve življenja in dela 34 učiteljev pomembno kulturno potezo in visoko civilizacijsko normo. Med drugim je nekdo rekel, da bi



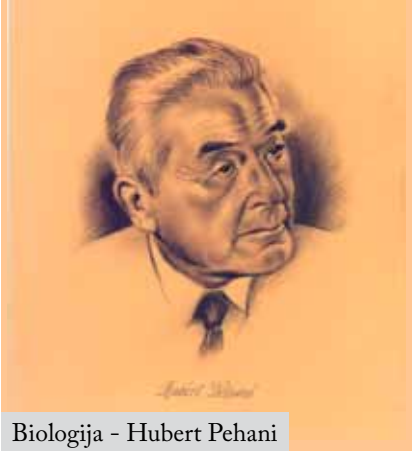
Anatomija - Valentina Kobe



Oftalmologija - Leopold Ješe



Interna medicina - Ljudevit Merčun



Biologija - Hubert Pehani



Klinična stomatologija - Jože Rant



Ortopedija - Bogdan Breclj

pravzaprav vsaka pomembna slovenska fakulteta lahko na tak način ohranila velike osebnosti, ki so sooblikovale slovenske intelektualce in nanje širile svoje znanje in presežnost duha. Ko bi ta misel le našla posnemalce!

O portretih Henrika Krneca je akad. slikar in grafik prof. Darko Slavec napisal strokovno recenzijo, ki analizira laiku težje opazne elemente teh del. Poglejmo, kaj je zapisal: »Na poti skozi galerijo v tej knjigi predstavljenih portretov ne moremo mimo dejstva, da je njihov avtor, slikar samouk Henrik Krnec, ne samo slikar pastela, temveč tudi odličen risar – portretist, ki obvlada tako tehniko in izraznost mehkega grafitnega svinčnika kakor tudi temeljne likovne parametre, s pomočjo katerih obogati živi psihološki izraz upodobljenih.

Avtor je bil tudi tokrat primoran podobe zdravnikov izvesti po fotografijah kot njihovih izhodiščnih vizualnih podobah. Pri tem je naletel na svojevrstno svetlo-temno in ploskovno dekorativno izraznost, ki jo vsebuje fotografija. Povprečnemu risarju bi to v podobnih okoliščinah predstavljalo nepremostljivo oviro. Krnec je obšel to past ter z lahkotnostjo, suverenostjo, znanjem, risarsko invencijo in svojim temperamentom ustvaril živahne portrete teh za slovenski narod tako pomembnih ljudi, kot bi jih risal v živo.

S svojimi risbami se je glede velikosti prilagodil portretom s fotografskih predlog. Ker so portretne fotografije običajno manjše, je za risanje uporabljeni 35 x 25 cm velik format toplo toniranega papirja omogočil, da portreti niso pretirane povečave in so prav zaradi tega ohranili svojo »fotografsko« intimitetnost. S tem je ohranjena verodostojnost v podobnosti in izrazu, kajti pri velikih in pretiranih povečavah se kaj rade prikradejo netočnosti, ki ustvarijo kratek stik med portretistom in portretom. Vsak predstavljeni portret predstavlja črtni zaris in modelacija, pri čemer so modelacijske črte kratke, toda mnogoštevilne in velikokrat zgoščene, odločne ter urejene v vzporedni šrafuri in različnih smereh in z različno vnaprejšnjo šrafirano predlogo. Krnec namreč modelacijo obraza izvede v različnih modelacijskih nivojih, od katerih vsak posebej ponazarja in poudarja določeno anatomsko, plastično, tonsko, senčno ali izrazno značilnost. S to slojevitostjo modelacijskih črt avtor poveča učinek

nemira tako modeliranih površin, s čimer ustvari učinek živosti, izraznosti in s tem tudi vtis zelo plastične ter navidezno realne prisotnosti samega portretiranca.

V portretih je opazna tudi izbira različno dolgih, širokih, temnejših ali svetlejših ter šrafurno zgoščenih črt s trdimi in mehкими zaključki. Krnec vedno loči moški portret od ženskega; pri ženskih obrazih je uporabil bistveno finejše črte, bolj zgoščeno modelacijo, fine krajše šrafure in prehode v svetla območja obraza ter tankočutnejši pritisk roke z bolj ošiljenim risalom. Avtor portretov ne olepšuje, saj včasih nasilne črte, ki trdo udarijo v površino lista, pušča takšne, kakršne so. S tem ohranja neposrednost svoje interpretacije in dodaja portretirancu prvobitnost in človeško ranljivost, živo vznemirjenost in nekonvencionalnost.

Kompozicija vsakega od portretov je klasično osrediščena, torej statična, predvidljiva, umirjena in dostojanstvena. Velikost portretov je idealna tudi glede na velikost obdajajočega jih praznega prostora na papirnem nosilcu, tako da se velikokrat nasičeni in izredno aktivni portreti lahko spojijo z okoliško praznino, ki tako blagodejno vpliva na njihov vtis.

Portreti so od primera do primera zelo specifični, ker avtor vedno pazi, da predstavljenemu posamezniku doda svojevrstno njemu lasten mikrostrukturalen videz, saj ravno množica na specifični način razporejenih črt daje tisti pravi individualni izraz, ga glede na celoto ustrezno zatemni ali osvetli, ustvarja ravno prav razporejena svetla in temna območja ter njihove različno aktivne periferije. Zato tako temne kot tudi svetle – z ošiljeno radirko zarisane – modelacijske črte ustvarjajo močno optično vibracijo in z življenjem pretkano podobo že davno preminule osebe.

Slikarju Henriku Krnecu se ob tej priložnosti iskreno zahvalimo za njegovo v tej knjigi predstavljeno mogočno zbirko portretov zdravnikov – prvih učiteljev na popolni Medicinski fakulteti v Ljubljani, ki bodo za vedno ohranjeni nam in našim zanamcem v teh živih podobah in spominu.«

Moja pot do poklica zdravnik

Ob izidu knjige Prvi učitelji popolne medicinske fakultete v Ljubljani po letu 1945

Marjan Jerše

Minila sta dva tedna, odkar sem dobil knjigo prof. dr. Zvonke Zupanič Slavec »Prvi učitelji popolne Medicinske fakultete v Ljubljani po letu 1945«, pa jo še vedno pregledujem in obujam spomine na leta takoj po vojni. Avtorici knjige moramo priznati, da se je hudo potrudila, da je izdala tako lepo in zanimivo knjigo. Ker sem sam takratni medicinec, naj obudim še nekaj svojih spominov na tista leta, kajti moja pot se razlikuje od drugih.

Že od malega, od svojega petega leta, ko sem zbolel za pljučnico in posledičnim empiemom, sem si želel postati zdravnik. Takrat so me starši pripeljali iz Naklega v Ljubljano na otroško kliniko, kjer me je pregledal dr. Bogdan Derč. Staršem je odkrito povedal, da nima upanja na ozdravitev, da me lahko odpeljejo domov ali pa me pustijo v bolnišnici. Po dvomesečnem zdravljenju sem okrevljal in celo pozabil hoditi. Zato so ob odhodu staršem svetovali naj mi kupijo kolo, da se bom razgibal in spet shodil. To se je posrečilo.

Srečno sem maturiral na bežigradski gimnaziji in prišel je čas za vpis na medicinsko fakulteto. Takrat še ni bilo omejitev za vpis, zato sem vestno hodil na predavanja in celo opravil dva kolokvija iz anatomije. Pričela pa se je vojna in medicinsko fakulteto so zaprli. Ponovno sem se vpisal šele 1945. leta. A kaj, takoj po vojni sem bil mobiliziran na odsluženje vojaškega roka. Odpustili so me šele po dveh letih, ko sem še tretjič pričel študij medicine. Da so mi potrdili vpis leta 1945, ima zaslugo Zlata Črepinko, ki je zbirala podpise predavateljev v moj indeks. Sedaj je prijazna kolegica že pokojna.

Izpit iz fizike sem opravil še kot vojak pri prof. Juliju Nardinu, priznanem strokovnjaku, a do študentov izredno blagem človeku. Povojnih medicincev je bilo veliko, menda okoli 200. Za primeren osip so poskrbeli strogi profesorji, zlasti kemik prof. Milan Štucin in anatom prof. dr. Milan Cunder. Uspelo jim je zmanjšati število na okoli 100.

Bil sem priden študent, včasih pa mi je spodrsnilo. Tako je bilo pri anatomiji, da sem izpit končal že po neuspeli preparaciji a. dorsalis pedis. Tako do ustnega izpita sploh nisem prišel. Zakaj pa sem padel pri fiziologiji, ne vem. Prof. Albin Seliškar je ves čas mojega izpita bral neko knjigo. Isti dan je padlo še več študentov, kar

pri fiziologiji ni bilo običajno. Zanesljivo je bil profesor nerazpložen (odsotna je bila ga. Polona, njegova asistentka).

Študij se mi je odprl pri kliničnih predmetih. Dobil sem ocene odlično ali prav blizu te. Z odliko sem napravil tudi zadnji izpit pri prof. dr. Janezu Milčinskem in tako kot drugi v letniku končal medicino. Sledilo je veselje, ki ga ne znam opisati. Izpolnila se mi je dolgoletna želja, da postanem zdravnik. Odšel sem v Tivoli in na Rožnik in se notranje izredno veselil. Šele po dobri uri sem odšel domov in staršem povedal veselo novico.

Zanimivo je, da sta bila v tistem času med medicinci tudi Urban Koder in Henrik Neubauer, ki sta oba končala medicinsko fakulteto, a nikoli nista delala kot zdravnika. Prvi je bil skladatelj in trobentač, drugi pa baletni plesalec, koreograf in pisatelj.



Marjan vojak
1945-47

Medicinec Marjan Jerše v vojaški suknji (iz avtorjevega albuma).



Pediater France Malešič predstavlja knjigo 750 let mesta Kamnik, katere urednik je bil (foto Duša Fischinger).

Mesto Kamnik, dota bogatih nevest

Ob izidu knjige 750 let mesta Kamnik

Zvonka Zupanič Slavec

Upokojeni pediater France Malešič, dolgoletni sodelavec Mestne otroške bolnišnice in Pediatrične klinike v Ljubljani, že od nekdaj goji čut za slovensko zdravstveno kulturo ter ohranja narodovo kulturnozgodovinsko in etnološko dediščino. Kot alpinist, član Gorske reševalne službe, in zdravnik je leta 2005 pri založbi Didakta izdal knjigo *Spomin in opomin gora – Kronika smrtnih nesreč v slovenskih gorah – o 2.000 smrtnih žrtvah v našem gorskem svetu*. Za delo je nadvse skrbno in vestno pregledal vse obstoječe primarne in sekundarne vire, da je delo dokumentarni pomnik žrtvam slovenskih gora. Dr. Malešič ohranja naklonjenost planinski tematiki in sedaj skrbno zbira gradiva za knjigo, ki bo izšla ob 100-letnici slovenske gorske reševalne službe. Lansko leto pa je slovenski kulturni prostor, predvsem pa Kamnik s širšim zaledjem obogatil z uredniškim delom pri knjigi kamniškega jezikoslovca prof. Ivana Zike, ki je desetletja zbiral zgodovinska gradiva in pisal to zgodovino, a mu je bilo življenje prekratko, da bi jo izdal v knjigi. France Malešič je z izjemno vestnostjo nadaljeval delo tam, kjer je Zikovo zastalo, in pred nami je imenitna knjiga *750 let mesta Kamnik*, katere predstavitev je pripravil ob množično obiskanem srečanju Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije in Inštituta za zgodovino medicine, ki je potekalo 12. marca 2012 v prostorih ljubljanskega kliničnega centra. Ob tej priložnosti mu je društvo tudi namenilo pisno priznanje za

njegovo dragoceno delo pri ohranjanju slovenske zdravstvene kulture.

Dr. Malešič je o knjigi in njenem avtorju prof. Ivanu Ziki zapisal: »Kamniški profesor Ivan Zika (1908–1976), ki je dolga leta učil francoščino in latinščino na kamniški gimnaziji, je bil izredno delaven tudi kot novinar, kronist in zgodovinar. Bil je po očetu češko-kamniškega, po materi pa madžarsko-kamniškega rodu. Izredno je bil ponosen na svoja stara strica – pisatelja Josipa Ogrinca in Josipa Benkoviča. S prvim člankom se je oglašil že kot gimnazijec leta 1923 v časniku *Jutro*. V Kamniku se je vključil v vsakovrstno



Naslovnica knjige 750 let mesta Kamnik.



Člani Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije so z navdušenjem sledili Malešičevi pripovedi, ki ga je popolnoma potegnila v bogastvo zgodovinskih dejstev in anekdot (foto Duša Fischinger).

društveno življenje. Postal je tajnik športnega kluba, dejaven je bil v turističnem in planinskem društvu, kasneje pa je postal tudi tajnik v znamenitem kamniškem francoskem krožku, najboljšem v tedanji Jugoslaviji.

Bil je iz krogov kamniške mladine, ki se je domislila vsega mogočega; odkrila je šport in še posebej smučanje, kamniške Poljane in Veliko planino; tamkaj je začela z zimovanjem oziroma bajtarstvom, sicer pa je počela še marsikaj drugega. Dva od starih Kamničanov sta se tega časa spominjala takole: *„Kamnki učas ni biu tko mrtu – je biu prec za usako stvar!“*

Dopisoval je v zelo različne časnike o vseh športnih in drugih kamniških dogodkih – o prvi hokejski tekmi pri nas, o »kamniškem kofemalnu«, o potovanju Kamničanov »okrog sveta« in drugih najrazličnejših kamniških domislicah – in tako najširšemu krogu bralcev velikokrat naredil izredno veselje.

Leta 1929 se je zgodilo, da je kamniškim občinskim možem zmanjkalo časa in denarja, da bi se spomnili okrogle sedemstoletnice mesta. Tudi to je Ivana Zika spodbudilo, da je začel zbirati in raziskovati gradivo o mestni zgodovini in s tem nadaljeval dolga leta. Marsikaj je objavljajal sproti ali kasneje, glavno svoje delo pa je začel priobčevati pred štiridesetimi leti v Kamniškem občanu z naslovom *750 let mesta Kamnika*. Objavil je 63 nadaljevanj do svoje nepričakovane smrti 17. decembra 1976. Imel je namen vse zbrano in objavljeno pripraviti tudi v knjižni obliki, žal pa mu to ni bilo več mogoče.

Njegova knjiga – *750 let mesta Kamnika* – je manjkajoči kamniški kulturni člen, ki predstavlja zelo lep prikaz kamniške zgodovine od najstarejših časov do sredine 18. stoletja, vmes pa so omenjeni tudi sodobnejši dogodki in podatki. Posebej izstopa temeljita in zaokrožena zgodovina andeških grofov, takrat najpomembnejših v deželi Kranjski, njihovo deželno-knežje mesto Kamnik pa prav tako. To še zlasti potrjujejo važne listine, ki so bile napisane v zgornji kapeli Malega gradu in podpisane pred številnimi uglednimi pričami; prav tako pa tudi kovnica denarja na Malem gradu. Največji razcvet je Kamnik doživel v času Henrika IV. Andeškega in je bil v njegovem času

iz trga povzdignjen v mesto. Prof. Ivan Zika nevsiljivo opozarja, da je letnica 1229 ohranjena le naključno. Omenja možnost, da je nekdanji trg postal mesto že leta 1207, ko se je Henrik IV. Andeški poročil s Sofijo Višnjegorsko in je želel bogato nevesto pripeljati v lepo mesto (ali pa celo že takoj, ko je leta 1204 umrl njegov oče in mu zapustil velika posestva na Kranjskem in seveda tudi Kamnik). Morda pa se je to zgodilo kasneje, ko je med leti 1211 in 1218 prebival v Kamniku – čakajoč, da ga bodo povsem oprali suma sodelovanja pri umoru nemškega kralja. Takrat je verjetno prisluhnil željam naklonjenih kamniških prebivalcev. Tretja možnost pa je njegova živahna povezava Ogleja in andeškega Slovenj Gradca skozi Kamnik in Tuhinjsko dolino med leti 1218 in 1229. (Kasneje je tudi zgodovinar prof. dr. Božo Otorepec potrdil, da je kamniška letnica 1229 samo naključna, in je posebej poudaril, da je bil v Kamniku vsaj od leta 1220 že kovan denar z napisom mesto Kamnik – *civitas Stein.*)

Henrik Kamniški je takrat ustanovil Hospital sv. Antona pod Kozjim hrbtom v Tuhinjski dolini (od katerega je danes ostalo ime Špitalič). Hospital oziroma špital je prav tako nastal tudi v Kamniku in je potem cvetel dolga stoletja in skrbel za onemogle meščane. Poleg tega so se na primer v 16. stoletju ljubljanski meščani in uradi zaradi kuge kar dvakrat umaknili v Kamnik.

Knjiga prof. Ivana Zike ima seveda prvotni avtorjev naslov – *750 let mesta Kamnika* – in je izredno lepa počastitev mesta in njegove zgodovine. Zato naj pride v roke vseh, ki se veselijo, da živijo v tako lepem kraju. Prav tako bo v veliko pomoč vsem, ki odločajo o zaščiti, obstanku in razvoju kulturnih dragocenosti in dobrin v domačem mestu.

Knjiga je tudi najlepša počastitev spomina na njenega avtorja, kamniškega profesorja, zgodovinarja in kronista. V svojem delu se dobrohotno sprašuje: *„Čemu toliko vedeti o domači zgodovini?“* in odgovarja: *„Kamniki je kot dota bogatih nevest prehajal iz rok v roke, doživel izreden razcvet in dokaj pestro usodo, pa vendar častno zgodovino in je bil po pravici imenovan eden od biserov slovenske domovine.“*

K naslovnici revije: začetki in sodobnost naših medicinskih učbenikov

Knjige o patologiji v slovenskem jeziku

Tomaz Rott

Prva in s preko 620 stranmi doslej najbolj obsežna knjiga o patologiji iz leta 1951 ima naslov *Uvod v splošno in morfološko patologijo*, ki jo je napisal prof. dr. France Hribar. Posvetil jo je dr. Janezu Plečniku. Veliko vrednost ima preko 420 slik, večinoma so delo akademske slikarke Smiljane Didek in sodelavcev Henrika Beraneka ter Vladislava Koste. Poglavja se večji del prekrivajo s sodobnimi razdelitvami osnovnih patoloških procesov, pretežno klasična opisna morfološka se tudi že povezuje s kliniko. Knjiga je še vedno vredna ogleda, saj so v njej bogatili jezikoslovje znani jezikoslovci: A. Slodnjak, A. Košir, F. Ramovš, A. Bajc, R. Kolarič, M. Rupel, J. Šolar, M. Šmalc na osnovi izkušenj A. Breznika in J. Plečnika. Zato bi knjigo moral prebrati vsak patolog, ne glede na določene jezikovne in strokovne arhaičnosti.

Prvi poskus *Patologije organskih sistemov (kardiovaskularnega in respiratornega)* je leta 1964 uspešno napisal v 240 strani obsegajoči knjižici Vladimir Kresnik, Andrej Mašera in Zdenka Ovčak pa sta leta 1981 na 148 straneh pripravila knjigo *Patologija sečnih poti in moškega spolovila*.

Leta 1990 so uredniki Andrej Mašera, Verica Ferlan Marolt, Dušan Ferluga, Albert Juteršek in Tomaz Rott pripravili 138 strani debelo knjižico *Patologija, navodila za vaje*, ki sta jo leta 1995 urednika Andrej Mašera in Tomaz Rott v drugi izdaji z 222 stranmi obogatila z mikroskopskimi fotografijami in skicami. Podobno kot v prvi izdaji so poleg navodil dodali poglavja o histološki tehniki, elektronski mikroskopiji, imunohistologiji, tanatologiji, v drugi pa še poglavji o makroskopski in molekularni diagnostiki. Omenjena navodila so zagotavljala tudi osnovno znanje o mikroskopskih in makroskopskih značilnostih temeljnih skupin patoloških procesov, celičnih okvar in adaptacij, obtočnih motenj, vnetij in tumorjev.

S tretjo izdajo navodil z naslovom *Patologija, izbrana poglavja iz patologije z navodili za vaje* pa so leta 2006 s knjigo večjega formata na 353 straneh uredniki Anton Cerar, Boštjan Luzar, Tomaz Rott in Nina Zidar naredili kvaliteten preskok in zaobjeli kar zajeten del znanja, potrebnega za razumevanje patologije in opravljanje izpita. Dodano je bilo poglavje o citopatologiji, fotografije makroskopskih preparatov in slovar oz. definicije v patologiji pogosto uporabljenih izrazov. V nekaj letih je ta izdaja pošla, tako da smo jo dali na razpolago na medmrežju.

Leta 2011 sta urednici Nina Zidar in Nina Gale na 149 straneh še večjega formata uredili prvo izdajo knjige *Osnove patologije*, ki se ne povezuje več neposredno z zbirkami mikroskopskih in

makroskopskih preparatov. Zgoščen jezik morda že kar preveč poenostavljeno ne pušča veliko odprtih vprašanj, ki bi jih bilo potrebno prikazati študentom. Razen citopatologije ni več poglavij o drugih metodah v patologiji (histologiji, histokemiji, imunohistologiji, elektronski mikroskopiji in molekularni patologiji), brez osnov tanatologije pa je verjetno tudi odveč poglavje o pomenu avtopsije. Žal tu ni prostor za razlago pripomb.

Prof. Hribarju je bilo kljub obsežni tematiki morda lažje pisati uspešno knjigo, saj je sam lahko precenil, kaj je bolj in kaj je manj pomembno. Pri številnih patologijah, usmerjenih na različna področja patologije (znana je izjava prof. dr. I. Lenarta, »da potrebuje 20 kliničnih patologov«, in se pri tem ni veliko zmotil), pa je zelo težko uravnotežiti pomen posameznih subspecialnosti in uskladiti delo pri pisanju učbenika, kljub temu, da smo imeli že pred mnogimi leti dobro izdelan načrt. Uresničiti ga ni bilo mogoče deloma zaradi objektivnih, pretežno pa zaradi subjektivnih vzrokov.

Omeniti moram, da sem že pred leti s študenti pričel z *digitalizacijo histološke zbirke* in izdajo prve zgoščenke, kar je kasneje z dvema zgoščenkami za medicine in stomatologije nadgradila Nina Zidar.

Ko sem pregledoval in zbiral *silabuse* posameznih predavanj in njihovih sklopov tako splošne kot patologije organskih sistemov, sem lahko ugotovil, da je bilo že mnogo materiala pripravljene in uporabnega za učbenik, a žal ni bil izkoriščen.

In končno moram omeniti še bogato *izdajateljsko delovanje* Inštituta za patologijo. Večina prispevkov za več kot 40 Plečnikovih memorialnih sestankov je bila objavljena v posebnih multidisciplinarnih monotematskih številkah Zdravniškega vestnika, Medicinskih razgledov ali kot samostojne knjige. Predvsem slednje so nedvomno podcenjene in napačno vrednotene.

Prispevki vabljenih tujih in naših strokovnjakov so večinoma naročeni, pregledajo jih za določeno temo odgovorni organizatorji in uredniki, so lektorirani in pressegajo okvir predavanja. Kljub temu, da bi sodili v rubriko prispevka v znanstveni publikaciji, jih ocenjujejo kot manjvredne članke v kongresnem zborniku. Ob študentom priporočenih kar številnih preglednih člankih v Zdravstvenem vestniku in Medicinskih razgledih, ki pokrivajo večji del patologije, pa so bili prispevki s Plečnikovih memorialnih sestankov premalo izkoriščeni za študij.

Omenjena uspešna organizacijska, uredniška in izdajateljska dejavnost na Inštitutu za patologijo dokazuje, da bi bili že pred časom sposobni ustvariti nujen celovit učbenik patologije.

Poudariti pa je potrebno, da je tudi patologija dinamična strokovna veda, ki se spreminja in dopolnjuje skladno z drugimi kliničnimi strokami. In *zakaj se je potrebno sploh učiti patologijo?* Poenostavljeno rečeno, ker se v njej, poleg anatomije, spoznavamo z najbolj obširnimi izrazoslovjem bolezenskih sprememb, ki jih morajo razumeti in pravilno uporabljati praktično vsi medicinski poklici. In ne nazadnje tudi zato, da patologije ne povezujemo zgolj z avtopsijsko dejavnostjo, ampak se zavedamo med drugim predvsem njene nepogrešljivosti in nezamenljivosti v diagnostiki, napovedi bolezni ter oceni (ne)škodljivosti zdravljenja.

In kaj je bistvena *razlika med knjigo prof. Hribarja in današnjimi izdajami?* Pri prvi je poudarjena predvsem klasična mikroskopska in makroskopska diagnostika, v današnjih je izraziteje poudarjeno razumevanje etiopatogeneze bolezni, tako npr. imunohistološko dokazovanje tkivnega izvora, imunofluorescenčno odkrivanje patogenetskega mehanizma in prikaz molekularnih sprememb pri različnih boleznih. Zaradi diagnostične dostopnosti praktično vseh organov in tkiv pa je razvidna tudi večja povezanost s kliničnimi strokami, saj je pri omejenem številu tkivnih reakcij na škodljive dejavnike spremembe nujno potrebno uskladiti s kliničnimi podatki.



Renalna denervacija – nov način zdravljenja odporne hipertenzije

Rok Accetto, Barbara Salobir, Dimitrij Kuhelj

Arterijska hipertenzija je pogosta bolezen tako v Sloveniji kot tudi drugod po svetu. V ekonomsko razvitih državah je prevalenca višja kot v državah v razvoju. Prevalenca narašča in ocenjujejo, da bo leta 2025 na svetu kar 1,5 milijarde bolnikov s hipertenzijo (1).

Prevalenca v Sloveniji je po zadnji epidemiološki raziskavi več kot 60-odstotna, kar je morda nekoliko precenjeno zaradi



Generator - aparat kaže temperaturo, čas trajanja ablacije, moč delovanja generatorja ter padeč impedance v % in impedanco. Višja kot je impedanca pred ablacijo, boljši je stik elektrode in stene.

načina vzorčenja populacije (2). Glede na druge rezultate populacijskih raziskav pri nas in glede na podatke o prevalenci hipertenzije v nekaterih evropskih državah pa nismo daleč od resnice.

Zveza med višino krvnega tlaka in srčno-žilnim tveganjem je linearna (3). 13,5 odstotka vseh smrti na svetu lahko pripišemo hipertenziji, 54 odstotkov možganskih kapi in 47 odstotkov srčnomišičnih infarktov (4, 5). Že z majhnim znižanjem krvnega tlaka bistveno zmanjšamo zbolewnost in umrljivost zaradi srčno-žilnih zapletov. Zdravljenje visokega krvnega tlaka kljub številnim zdravilom, ki jih imamo na razpolago, ni zadovoljivo. V Sloveniji je le okrog 32 odstotkov bolnikov z arterijsko hipertenzijo, ki se zdravijo, zadovoljivo zdravljenih in torej dosegajo ciljne vrednosti (2). Eden od razlogov za relativno neuspešnost je nezadostna zavzetost in vztrajanje pri zdravljenju bolnikov, včasih tudi zdravnikov. Manjši odstotek bolnikov pa ima kljub rednemu jemanju več različnih antihipertenzivnih zdravil (vsaj treh, od katerih je eno diuretik) in upoštevanju t.i. nefarmakoloških ukrepov še vedno previsok krvni tlak. Taki vrsti bolezni pravimo rezistentna hipertenzija (6, 7).

V nastanku in razvoju arterijske hipertenzije ima pomembno vlogo vegetativni živčni sistem v celoti, še posebno pa renalna inervacija. Aktivnost simpatika v ledvicah je pri bolnikih z

esencialno arterijsko hipertenzijo povečana (8). Povečana aktivnost povzroči večje izločanje renina, povečana je reabsorpcija natrija v tubulih, pretok krvi skozi ledvici je zmanjšan.

Z neselektivno kirurško simpatektomijo so učinkovito znižali krvni tlak pri bolnikih s hudo hipertenzijo v časih, ko še ni bilo na razpolago učinkovitih antihipertenzijskih zdravil (9). Zahtevnost operativnega posega, zapleti posega kot tudi dolgoročne posledice simpatektomije so uporabo te metode zavrli. V zadnjih letih pa so razvili endovaskularno selektivno renalno denervacijo, pri kateri z radiofrekvenčno ablacijo prekinemo simpatično živčno nitje v adventiciji ledvične arterije. Endotela pri tem trajno ne poškodujemo, saj se po posegu popravi.

Klinično učinkovitost posega dokazujeta dve končani klinični raziskavi: Symplicity HTN-1 in Symplicity HTN-2. V prvi so zdravili 50 bolnikov z odporno arterijsko hipertenzijo (sistolčni krvni tlak v ambulanti >160 mmHg ob ustrezni vsaj tritirni medikamentozni terapiji). V povprečju so prejeli celo več kot pet različnih antihipertenzijskih zdravil, njihov povprečni krvni tlak pa je bil 177/110 mmHg. Po 1, 3, 6, 12 mesecih je bil njihov krvni tlak za 14/10 mmHg, 21/10 mmHg, 22/11 mmHg, 24/11 mmHg ter 27/17 mmHg nižji. Bolniki so tudi po posegu potrebovali antihipertenzijska zdravila. Po istem protokolu so raziskavo nadaljevali in skupaj na ta način zdravili 153 bolnikov, rezultati glede znižanja krvnega tlaka so bili zelo podobni. Učinek na krvni tlak ni takojšen. Pri večini se zniža šele tri mesece po posegu, enak je bil tudi po dveh letih po opravljenem posegu. Zapletov v času opazovanja ni bilo (10).

V drugi (mednarodni, multicentrični in randomizirani) raziskavi Symplicity HTN-2 (11) so ugotavljali učinkovitost in varnost renalne denervacije pri bolnikih z rezistentno hipertenzijo. Raziskava je bila opravljena v 24 centrih v Evropi, Avstraliji in Novi Zelandiji. Bolnike, stare med 18 in 85 let s sistoličnim krvnim tlakom več kot 160 mmHg (pri sladkornih bolnikih tipa II več kot 150 mmHg), so naključno razporedili v skupino, zdravljeno z renalno denervacijo, ter v kontrolno skupino. Izključitveni kriteriji so bili zmanjšana oGFR na manj kot 45 ml/min., sladkorna bolezen tip I, kontraindikacije za MR (magnetno resonančno preiskavo), pomembna valvularna stenoza, nosečnost in načrtovana nosečnost v času raziskave, anamneza o miokardnem infarktu, nestabilni angini pectoris in/ali možganski kapi v zadnjih 6 mesecih.

Pred randomizacijo je bila izključena renovaskularna hipertenzija bodisi z ultrazvočno dopplersko preiskavo ledvičnih arterij, CT, MR ali renalno arteriografijo. Bolniki s hemodinamsko pomembno zožitvijo ledvične arterije, predhodno balonsko dilatacijo in stentiranjem ali anatomskimi posebnostmi ledvične arterije, ki onemogočajo intervencijo (premer arterije manjši od 4 mm, dolžina krajša od 20 mm, več kot ena glavna ledvična arterija), so bili iz raziskave izključeni. V skupini 52 bolnikov, pri katerih so opravili poseg, se je krvni tlak po 6 mesecih znižal za 32/12 mmHg, pri bolnikih v kontrolni skupini pa se krvni tlak ni znižal. Pri 39 odstotkih se je sistolični krvni tlak znižal pod 140 mmHg. Raziskava je potrdila, da je poseg varen, opisali



Prikaz punkcije skupne femoralne arterije po Seldingerjevi tehniki.

so en primer nastanka psevdoanevrizme na vbodnem mestu, pri enem bolniku je prišlo takoj po posegu da znižanja krvnega tlaka, kar je zahtevalo zmanjšanje predhodne antihipertenzivne terapije, en bolnik je tožil o bolečinah v ledvenem delu, zaradi katerih je jemal analgetike in so izzvenele po mesecu dni.

Kateter uvedemo v ledvično arterijo skozi žilno uvajalo v femoralni arteriji.

Z uporabo generatorja in katetra za renalno denervacijo (elektrode) opravimo radiofrekvenčno ablacijo obeh ledvičnih arterij v istem posegu. Ko smo prepričani, da se elektroda tesno prilega steni žile, opravimo prvo radiofrekvenčno ablacijo, ki traja dve minuti. Nato kateter izvlečemo za približno pet milimetrov in konico obrnemo ter opravimo drugo ablacijo. Poseg ponovimo najmanj štirikrat v obliki spirale. Celoten postopek ponovimo še v drugi ledvični arteriji.

Med posegom apliciramo heparin. Ker je postopek boleč, so bolniki prejeli kratkotrajno anestezijo. Poseg traja od 45 do 60 minut.

V Ljubljani smo do sedaj opravili tri posege na Kliničnem inštitutu za radiologijo (KIR) UKCL, bolniki so bili en dan hospitalizirani na Kliničnem oddelku za hipertenzijo UKCL. Akutnih zapletov ni bilo. Na kontrolni pregled sta po enem mesecu že prišla dva bolnika, po pričakovanju se krvni tlak še ni znižal.

Pri izbiri bolnikov, primernih za renalno denervacijo, smo zelo skrbni. Zaenkrat še ne poznamo markerjev, ki bi napovedali, kdo so tisti bolniki, ki bodo nedvomno ugodno odgovorili na poseg. Kljub razvoju še ni metode, s katero bi ugotovili, ali je bil poseg uspešno izveden. Poseg opravljamo le pri bolnikih z nevodljivo odporno arterijsko hipertenzijo, podatkov o ugodnem učinku denervacije pri drugih stopnjah hipertenzije pa ni. Krvni tlak se zniža, vendar, ali to res pomeni tudi zmanjšanje zbolelosti in umrljivosti zaradi srčno-žilnih bolezni? Na odgovore bomo morali še počakati. Zaenkrat ni opisanih pomembnejših neželenih posledic pri bolnikih, pri katerih je bila opravljena renalna denervacija – vendar je od prvega posega pri človeku preteklo šele nekaj let (na zadnjem kongresu aprila letos so omenjali petletne rezultate). Tudi na vprašanje, ali je renalna denervacija dolgoročno varna metoda, bomo morali še počakati.

Zaradi neodgovorjenih vprašanj je bil v okviru European Society of Hypertension (ESH) sprejet krovni dokument – priporočila (12). Skladno z njimi smo pripravili protokol posega pri nas:

Prvi korak – izključitveni kriteriji

Psevdooporna arterijska hipertenzija

Sekundarna arterijska hipertenzija

Odpravljeni vzroki za hipertenzijo (obstruktivna »sleep apnea«, pretirano uživanje soli, zdravila, ki zvišujejo krvni tlak, huda debelost)

Drug korak

Optimizacija antihipertenzijskega zdravljenja (vsaj tri ali več različnih zdravil, vključno diuretik)

Kontrola krvnega tlaka s celodnevним neinvazivnim merjenjem krvnega tlaka doma

Tretji korak

Ocena anatomske primernosti za poseg

Splošno priporočilo

Postopke je potrebno izpeljati v specializiranih ustanovah, ki so s strani ESH priznane kot »Hypertension Excellent Centre« (kar je KO za hipertenzijo v okviru UKC Ljubljana), ki so usposobljeni za obvladovanje morebitnih zapletov. Strokovnjaki s KIR se z odkrivanjem in zdravljenjem sprememb na ledvicah in ledvičnih arterijah uspešno ukvarjajo več kot tri desetletja ter so usposobljeni za izvajanje najzahtevnejših diagnostičnih in terapevtskih posegov na tem področju.

Potrebna je uporaba naprav, ki so v kliničnih raziskavah dokazale svojo učinkovitost in varnost.

Metoda renalne denervacije je v fazi uvajanja v okviru raziskovalne dejavnosti v UKCL in torej ni plačana s strani ZZZS. Po dosedanjih dvehletnih izkušnjah je ta način zdravljenja stroškovno učinkovit. Sicer zdravljenje ne pomeni, da bolniki ne bodo potrebovali več antihipertenzijskih zdravil. Vsi še naprej

jemljejo zdravila, vendar je njihov krvni tlak bolj obvladan, kar pa pomeni manjšo možnost nastanka usodnega ali neusodnega cerebrovaskularnega in/ali kardiovaskularnega zapleta.

Na KO za hipertenzijo smo v sodelovanju s kolegi s KIR sestavili interdisciplinarni konzilij, ki bo preverjal ustreznost bolnikov za poseg. Če menite, da imate bolnike, primerne za renalno denervacijo, se lahko obrnete na mag. Barbaro Salobir, dr. med., ali prof. dr. Roka Accetta, dr. med., po telefonu, še raje pa po elektronski pošti na naslov: barbara.salobir@kclj.si ali rok.accetto@kclj.si. Vaš predlog bomo uvrstili na listo za konzilij in Vas obvestili.

Literatura:

1. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005; 365: 217–223.
2. Accetto R, Salobir B. Epidemiologija arterijske hipertenzije – regionalne razlike. XIX. strokovni sestanek Sekcije za arterijsko hipertenzijo. Zbornik. Portorož 2010; 7–16
3. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002; 360: 1903–1913.
4. Lawes CM, Vander Hoorn S, Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet* 2008; 371: 1513–1518.
5. Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, Ambrosioni E, Burnier M, Caulfield MJ, et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertens* 2009; 27: 2121–2158.
6. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2007; 25: 1105–1187.
7. Salobir B. Obravnava odporne hipertenzije. V: Accetto R (ur). Arterijska hipertenzija. 6. izdaja (v tisku).
8. Esler M, Jennings G, Korner P, et al. Assessment of human sympathetic nervous system activity from measurements of norepinephrine turnover. *Hypertension* 1988; 11: 3–20.
9. Smithwick RH, Thompson JE. Splanchnicectomy for essential hypertension; results in 1266 cases. *JAMA* 1953; 152: 1501–1504.
10. Simplicity HTN-1 Investigators 2011. Catheter-based renal sympathetic denervation for resistant hypertension: durability of blood pressure reduction out to 24 months. *Hypertension* 2011; 57: 911–917.
11. Simplicity HTN-2 Investigators, Esler MD, Krum H, Sobotka PA, Schlaich MP, Schmieder RE, Bohm M. Renal sympathetic denervation in patients with treatment-resistant hypertension (The Simplicity HTN-2 Trial): a randomised controlled trial. *Lancet* 2010; 376: 1903–1909.
12. Roland E, Schmiedera, Josep Redonb, Guido Grassic, Sverre E. Kjeldsend, Giuseppe Manciac, Krzysztof Narkiewicz, Gianfranco Paratig, Luis Ruilopeh, Philippe van de Bornei, and Costas Tsioufij. ESH Position Paper: Renal denervation - an interventional therapy of resistant hypertension. *Journal of Hypertension* 2012, 30: 837–841.



Sonda oz. elektroda z gibljivo konico, ki omogoča stik s steno.

Enterobakterije s karbapenemazami – šepet pred viharjem

Iztok Štrumbelj

Naj opozorim: ne gre za pregledni strokovni članek, besedilo je esej in vabilo k branju referenc. Je osebni pogled in ne mnenje organizacij, katerih član sem. Gre za področje, kjer nam gre zaenkrat relativno dobro, veliko smo naredili, a dogajanje me spominja na čas pred gospodarsko krizo, ko je bilo vse videti dobro, skrite nevarnosti so bile neprepoznane.

Čutim, da medicinski jezik za opis slutenj ne zadošča. Podrobnosti lahko zameglijo bistvo. Zato je v besedilu nekaj literarnih vložkov in le bistveni podatki. Bralec, ki bi si po branju zaželel dejstev, jih obilo najde v referencah – vsaka od devetih je povod za to pisanje.

Začnimo s pravljico bratov Grimm o lisici in mački (vsebino navajam po spominu). Mačka je vprašala lisico, zakaj ji ne odzdravlja. »Kdo si ti, da bi te pozdravljala – koliko zvijač sploh poznaš? Jaz jih poznam na stotine!« ji je zabrusila lisica. »Eno samo,« je priznala mačka. Pa so prišli lovci s psi in mačka je uporabila svojo edino zvijačo – splezala je na drevo in se rešila. Tik preden so psi lisico raztrgali, je zaslišala zadovoljni mačkin glas: »Razveži vrečo z zvijačami, gospa lisica!«

Pustimo lisico, malokdo danes misli, da imamo zvijač (antibiotikov) obilo. Menim pa, da marsikdo čuti po mače – da nam ni hudega, saj imamo v rokavu eno zanesljivo zvijačo – karbapenemske antibiotike.

Enterobakterije se ne strinjajo (ostale teme puščam ob strani) – v zadnjem desetletju smo spoznali, da so z osupljivo hitrostjo in učinkovitostjo razvile mehanizme za izničenje delovanja karbapenemov in te mehanizme na svetovni ravni učinkovito širijo. Gre za karbapenemaze, ki antibiotike razgradijo. Geni zanje se širijo tako s širjenjem klonov kot s prenosom mobilnih genetskih elementov s celice na celico. Prevedeno – prijateljsko sodelujejo. Gre za problem, ki zadeva ves svet, le pogostost je od države do države različna.

Tako so se v strokovne medicinske revije prikradli leposlovni naslovi. Uporabljajo se besede, kot je globalna kriza, zadnja meja, globalni SOS, tišina pred viharjem (reference s temi naslovi so pri avtorju) – kot bi brali članke o gospodarstvu ali leposlovje. Strokovni članki postajajo dramatični vzkliki.

So bakterije z ESBL (betalaktamaze razširjenega spektra) povezane s karbapenemazami? Načeloma ne – praktično zelo. Ne le, da karbapenemaze že same razgrajujejo skoraj vse betalaktamske antibiotike, pogosto imajo bakterije s karbapenemazami v isti celici še ESBL.

Enterobakterije z ESBL so ključne v razvoju (in preprečevanju) problema s karbapenemazami (problem so seveda že same po sebi). Lahko jih razumemo kot predhodnico, ki vdre

in nas prisili, da uporabljamo najmočnejše orožje – karbapeneme. In ko je nasprotnik razgaljen, v roki ima zadnje močno orožje – karbapeneme, se pojavijo karbapenemaze... Kakšen učinek imajo na odpornost proti betalaktamskim antibiotikom, nazorno kaže slika.

Poleg odpornosti proti betalaktamskim antibiotikom imajo bakterije s karbapenemazami praviloma pridruženo odpornost proti številnim protimikrobnim zdravilom drugih skupin. Ostane le še nekaj antibiotikov, ki delujejo – a so šibkejši in bolj toksični, pa še proti njim se lahko hitro razvije odpornost. Tako pri nekaterih, tudi v svetovnih razmerah zaenkrat zelo redkih bolnikih, za zdravljenje ni ostalo prav nič – za te bolnike postantibiotično obdobje. Panrezistenca.

Ne smemo pozabiti, da je več kot bolnikov asimptomatskih nosilcev odpornih bakterij, ki jih ni potrebno in jih ne smemo zdraviti, so pa pomemben rezervoar odpornih bakterij – in včasih kasneje zbolijo.

V majski številki ugledne revije »Clinical microbiology and infection« (faktor vpliva več kot 4) so štirje pregledni članki, ki strnjeno, a vsebinsko podrobno in zato uporabno, povzemajo najvažnejša dejstva s področja enterobakterij s karbapenemazami, z množico skrbno izbranih referenc. Ta esej je vabilo k branju teh člankov – tu sledi le opis njihove vsebine.

P. Nordmann in G. Cornaglia v uvodniku pozivata k dejanjem. Povesta, da gre za povzročiteljice raznolikih okužb, da je njihovo število marsikje še majhno in zato preprečevanje širjenja v bolnišnicah možno in smiselno, saj so možnosti zdravljenja zelo omejene. Pojavljajo se tudi izven bolnišnic.

R. Canton in sodelavci opisujejo razvoj in širjenje enterobakterij s karbapenemazami v Evropi. Severne države imajo manj težav kot sredozemske, a problem je vseevropski (in svetovni).

P. Nordmann in sodelavci opisujejo identifikacijo in presejalne metode za iskanje enterobakterij s karbapenemazami – vsebina je pretežno namenjena mikrobiologom.

Pred opisom vsebine četrte reference povzemam tri poučne zgodbe – izraelsko, slovensko in grško.

Izraelska zgodba (referenci 2 in 5). Takole je bilo – najprej se jim je v 27 bolnišnicah približno šest mesecev dogajala epidemija z bakterijo *Klebsiella pneumoniae* s KPC-karbapenemazami, ne da bi posamezne bolnišnice vedele za probleme ostalih. Leta 2007 so se sestali in ugotovili, da gre za nacionalni izbruh; do takrat so imeli že 1.275 bolnikov z okužbami. Maja 2007 je bil vrhunec, mesečno so imeli 186 primerov obolenj. Z vrsto sistematičnih ukrepov, navedeni so v referenci 5, so do sredine

leta 2008 (v enem letu) uspeli zmanjšati število primerov na 40 mesečno. Danes v Izraelu zelo malo ljudi zbolijo zaradi okužb z bakterijami s karbapenemazami, obstaja pa velik rezervoar nosilcev v ustanovah za dolgotrajno oskrbo, tako da problem ni izkoreninjen, je pa zmanjšan.

Slovenska zgodba (referenca 6). V začetku novembra 2011 je 25 bolnikov iz Libije prišlo v Slovenijo. Inštitut za varovanje zdravja RS je na osnovi opozorila evropskega centra za nadzor bolezni (ECDC) ustrezne slovenske ustanove opozoril na možnost kolonizacije libijskih bolnikov z večkratno odpornimi bakterijami in priporočil presejalno testiranje. Preiskave so pri enem bolniku ugotovile nosilstvo bakterije *Klebsiella pneumoniae* s karbapenemazo OXA-48 (in ESBL). Uvedli so ustrezne ukrepe, bolnik je bil mesec dni do odpusta v kontaktni osamitvi in kot upajo avtorji, se bakterija ni razširila. T. R. Walsh (eden vodilnih strokovnjakov glede karbapenemaz) je na nedavnem izobraževanju v Italiji članku M. Pirš in sodelavcev rekel »čudovit članek«. Res je, čudovita, uspešna zgodba. A tu je kleč – bi bil postopek in uspeh enako zgleden tudi, če bi bil opisani bolnik iz Libije sprejet brez opozorila?

Zgodbi sem navedel, ker prikazujeta dvoje – da je možno v začetku popolnoma preprečiti bolnišnično širjenje; da je možno ukrepati tudi kasneje, a z neprimerljivo večjimi stroški in manjšim končnim uspehom, rezervoar nosilcev ostane.

Grška zgodba ni svetla (referenca 2) – enterobakterije s karbapenemazami so se pojavile leta 2001 in se do danes razširile po bolnišnicah po vsej državi. Pojavili so se tudi panrezistentni izolati in enterobakterije s karbapenemazami se širijo tudi v splošni populaciji, izven bolnišnic.

M. Akova in sodelavci (referenca 4) opisujejo intervencijske strategije in načela antibiotičnega zdravljenja. Glede slednjega navajajo, da sta dva hkratna antibiotika verjetno učinkovitejša od zdravljenja z enim samim.

Glede preprečevanja širjenja priporočajo proaktiven pristop – vnaprejšnja pripravljenost virov in postopkov omogoči zgodnje zaznavanje in zamejitev problema. Izbruhi naraščajo logaritmčno – čim prej širjenje zaustavitev širjenja je stroškovno učinkovita. Klinično zaznavanje bolnikov ni dovolj – potrebno je najti zdrave nosilce. Evropska ekspertna skupina predlaga regionalno, nacionalno in mednarodno koordinacijo.

Izraelci, verjetno edina država, ki ji je uspelo zmanjšati nacionalno že močno razširjene bakterije s karbapenemazami (glej zgoraj), poudarjajo nacionalni dogovor, informiranje, piramidno strukturo delovanja, nacionalne strokovne skupine, osebno odgovornost vodilnih oseb, presejalne teste...

Skratka, v referencah so informacije, ki so potrebne, da dopolnimo pripravljenost naše države na to tiho nevarnost. V referenci 3 so vodila za mikrobiološke metode (izhodišče, zaznavalni del sistema), v referencah 4 in 5 so vodila za organizacijo in ukrepanje, v referenci 6 pa slovenski primer dobre prakse. Reference od 1 do 4 na medmrežju niso prosto dostopne; referenca 8 je pregleden članek, ki je prosto dostopen.

Navedeni uspešni slovenski zgodbi navkljub – menim, da je pri nas potrebno in izvedljivo v kratkem času marsikaj dopolniti, izboljšati. Še hitreje pa je možno organiziranost poslabšati, na primer z zmanjševanjem sredstev in osebja za bolnišnično higieno ali s slabitvijo mikrobiološke mreže.

Redki izolati bakterij s karbapenemazami v Sloveniji nam nežno šepetajo – prihaja naš čas, prihaja vihar, ki se bo neslišno plazil po bolniških sobah... Ne bo dramatičen, kot so bile epidemije gripe, kuge... Bo pa trajal in trajal, dan za dnem. In marsikaj spremenil.

Smo pripravljeni slišati ta, zdaj še tihi glas redkih izolatov in se predano še bolje organizirati in upreti nevarnosti bakterij s karbapenemazami, preden postane očitna? Ko bo očitna, bo namreč prepozno za uspeh. Kar se da, moramo storiti zdaj.

Prikaz bakterijske odpornosti treh izolatov bakterije *Klebsiella pneumoniae*. Prva dva izolata sta iz laboratorija avtorja, podatki za izolat s karbapenemazo so iz reference 6. Črke S, I, in R na sliki pomenijo občutljivost (polje), intermediarnost (polje) in odpornost (polje).

Izolat z naravno odpornostjo

Ampicilin	R
Amoksisicilin – klavulanat	S
Piperacilin – tazobaktam	S
Cefuroksim	S
Cefotaksim	S
Ceftazidim	S
Ertapenem	S
Imipenem	S
Meropenem	S

Izolat z ESBL

Ampicilin	R
Amoksisicilin – klavulanat	I
Piperacilin – tazobaktam	S
Cefuroksim	R
Cefotaksim	R
Ceftazidim	I
Ertapenem	S
Imipenem	S
Meropenem	S

Izolat s karbapenemazo

Ampicilin	R
Amoksisicilin – klavulanat	R
Piperacilin – tazobaktam	R
Cefuroksim	R
Cefotaksim	R
Ceftazidim	R
Ertapenem	R
Imipenem	R
Meropenem	R

Dobre ali slabe poteze bodo močno vplivale na prihodnost. Kot je zapisano na 8. strani reference 9, »odpornost proti protimikrobnim zdravilom je ali ireverzibilna ali pa je njeno zmanjševanje zelo počasno«. V tem je razlika od mnogih drugih področij medicine – posledice današnjih dejanj ostanejo bodočim generacijam. Antibiotiki so omejen zaklad človeštva.

M. Čižman, B. Beović in sodelavci so nedavno objavili članek »Raba antibiotikov v Sloveniji: kaj spremeniti? Zbudimo se.« Zdi se, da zaključni stavek iz tega naslova ne velja le za rabo antibiotikov, ampak tudi za druga s karbapenemazami povezana področja dela.

Mačka, ki je uporabila zadnjo zvižajo, čepi na drevesu, ki počasi postaja gladko, mačji kremplji postajajo topi in mačka začudeno ugotavlja, da bo zdrsnila navzdol, če ne bo nabrusila krempljev.

Bakterije imajo milijone let izkušenj s prilagajanjem. Med seboj veličastno sodelujejo. Proti njim se je težko boriti. Toda – ali nam preostane kaj drugega?

Literatura:

1. Nordmann P, Cornaglia G. Carbapenemase-producing *Enterobacteriaceae*: a call for action! *Clin Microbiol Infect* 2012; 18: 411–2.
2. Cantón R, Akova M, Carmeli Y et al. Rapid evolution and spread of carbapenemases among *Enterobacteriaceae* in Europe. *Clin Microbiol Infect* 2012; 18: 413–431.
3. Nordmann P, Gniadkowski M, Giske CG et al. Identification and screening of carbapenemase-producing *Enterobacteriaceae*. *Clin Microbiol Infect* 2012; 18: 432–438.
4. Akova M, Daikos GL, Tzouvekelis L et al. Interventional strategies and current clinical experience with carbapenemase-producing Gram-negative bacteria. *Clin Microbiol Infect* 2012; 18: 439–448.
5. Schwaber MJ, Lev B, Israeli A et al. Containment of a country-wide outbreak of carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* in Israeli hospitals via a nationally implemented intervention. *Clin Infect Dis* 2011; 52: 848–55.
6. Pirš M, Andlovic A, Cerar T et al. A case of OXA-48 carbapenemase-producing *Klebsiella pneumoniae* in a patient transferred to Slovenia from Libya, November 2011. *Euro Surveill*. 2011;16(50):pii=20042. Spletni naslov: <http://www.eurosurveillance.org> Dostop 22. 4. 2012.
7. Čižman M, Beović B, člani Nacionalne komisije za smiselno rabo protimikrobnih zdravil v Sloveniji. Raba antibiotikov v Sloveniji: kaj spremeniti? Zbudimo se. *Isis* 2011; 20: 46–8.
8. Nordmann P, Naas T, Poirel L. Global spread of Carbapenemase-producing *Enterobacteriaceae*. *Emerg Infect Dis* 2011; 17: 1791–8.
9. World Health Organization. The evolving threat of antimicrobial resistance - Options for action. World Health Organization, 2012. Internetna publikacija: http://wqglibdoc.who.int/publications/2012/9789241503181_eng.pdf Dostop 30. 4. 2012

Kako razumeti načelo »največje koristi« oziroma »najboljšega interesa« v neonatalni in pediatrični intenzivni enoti pri otroku, ki postane brezupno bolan

Štefan Grosek

Uvod

Leta 1952 je danski anesteziolog dr. Bjorn Ibsen, ob veliki epidemiji poliomielitisa na Danskem, 12-letno deklico, ki je imela dihalno odpoved ob prebolevanju otroške paralize – poliomielitisa, osem dni zdravil z ročnim predihavanjem pljuč in ji rešil življenje. To dejanje je dalo zagon zdravnikom na Danskem, da so v 17 mesecih ustanovili prvo multidisciplinarno intenzivno enoto na Danskem (uradno odprta leta 1953, dr. Bjorn Ibsen je znan kot »oče intenzivne medicine«). Tri leta kasneje, 1955, je bila ustanovljena prva pediatrična intenzivna enota na Švedskem. V Sloveniji je bil Respiracijski center ustanovljen na Infekcijski kliniki leta 1957. Prva neonatalna in pediatrična EIT v Sloveniji in tedanji Jugoslaviji pa je bila ustanovljena na

tedanjem Pediatričnem oddelku kirurških strok, Kirurške službe Univerzitetnega kliničnega centra UKC Ljubljana leta 1968.

Meja med življenjem in smrtjo, ki je bila pred ustanovitvijo intenzivnih enot največkrat odvisna samo od narave in poteka bolezni ter bolnikovega organizma, ki je to bolezen premagal sam ali pa ne, je tako nenadoma postala odvisna od aparatur (respiratorjev in/ali »železnih pljuč«), ki so bolnika, pri katerem je prišlo do dihalne odpovedi, lahko ohranile pri življenju.

Razvoj intenzivne medicine

V naslednjih desetletjih so se »železnim pljučem« pridružili novejši sodobnejši respiratorji in druge naprave za prečiščevanje krvi pri odpovedi ledvic (dializa in druge metode), pri odpovedi

jeter, za nadomeščanje ali popolno podporo delovanja srca s črpalkami za srce ali srce in pljuča. Naučili smo se prehranjevati bolnike s parenteralno prehrano in tako preprečiti stradanje, ko črevo ni delovalo ali bolnik ni bil sposoben sprejemati hrane. Začeli smo razumevati, kako pride do bolnišničnih zapletov, predvsem okužb, in jih začeli učinkovito preprečevati in ne samo zdraviti. Razumevanje vzrokov in posledic odpovedi posameznih organov je vodilo v odkrivanje in izdelavo novih zdravil. Spremljanje delovanja srca, ožilja in oksigenacije tkiv je postajalo s pomočjo najnovejših aparatov vedno bolj neinvazivno.

Vprašanje, ki si ga ob teh uspehih lahko zastavimo, je: »Ali je intenzivna medicina izpolnila vsa naša pričakovanja, ali ni?« In naš odgovor je lahko: »Da, vsekakor,« saj je rešila ogromno življenj in omogočila razvoj ostalih strok, ki so vezane na intenzivno medicino. Po drugi strani so se pojavili problemi, ki so v tesni povezavi z intenzivnim zdravljenjem. Mnogi preživeli bolniki so postali kronični bolniki z odpovedjo različnih organov, ki potrebujejo nadaljnje zahtevno bolnišnično zdravljenje. Mnogi so že pred ali med zdravljenjem v enoti za intenzivno terapijo, EIT, utrpeli nepopravljive okvare na osrednjem živčevju, ki se v najtežji obliki kažejo s persistentnim kroničnim vegetativnim stanjem, v manj težkih oblikah pa s težkimi kognitivnimi (spoznavnimi) in psihomotoričnimi primanjkljaji. Nekateri so utrpeli druge poškodbe na posameznih organih in postali kronični bolniki, odvisni od pomoči negovalnega osebja ali svojcev. Pri otrocih je stanje glede intenzivnega zdravljenja veliko bolj optimistično kot pri odraslih bolnikih, vendar so kljub temu nekateri utrpeli trajne okvare možganov, pljuč, ledvic itd. Posebno težka je situacija, ko ob težkih prirojenih napakah, s katerimi se je otrok rodil, zdravniki in starši želimo narediti vse v »največjo korist« oziroma v »najboljšem interesu otroka«, izhod zdravljenja pa je lahko usodno slab.

In ravno zaradi včasih nepredvidljivih posledic intenzivnega zdravljenja se danes v sodobni pediatrični in odrasli intenzivni enoti srečujemo z vprašanji, kako naj ukrepamo, da bomo delovali v »največjo korist pacienta« oziroma v njegovem »najboljšem interesu« in da bo naše ravnanje etično in moralno, posebno ko se soočamo z brezupno bolnimi.

Pogled v neonatalno in pediatrično EIT na Kliničnem oddelku za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, Kirurške klinike, UKC Ljubljana

Danes delam v popoldanskem turnusu v neonatalni in pediatrični intenzivni enoti na Kliničnem oddelku za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo Kirurške klinike, UKC Ljubljana. Po nekaj dolgih mesecih intenzivnega in izredno naporega dela vseh, ki delamo v otroški intenzivni enoti, je današnje popoldansko delo potekalo relativno mirno, brez nenadnih pretresov, sprejemov težkih bolnikov, ki zahtevajo vsako sekundo tvojega časa, ko so vse možganske celice v polni pripravljenosti in se odzivajo na vse informacije, ki ti jih posreduje najprej otrokov

organizem, nato aparature, na katere je priključen, in poročila in aktivnosti ne ene, ampak več sester, ki delajo pri težkem bolniku. Misel in odločitev si sledita ena drugi in pošiljata verbalna in neverbalna sporočila timu, s katerim delam. Vendar, današnje popoldne je mirno, zato mi misli in pogled lahko počasi potujejo od otroka do otroka, vmes preskočijo slučajno prazno posteljo brez otroka, ki je še do pred nekaj urami dajala ležišče otroku, ki se je zdravil v intenzivni enoti, in pogled preskoči k naslednjemu otroku. Štirinajstposteljna pediatrična intenzivna enota je zasedena 75-odstotno, se pravi, da se trenutno v njej zdravi 10 otrok.

Nekaj otrok je pri nas že kar nekaj tednov, nekateri so tu krajši čas, enim gre na bolje, nekateri še čakajo, da bi se njihovo stanje izboljšalo. V sobi za izolacije leži dojenček, po srčni operaciji, ki je pri nas že dobre tri mesece. Uspešni operaciji na srcu je sledilo še dolgotrajno zdravljenje drugih zapletov in nepravilnosti, s katerimi se je rodil, vendar še vedno potrebuje umetno predihavanje. Naslednji dve posteljici sta prazni, do dva dni nazaj je na eni še ležal majhen nedonošenček, ki je bil po uspešno opravljeni operaciji na črevesju premeščen nazaj v Porodnišnico Ljubljana, Klinični oddelek za perinatologijo, Ginekološka klinika, UKCL, na drugi posteljici njegov bratec, ki mu ni uspelo preživeti težkega črevesnega obolenja. Kakšna tragedija za starše, ko zgubita enega izmed otrok nekaj dni po rojstvu. Tolaži nas lahko misel, da so bili starši ves čas pri njem in se poslovili od njega. Opora, ki jo je nudilo naše osebje, medicinske sestre in zdravniki, je olajšala zadnje slovo od otroka.

Zraven je dojenček, sedaj že več kot 50 dni pri nas, ki je uspešno preстал večdnevno zdravljenje z dolgotrajnim zunajtelesnim krvnim obtokom, ostaja pa pri nas še zaradi drugih, predvsem ledvičnih težav, ki zahtevajo skrben nadzor in zdravljenje. Podpore delovanju srca s posebno zunanjo črpalko za pomoč srcu, ki je popolnoma odpovedalo, je deležen naslednji otrok, ki že več kot dva meseca čaka na presaditev srca. Vsi upamo, da bo dočakal, da bomo našli primerne dajalca srca. Otrok je uspavan, na respiratorju, neumorna črpalka pa mu 24 ur na dan neprekinjeno jemlje kri iz levega prekata in jo pošilja v aorto in nadomešča delovanje levega prekata, ki še vedno ne deluje iz nam neznanega vzroka. Otroka se spominjam še pred akutnim poslabšanjem, ki je zahtevalo priključitev na črpalko, njegov nasmeh je bil neizmeren, njegova radost nad življenjem se je širila na nas, medicinsko osebje. Tim zdravnikov, v katerem so kirurgi, pediatri, anesteziologi, zdravniki iz transplantacijskega tima in drugi, se dnevno sestaja in sledi otrokovemu stanju ter se pripravlja na trenutek, ko bo srce dajalca na voljo.

Naslednji trije otroci so dojenčki in novorojenčki z dihalno stisko zaradi pomanjkanja surfaktanta in okužbo z respiratornimi virusi, ki prihajajo v sezonskih zagonih pozno jeseni in zgodaj spomladi. Večinoma se zdravijo pri nas do 10 dni, nato so odpuščeni ali domov ali na oddelek, ker potrebujejo še nekajdnevno dodatno bolnišnično nego in zdravljenje. Deklica, stara 14 let, je uspešno prestala operacijo v trebuhu, polno zapletov, ki jih je imela zaradi dolgotrajnega zdravljenja in težke osnovne

bolezni. S skrajnimi napori kirurgov in pediatrov intenzivistov ter neizmerno pozitivno energijo staršev je preživela in sedaj se ji stanje iz ure v uro izboljšuje. Pri nas je že en mesec, še vedno delno odvisna od respiratorja. Prvi nasmehi se ji po dolgem času prikrađejo na lica. Zraven nje je 7-letni fantek, pravi borec, ki je imel že veliko operacij na črevesju, vendar še vedno ni povsem v redu. Dolgotrajno protibolečinsko zdravljenje je bilo pravi izziv in s pomočjo kolegov anesteziologov smo uspeli najti učinkovito protibolečinsko zdravilo, čeprav so ostale težave, kot so strahovi, prestrašenost, nespečnost in nemir, še vedno prisotne. Najbolj ga pomiri stalna prisotnost staršev in sestrice.

Zadnji, 6-letni fantek je tudi pravi junak, preboleva virusno pljučnico, ima težave z ledvicami in je na kroničnem programu za dializo in kasneje za presaditev ledvice, stanje se počasi tudi pri njemu popravlja. V vseh otrocih in njihovih starših žari neznanško upanje, da bo zdravljenje v intenzivni enoti uspešno in da bodo čim prej zopet skupaj doma. Če smo že mi zdravstveni delavci kdaj pa kdaj obupali, v starših vedno tli neskončno upanje in odkrito moram reči, da je za nas največje zadovoljstvo, da smo se pri naši oceni zmotili in da so imeli prav starši. Vsem pa nam je hudo, če se naše slabe napovedi uresničijo in otrokom ne moremo več pomagati.

»Največja otrokova korist«, »najboljši otrokov interes«

Starši in zdravstveni delavci imamo ves čas pred očmi, da delamo in moramo delati v »največjo otrokovo korist« ali v njihovem »najboljšem interesu« (anglosaška literatura uporablja pojem »best interests«). Kaj zavezuje nas, zdravstvene delavce, in kaj starše in kako si ta pojem razlagati med delom v intenzivni enoti, ko se soočimo z brezupno bolnim otrokom?

Načelo »največje koristi« za otroka je pojem, ki ga najpogosteje uporablja pravni jezik, ko želi na osnovi nekkih objektivnih kazalcev ali dokazov zaščititi otrokove koristi v največji možni meri pred različnimi vrstami zlorab in ukrepov, ki bi lahko škodovali otroku. Pri delu s kritično bolnimi otroki ga uporabljamo tudi zdravniki, ko želimo opredeliti, kaj v času zdravljenja otroku najbolj koristi. Zdravnike zavezuje, da delajo v največjo korist bolnika – otroka, Hipokratova prisega, Kodeks medicinske deontologije zdravnikov Slovenije, Zakon o pacientovih pravicah in Stališče Državne komisije za medicinsko etiko. Starše in skrbnike zavezuje Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih.

Hipokrat je prvi pred 2500 leti s prisego zavezal zdravnike in opredelil, kakšne moralne norme naj vodijo zdravnike pri njihovem delu z bolniki. V 8. točki svoje prisega omenja delo v korist bolnikov: *»Da bom v sleberno hišo, kamor me bodo klicali, stopil samo zaradi koristi bolnikov ter da se bom vzdrževal vsake zavestne in pogubne krivice...«*. Hipokratova prisega se nanaša tudi na naše delo v pediatrični EIT. Lahko jo enostavno prevedem v: *»Da bom v pediatrično EIT stopil samo zaradi koristi kritično bolnih otrok ter da se bom vzdrževal vsake zavestne in pogubne krivice...«*.

Tudi Kodeks medicinske deontologije Slovenije, ki je bil sprejet 12. 12. 1992 in spremenjen 24. 4. 1997 na rednih sejah skupščine Zdravniške zbornice Slovenije, uporabi ta izraz v 2. členu Splošnih določb kodeksa, kjer piše: *»Zdravniku je zaupana pravica, da odloča o občutljivih vprašanjih, ki zadevajo človeško zdravje in življenje. Ta pravica mu nalaga naloge, posebne dolžnosti in osebno odgovornost. Zdravnik je dolžan: nuditi primerne zdravstvene storitve ob vsem spoštovanju človeškega dostojanstva; spoštovati pravice bolnikov, kolegov in drugih medicinskih sodelavcev; spoštovati zakone in svoje obveznosti, razen, če bi bili ti zakoni ali obveznosti v nasprotju s koristjo bolnika (podčrtal avtor); odkloniti*

sodelovanje z osebami, ki nezakonito ali nestrokovno opravljajo zdravstveni poklic; odkrivati zdravnike, ki delujejo nestrokovno, nepošteno in se poslužujejo prevar in pridobitništva.«

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) uporablja diktivo »največja zdravstvena korist« za pacienta, v 3. členu, kjer govori o načelih, ki se uporabljajo pri uresničevanju pravic pacientov po tem zakonu, in v 29. členu, kjer govori, kdaj se lahko opravijo posegi oziroma zdravstvena oskrba brez privolitve pacienta.

Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih iz leta 2004 in tudi Družinski zakonik iz leta 2011, ki je bil nato zavrjen



Prim. Ivan Vidmar, dr. med., svetnik, med pregledom otroka (foto: Jolanda Kofol).

na marčevskem referendumu leta 2012, zelo podrobno govorita o koristi otroka.

In kako naj uporabljamo oziroma tolmačimo izraz v »največjo otrokovo korist« v naši neonatalni in pediatrični intenzivni enoti? V pediatrični intenzivni terapiji pojmu »največja otrokova korist« sledimo pri vsakodnevnem delu:

- 1.) ko želimo narediti vse za otroka, da bi preživel in se ozdravljen vrnil v krog svoje družine,
- 2.) ko pridemo do tiste točke v otrokovem zdravljenju, ko ugotovimo, da zdravljenje samo podaljšuje njegovo trpljenje, in sploh, ko se pojavi dvom o koristnosti zdravljenja, ker je po medicinskih dognanjih zdravljenje postalo brezupno (angl. futile treatment, futility) in/ali
- 3.) ko začnemo ali bi lahko začeli intenzivno zdraviti novorojenčka, ki se je rodil s tako težkimi prirojenimi napakami, da brez intenzivnega zdravljenja in uporabe sodobnih načinov zdravljenja z vsemi možnimi aparaturnimi ne bi preživel, istočasno pa ima ali je med zdravljenjem pridobil najtežje spoznavne (kognitivne) in duševne okvare, zaradi katerih se bo nahajal v kroničnem vegetativnem stanju in bo odvisen od stalne medicinske in negovalne pomoči.

Ad 1. V prvem primeru, »ko želimo narediti vse« za kritično bolnega in življenjsko ogroženega otroka, sta vse naše znanje in strokovna usposobljenost usmerjena v iskanje najboljših načinov in ukrepov zdravljenja, ki bodo pripomogli k čimprejšnjemu ozdravljenju, v kar nas zavezujejo prisega, kodeksi in zakon. V moralno-etičnem pogledu pa sledimo štirim osnovnim etičnim načelom, ki sta jih prva opisala Beauchamp in Childress: spoštovanje avtonomije posameznika, neškodljivost, dobrotelost in pravičnost. Spoštovanje avtonomije pomeni, da se vsak lahko odloča, kako in na kakšen način se bo zdravil ali tudi ne, če se je tako odločil in se pri tem popolnoma zaveda posledic svojih odločitev, to se pravi, je popolnoma kompetenten. V primeru otroka, ki je nekompetenten, se namesto njega odločajo njegovi starši ali skrbniki, ki morajo delovati v največjo otrokovo korist. Zdravljenje mora biti čim manj obremenjujoče za otroka, ne sme mu škodovati in skrbeti moramo, da je uravnoteženo tveganje med koristnostjo in škodljivostjo zdravljenja. Pravičnost v zdravljenju pa pomeni, da so vsi bolni otroci s podobno boleznijo zdravljeni po enakih načelih in strokovnih odločitvah in da morajo biti sredstva za zdravljenje pravično razporejena med vse skupine, ki potrebujejo zdravljenje.

Ad 2. V drugem primeru, »ko ugotovimo, da bi intenzivno zdravljenje podaljševalo njegovo trpljenje in obremenitve«, in ko se pojavi dvom o smiselnosti nadaljnjega zdravljenja, se moramo najprej zdravstveni delavci sami, nato pa skupaj s starši vprašati:

- a) kakšne bodo nadaljnje obremenitve za otroka, b) ali se bo lahko vrnil nazaj v življenje, ki ga je živel pred boleznijo ali poškodbo, c) kako hude so okvare organov, č) ali bo z okvarjenimi organi lahko preživel daljše obdobje, brez trpljenja, d) kakšne bodo otrokove kognitivne sposobnosti, sporazumevanje z okolico, kakšne radosti življenja bo lahko užil, tako čustvene

kot duševne in fizične, e) koliko in kakšno odvisnost od stalne medicinske opreme in pomoči bo potreboval in f) kakšna je pričakovana življenjska doba otroka. Sprašujemo se torej o koristnosti zdravljenja in podaljševanja zdravljenja za otroka, ko bi to lahko postalo brezupno ali izgubilo svoj smisel zaradi težke narave obolenja ali se bo znašel v kroničnem vegetativnem stanju.

Zakon o pacientovih pravicah navaja samo za odrasle bolnike, kdaj in v katerih primerih lahko upoštevamo vnaprej izraženo voljo pacienta (kakšne zdravstvene oskrbe ne dovoljuje), nič pa ne piše, kako ukrepati pri otrocih. Tako 34. člen pravi, kdaj in kako upoštevamo vnaprej izraženo voljo pacienta – (upoštevanje vnaprej izražene volje) ZpacP, Uradni list Republike Slovenije, št. 15, 11. 2. 2008, stran 1051:

»(1) Pacient, ki je sposoben odločanja o sebi in je dopolnil 18 let starosti, ima pravico, da se upošteva njegova volja o tem, kakšne zdravstvene oskrbe ne dovoljuje, če bi se znašel v položaju, ko ne bi bil sposoben dati veljavne privolitve, če: – bi trpel za hudo boleznijo, ki bi glede na dosežke medicinske znanosti v kratkem času vodila v smrt tudi ob ustreznem medicinskem posegu oziroma zdravstveni oskrbi in tako zdravljenje ne daje upanja na ozdravitev oziroma izboljšanja zdravja ali lajšanje trpljenja, ampak samo podaljšuje preživetje, – bi mu medicinski poseg oziroma zdravstvena oskrba podaljšala življenje v položaju, ko bo bolezen ali poškodba povzročila tako hudo invalidnost, da bo dokončno izgubil telesno ali duševno sposobnost, da bi skrbel zase.

(2) Volja iz prve alineje prejšnjega odstavka je za zdravnika zavezujoča, volja iz druge alineje prejšnjega odstavka pa mora biti upoštevana kot smernica pri odločanju o zdravljenju.

V 35. členu ZpacP je pod poglavjem 9, »Poseben način uveljavljanja pravic pacientov, ki niso sposobni odločanja o sebi«, besedilo, namenjeno otrokom in njihovim skrbnikom. Določa pa samo, kako se starši odločajo za zdravljenje in operativne posege, nič pa ne piše, kako se odločajo v primeru stanj, ki jih za odrasle bolnike z vnaprej izraženo voljo opisuje 34. člen ZpacP. Tako zdravniki pogosto ostanemo brez podpore zakonodaje, ko se skupaj s starši odločamo, kakšno zdravljenje je v največjo otrokovo korist, ko le-to postane brezupno.

Brezupnost in racionacija

Kot brezupnost zdravljenja razumemo stanje, ko je intenzivno zdravljenje v očeh zdravnikov in medicinskih sester in/ali staršev in skrbnikov otroka izgubilo svoj smisel in bi nadaljevanje zdravljenja samo podaljšalo otrokovo agonijo in trpljenje. Pojem brezupnost (angl. futility) se je pojavil v intenzivnih enotah kot posledica dogodkov, ki so si sledili po odprtih novih intenzivnih enot, ko so mnogi bolniki v trajnem vegetativnem stanju ostali v intenzivnih enotah odvisni od aparaturne vzdrževanje delovanja srca, pljuč, itd., akutno bolni pa zaradi prezasedenosti intenzivnih enot niso mogli biti deležni ustrezne oskrbe v intenzivni enoti. Mnogi svojci bolnikov ter starši otrok ali

otrokovi skrbniki želijo, da bi se zdravljenje njihovih najdražjih nadaljevalo navkljub brezizhodni situaciji.

Kot pojem je izraz brezupnost prešel več faz razvoja: konceptualno (definiranje kriterijev brezupnosti), postopkovno in komunikacijsko obdobje. Če so v konceptualnem obdobju iskali merila, ki bi povedala, kdaj je bolezen ali poškodba neozdravljiva oziroma zdravljenje brezizhodno, in sicer na osnovi kakovosti zdravja – kvalitativni model, minimalnih možnosti, da je preživetje možno – kvantitativni model, nedoseganja fizioloških ciljev zdravljenja – fiziološki model, zaznamuje drugo obdobje postopkovnosti, to je, kako voditi postopke, da bi se izognili zapletom med medicinskim osebjem in sorodniki, ki se niso strinjali z našimi ukrepi, da bi prenehali zdraviti. V Ameriki so postopkovno metodo v nekaterih zveznih državah prevedli v zakon, ki je urejal, kako peljati postopke v primeru brezupnosti. Zaradi prevelike moči etičnih komisij bolnišnic, kjer so imele njihove odločitve zakonsko moč, nad željami sorodnikov in staršev, so mnogi nasprotovali sprejetju takega zakona in njegovi implementaciji. V današnjem komunikacijskem obdobju pa želimo na partnerski način najti optimalne rešitve pri zdravljenju brezupno bolnih, prenehati z zdravljenjem, ko je to v največjo korist bolnika, in zdravljenje preusmeriti v paliativno zdravljenje, kjer je to možno.

Zavedati se moramo, da je intenzivno zdravljenje izjemno drago in da so bili nasprotniki prenehanja zdravljenja brezupno bolnih največkrat starši, sorodniki ali zakoniti zastopniki, ker so bili velikokrat prepričani, da želimo najti prostor za drugega bolnika, da želimo prihraniti sredstva in aparature, ker naj bi bilo zdravljenje predrago, in nočemo, da bi sredstva trošili brez potrebe, itd. In veliko se nas še spominja, da še ne tako daleč nazaj nekatere možnosti zdravljenja niso bile dostopne vsakemu bolniku, posebno, ko je presegel npr. določeno kritično starost (starostni cenzus za zdravljenje), ker je bilo enostavno premalo zdravil, aparatov, postelj, osebja itd. Tako racioniranje (v vsakdanjem življenju poznamo racioniranje ali redukcije pitne vode, hrane, bencina, elektrike itd. v času pomanjkanj teh živil, tekočin oz. surovin) zdravljenja, kjer se ni upoštevala pravičnost kot eno izmed temeljnih načel medicinske etike, je izzvalo močno nasprotovanje ljudi. In ljudje so povezali odločanje o brezupnosti in prenehanju zdravljenja z racioniranjem oziroma redukcijo sredstev in medicinskih ukrepov, ki so potrebni za zdravljenje njihovih najdražjih.

Prenehanje zdravljenja

Za prenehanje zdravljenja (angl. end-of-life decision, life-support limitation) se ne odločimo naenkrat, ampak je to vedno rezultat večkratnega in treznega razmisleka medicinskega osebja in/ali staršev oziroma skrbnikov. Rezultati mednarodnih raziskav so potrdili, da obstajajo velike razlike med državami, kako se odločiti ob koncu življenja, ko je postalo zdravljenje brezupno. Brez navajanja imen držav lahko rečemo, da obstaja zelo paternalistična drža zdravnikov v nekaterih državah, ko se sami odločajo, kaj je najbolj prav za bolnika, in to brez

posvetovanja s sorodniki, v drugih državah je močan partnerski odnos, ki je prisoten tudi v naši pediatrični intenzivni terapiji, kjer skupaj s starši ali skrbniki iščemo najboljšo rešitev, ko je postalo zdravljenje brezupno. In nazadnje v nekaterih državah o tem sploh nočejo razmišljati in zdravijo take bolnike, dokler se njihovo življenje ne izteče kljub maksimalnemu zdravljenju. Obstajajo razlike tudi glede na različne veroizpovedi.

Prvemu koraku, ko se odločimo za prenehanje zdravljenja, morajo vedno slediti naslednji koraki pravilne, izbrane in sočutne paliativne oskrbe kritično bolnega otroka ali podpore žalujoči družini, če smo prekinili zdravljenje. Če ugotovimo, da se pojavijo dokazi, da je prišlo do spremembe stanja, ki bi lahko spremenila našo že sprejeto odločitev, moramo to upoštevati in na novo oceniti bolnikovo stanje ter sprejeti odločitev, ki bo najboljša za našega bolnika

Stališče Državne komisije za medicinsko etiko »O ravnanju z umirajočimi in evtanaziji«, objavljeno 2001 v Zdravniškem vestniku, podaja mnenje za bolnike, ki so nezavestni ali sicer nezmožni odločanja o sebi: *»Če gre za nezavestne bolnike ali bolnike, ki niso zmožni razumno razsojati in odločati o sebi, bodo zdravnikove odločitve temeljile predvsem na njegovi diagnozi in prognozi. Zdravnik mora po svojem najboljšem znanju in z vso osebno odgovornostjo oceniti verjetni nadaljnji potek bolezni in se odločiti za ukrepe, ki so v bolnikovem najboljšem interesu (podčrtal avtor). To je lahko tudi opustitev ali prenehanje aktivnega zdravljenja brez opredelitve bolnika. Tudi če se bolnik odloči tako, kot želijo bolnikovi svojci, ga to ne razreši osebne odgovornosti.*

Obseg in intenzivnost medicinskih ukrepov in obremenitev za bolnika morajo biti medicinsko upravičeni in v sorazmerju s pričakovano koristjo in ocenjeno bližino smrti. V primerih, ko prognoza ni nedvoumno ugotovljena in so možne različne odločitve o zdravljenju, mora zdravnik upoštevati tudi znano ali verjetno opredelitev bolnika. Če bolnik kaže znamenja, iz katerih je možnost sklepati, da se še bori za življenje, taka znamenja zavezujejo zdravnika, da si tudi sam prizadeva za obranitev življenja. Če takih znamenj ni, mora zdravnik upoštevati morebitne poprej izražene bolnikove želje: ocena bolnikove družine v verjetni bolnikovi opredelitvi in morebitno vnaprejšnjo bolnikovo voljo o opustitvi aktivnega zdravljenja, izraženo v pisni obliki.

Če se oceni, da utegne bolnik preživeti in ponovno pridobiti zavest in možnost za obnovitev stikov z okolico je praviloma možno predvideti tudi povečanje volje do življenja. Takšni zgledi obvezujejo zdravnika, da se odloči za aktivno zdravljenje. Zdravnik se mora pri izbiri medicinskih postopkov ozirati tudi na to, kaj je sprejemljivo za bolnikove najbližje svojce. Pri mladoletnih otrocih in opravično nesposobnih bolnikih ni prav opustiti ali prekiniti ukrepe za ohranjanje življenja brez poprejšnjega posveta z bolnikovimi starši oz. zakonitimi skrbniki in proti njihovi volji, razen, kadar bi bilo nadaljevanje aktivnega zdravljenja v jasnem nasprotju z zgornjimi načeli in bi to pomenilo nesprejemljivo obremenitev za bolnika.

Če obstaja zapisana bolnikova volja o opustitvi aktivnega zdravljenja, izražena vnaprej oz. tedaj, ko je bil bolnik še razsoden in

zmožen odločanja, je treba tako voljo spoštovati. Seveda pa se ne smejo upoštevati zahteve, ki niso skladne z zakonom in načeli medicinske etike in deontologije. Zdravnik se ne sme ozirati na bolnikovo vnaprejšnjo zahtevo, da se opusti ukrep za obranitev njegovega življenja, če lahko upa na obnovitev zavesti, zmožnosti za stik z okoljem in volje do življenja.

Pri novorojencih s hudimi prirojenimi okvarami ali hudo obrojstno poškodbo je za ukrepanje odločilna prognoza. Če so okvare ali poškodbe centralnega živčevja tolikšne, da bi vodile do nepopravljive motnje razvoja, povezane z najhujšo invalidnostjo, ali če bi otrok lahko preživel samo ob stalni podpori izjemnih ukrepov s podporo medicinske tehnologije, se zdravnik po posvetu s starši lahko odloči, da takih ukrepov ne uvede oz. ne nadaljuje.» (konec citata).

V istem prispevku navajajo tudi, kako ukrepati v primerih kroničnega vegetativnega stanja, ki je ocenjeno kot ireverzibilno.

»Po posvetu z najbližjimi svojci je dopustno ukiniti ne samo ukrepe aktivnega zdravljenja, ampak tudi dovajanje hrane in tekočin oz. druge ukrepe nege. Zdravnik mora vselej zagotoviti, da umirajoči bolnik dobi ustrezno oskrbo. Ukrepati mora tako, da olajša bolečino, dispnejo, tesnobo in zmedenost, pa tudi druge vires presmrtnega trpljenja, posebno potem, ko so bili ukiniti ukrepi za obranjanje življenja. Pri teh postopkih blažilne (paliativne) nege, je upravičen uporabiti tolikšne doze zdravil, da doseže zadovoljivo olajšanje, četudi bo s tem v nekaterih primerih tvegal skrajšanje bolnikovega življenja (»zdravljenje z dvojnimi učinkom«).

Ad 3. Za tretji primer, *»ko začnemo ali bi lahko začeli intenzivno zdraviti novorojenčka, ki se je rodil s tako težkimi prirojenimi napakami, da brez intenzivnega zdravljenja in uporabe sodobnih načinov zdravljenja z vsemi možnimi aparaturami ne bi preživel, istočasno pa ima ali je med zdravljenjem pridobil najtežje spoznavne (kognitivne) in duševne okvare...«* lahko najprej navedemo stališče Komisije za medicinsko etiko, ki navaja, da je pri novorojencih s hudimi prirojenimi okvarami ali hudo obrojstno poškodbo za ukrepanje odločilna prognoza. Odločitev, da ne uvedemo ali ne nadaljujemo ukrepov, ki bi podaljševali ali vzdrževali življenje, povezano z najhujšo invalidnostjo, ni enostavna in enoznačna. Različni avtorji so se in se ukvarjajo s problemom, ali je v najboljšem interesu oziroma v njegovo največjo korist, da prekinemo ali ne nadaljujemo zdravljenja, če pričakujemo tako hude poškodbe osrednjega živčevja, da bi vodile do nepopravljive motnje razvoja, povezane z najhujšo invalidnostjo. S kakšno gotovostjo smo lahko prepričani, da bo otrok zaradi tega nepopisno trpel, navajajo v svojih razmišljanjih, in da bi bilo zato v največjo otrokovo korist, da umre. »Ali je res?« se nekateri sprašujejo, »da je huda kognitivna (umsko zaostalost) motnja razvoja tista, ki določa, da ni v največjo otrokovo korist, da preživi, medtem ko fizična oziroma telesna prizadetost ni tako huda ovira, da bi bilo potrebno prekiniti nadaljnje zdravljenje?«

V svojih razmišljanjih pravijo, da bi najhujši psihofizični zaostanek lahko prizadel otrokove koristi na tri načine, in sicer: 1. otrok je psihofizično tako hudo prizadet, da je koncept otrokove največje koristi nepomemben, kot primer navajajo otroka, ki se

rodi z anencefalijo, 2. otrok se rodi s tako prirojeno napako, da ta vodi v progresivno slabšanje psihofizičnega stanja in naraščajočega trpljenja, kot primer navajajo Lesch-Nyhanov sindrom, in 3. otrok se rodi s hudo umsko zaostalostjo in težkim spoznavnim, kognitivnim primanjkljajem. Samo pričakovano slabšanje psihofizičnega stanja in naraščajočega trpljenja, ko so obremenitve za otroka in starše oz. skrbnike tako velike, da jih izredno težko prenašajo, bi lahko bil razlog, da ni v največjo otrokovo korist, da nadaljujemo z zdravljenjem, kot je to v primeru npr. Lesch-Nyhanovega sindroma. V zadnjem primeru, ko je otrok hudo umsko zaostal, sicer ne bo mogel doživljati vse radosti, ki bi jo imel, če ne bi bil umsko zaostal, vendar se moramo strinjati, da zaradi tega otrok ne trpi in v tem primeru prenehanja zdravljenja ne bi mogli opravičevati s tem, da bi bilo to v otrokovo največjo korist. Ko pa zdravimo otroke, ki so bili ob rojstvu oživljani, moramo biti zelo previdni pri napovedih, kakšni bodo njihovi kognitivni in psihofizični primanjkljaji in kakšna bo njihova prognoza, saj rezultati otrok, ki so bili dolgotrajno umetno ventilirani v naši intenzivni enoti, govorijo, da je napovedovanje zelo nevhvaležno in da je večina otrok imela zelo dober izhod pri dolgotrajnem sledenju.

Spinalna mišična atrofija, SMA, je težka živčno-mišična bolezen, ki v najhujši obliki SMA tip 1 ali Werdnig-Hoffmanova bolezen vodi v dihalno odpoved in stalno umetno dihalno odpoved pred 5. mesecem starosti. Kljub hitremu poslabšanju dihalne funkcije in odvisnosti od umetnega predihavanja se nekaterim otrokom respiratorno stanje popravi in še leta lahko živijo brez umetne dihalne podpore ali le z neinvazivno dihalno podporo preko nosnih ali nosno-ustnih mask. Raziskave so pokazale, da se za odločanje, ali naj gre tak otrok ob prvem poslabšanju na umetno predihavanje ali ne, zdravniki različnih specialnosti različno odzivajo. Nekateri, med njimi intenzivisti, so pogosto proti in svetujejo staršem, da se ga ne zdravi z umetnim predihavanjem z respiratorjem na domu, medtem ko so npr. fiziatrji temu načinu dihalne podpore na domu veliko bolj naklonjeni. Ugotavljajo tudi, da se večina zdravnikov odloča na osnovi lastnih posameznih izkušenj, ne pa na osnovi na dokazih temelječe medicine.

Če pride tak otrok z dihalno odpovedjo v našo intenzivno enoto, najprej rešujemo njegovo življenje, posebno še, če diagnoza ni dokončno potrjena, nato sledi dolgotrajno odvajanje od respiratorja, ki je lahko uspešno ali pa tudi ne. Če ni uspešno, se lahko starši kot skrbniki odločijo, da otrok dobi traheostomo in umetno predihavanje doma ali pa da začnemo z neinvazivnim predihavanjem preko maske. Starši se lahko tudi odločijo, da ne želijo, da se intenzivno zdravljenje nadaljuje in da razen predihavanja preko maske ponovne intubacije in umetnega predihavanja ne želijo več. Razlogi za tako odločitev so lahko različni. Pri taki skupini otrok se seveda vprašamo, ali je ali ni res v njegovo največjo korist, da ne bo umetno predihavan in da bo zaradi tega umrl. Zanimivo bi bilo vedeti, kako bi se odločili starši pozneje, ko so se že odločili, da se bo njihovega otroka umetno predihavalo, in če bi se ponovno odločili, da se naredi



Doc. dr. Štefan Grosek, dr. med., in prim. Ivan Vidmar, dr. med., svetnik, predstojnik Kliničnega oddelka za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, v intenzivni enoti (foto: Jolanda Kofol).

vse v največjo otrokovo korist, to je, da se ga umetno predihava? In zanimivo je vedeti, kaj o temu mislijo zdravniki, ki se ukvarjajo s temi otroki.

Neka ameriška raziskava je pokazala, da čeprav je na široko razširjeno mnenje, da imajo starši otrok s SMA tip 1 slabo kakovost življenja, da je kakovost življenja zelo dobra, in to ne samo, če so vprašali starše, ampak tudi medicinske sestre, ki so bile v pomoč, ali otrokove stare starše, da je kakovost njihovega življenja prav dobra in ocenjena po Likertovi skali (1–10; najmanjša–največja kakovost) okoli 8. Prav tako je po njihovem mnenju kakovost življenja otrok okoli 8. Ko pa so vprašali zdravnike (intenziviste, fiziatre, nevrologe), ki se ukvarjajo s to skupino otrok, pa je bila njihova ocena značilno nizka, okoli 3. Pri lažjih oblikah SMA tip 2 otrok, ki so že odrasli in so močno ali popolnoma odvisni od tuje pomoči, pa je druga raziskava potrdila, da se veselijo življenja in da je njihova ocenjena kakovost življenja po Likertovi skali 0–10, kjer 0 pomeni brez problemov in 10 zelo veliko problemov, približno 2. Najbolj so zaskrbljeni zaradi napredovanja bolezni (Likertova ocena 3,1) in nezmožnosti uporabe rok in nog (Likertova ocena 5,5). Strokovnjaki opozarjajo, da se moramo odločiti profesionalno, ne na osnovi osebnih zamisli, ocen in vrednostnih sodb, ki jih posredujemo staršem, ko se morajo odločiti, ko pride do dihalne odpovedi, o začetku ali ne zdravljenja z umetnim predihavanjem.

Zanimivo je, da pri otrocih, ki imajo hudo hipoksično dihalno odpoved, ki zahteva zunajtelesno zdravljenje z napravo, ki oksigenira in transportira oksigenirano kri nazaj v telo (ECMO), staršem na začetku zdravljenja povemo, da je to tako imenovano reševalno zdravljenje, ki mora prinesiti izboljšanje v enem do dveh tednih, in če ni nobenega napredka,

bomo aparat zaustavili. Starši sprejmejo takšno odločitev in tveganje in vsakodnevno z nami upajo, da bo prišlo do izboljšanja. Če ne pride, sprejmemo skupno odločitev in aparat odklopimo od otroka. Vendar vse situacije niso tako čiste in jasne in tedaj je treba pretehtati vse argumente za in proti ter doseči soglasje z obema staršema. Katerega od ukrepov bomo uporabili: ne reanimiraj (do not resuscitate, DNR) odtegnitev (withholding) ali prenehanje (withdrawing), in kaj to sploh pomeni pri vsakdanjem kliničnem delu, je včasih lahko zelo težko vprašanje. Še težje vprašanje se pojavi, ko bi morali upoštevati bolnikovo voljo ali voljo staršev in bi se lahko sami začeli spraševati, ali je to etično sprejemljivo ali ne. Pri izrazih, kot so ne reanimiraj (do not resuscitate, DNR) odtegnitev (withholding) ali prenehanje (withdrawing), se namreč srečamo s pojmom moralna fikcija.

Moralna fikcija

Moralna fikcija je pojem, ki se veliko uporablja v pravu, ko hoče neko dejanje, ki je bilo narejeno, npr. uboj, opravičevati ali otežiti z izrazi kot npr. v stanju zmanjšane prištevnosti, na mah, nehote, z naklepom itd. Rezultat nekega dejanja, npr. uboja, ne glede na to, kako je bilo narejeno, pa je vedno isti, smrt določene osebe.

Tudi v medicini lahko rečemo, da uporabljamo izraz moralna fikcija, in sicer tedaj, ko govorimo o tem, da je nekdo brezupno bolan, in želimo prenehati z zdravljenjem z enim od naštetih ukrepov: ne reanimiraj (do not resuscitate, DNR) odtegnitev (withholding) ali prenehanje (withdrawing). Končni izid je seveda, da bolnik umre. Moralna fikcija je vseprisotna in smiselna ter kot takšna predstavlja enega izmed moralnih dosežkov civilizacije, ki je sposobna razločevanja. Ker je družba

sprejela, da so DNR, odtegnitev ali prenehanje zdravljenja pri popolnoma brezupnih primerih družbeno in etično sprejemljivi ukrepi, čeprav je končni izhod bolnika njegova smrt, to etično in moralno naj ne bi bilo sporno, oziroma je zavračanje moralne fikcije pri posamezniku ali družbi prej izjema. Lahko pa je za posameznika in nekatere družbe takšna odločitev moralno in etično nesprejemljiva in zato ne dopuščajo, da bi se uporabili ti instrumenti odločanja pri brezupno bolnih.

Vodenje postopka v pediatrični EIT, ko zdravljenje postane brezupno

Ko pri zdravljenju v pediatrični intenzivni enoti pridemo do točke, ko ocenjujemo, da je neko zdravljenje izgubilo smisel ali je postalo otrokovo stanje brezupno, se začnemo najprej zdravnikom intenzivistom, nato zdravnikom raznih specialnosti pogovarjati o tem, kaj je vzrok, da je stanje postalo tako težko, da nadaljevanje ne bi prineslo izboljšanja, ampak samo poslabšanje, in ali so še kakšne možnosti, da bi zdravljenje zaustavilo poslabšanje in povzročilo izboljšanje otrokovega stanja. Po tehtnem razmisleku in pogovoru z argumenti za in proti se odločimo, katerega od možnih načinov prenehanja zdravljenja bomo uporabili. Pogovor s starši je ključen ne samo, ko jim prenesemo našo skrb, da smo bili neuspešni z zdravljenjem, ampak ves čas zdravljenja, ko tkemo zaupanje med nami in njimi. Vedno jim natančno, vendar z enostavnimi besedami razložimo ves potek zdravljenja in kje se je stanje preobrnilo v poslabšanje, iz katerega ni povratka. Razložimo, za kakšen ukrep bi se skupaj odločili, in poiščemo soglasje z njimi. Istočasno poskrbimo za ustrezno paliativno oskrbo, če stanje otroka to zahteva.

Če starši zahtevajo ali prosijo za odlog ali za drugo mnenje, seveda to sprejmemo in se, ko pridobimo drugo mnenje, ponovno pogovorimo s starši. Če nasprotujejo, sprejmemo njihove argumente in ko je ponovno primeren čas (ponavadi starši sami uvidijo, da je stanje resnično postalo brezizhodno), ponovimo razgovor in tedaj večinoma dosežemo soglasje.

Zaključek

V prispevku razmišljam, kako naše odločanje o prenehanju zdravljenja razložiti s pojmom, da delamo v »največjo otrokovo korist« oziroma v »njegovem najboljšem interesu«. Pojasnil sem, da v največjo otrokovo korist ne pomeni vedno samo zdravljenje, ampak pomeni tudi prenehanje zdravljenja. Navedel sem, kaj zdravnike zavezuje, da delajo v največjo otrokovo korist, in katera so tista stanja, ko je v največjo korist prenehanje zdravljenja. Poudaril sem pomen pravilnega pristopa in kakšni zadržki bi nas lahko odvrnili od odločanja o prenehanju zdravljenja.

Zahvala

Zahvaljujem se vsem za koristne komentarje in nasvete pri pisanju prispevka.

Literatura:

1. Anon. Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Ur. l. RS, št. 15/2008, ISSN 1318-0576. Leto XVIII: 1045-1062.
2. Anon. Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih (ZZZDR-UPB1). Ur. l. RS, št. 69/2004, ISSN 1318-0576. Leto XIV: 8462-8477.
3. Bach JR, Vega J, Majors J, Friedman A. Spinal muscular atrophy type 1 quality of life. *Am J Phys Med Rehabil* 2003 Feb; 82(2): 137-42.
4. Beauchamp TL, Childres JF. The principles of biomedical ethics. Oxford University Press, New York, 2009.
5. Burns JP and Truog RD. Futility: A Concept in Evolution *Chest* 2007; 132; 1987-1993 DOI 10.1378/chest.07-1441.
6. Diekema DS. Parental Refusals of Medical Treatment: The Harm Principle as Threshold for State Intervention. *Theoretical Medicine* 25: 243-264, 2004.
7. Geevasinga N, Ryan MM. Physician attitudes towards ventilatory support for spinal muscular atrophy type 1 in Australasia. *J Paediatr Child Health*. 2007 Dec; 43(12): 790-4. Epub 2007 Sep 4.
8. Hardart MKM, Burns JP and Truog RD Practices and Attitudes Respiratory Support in Spinal Muscular Atrophy Type I: A Survey of Physician Pediatrics 2002; 110; e24.
9. Hardart MKM, Truog RD. Spinal muscular atrophy-type I. *Arch Dis Child* 2003; 88: 848-850.
10. Jeppesen J, Madsen A, Marquardt J, Rahbek J Living and ageing with spinal muscular atrophy type 2: observations among an unexplored patient population. *Dev Neurorehabil*. 2010 Feb; 13(1): 10-8.
11. Kodeks medicinske deontologije Slovenije. Besedilo kodeksa sprejeto na 3. redni seji skupščine Zdravniške zbornice Slovenije dne 12. 12. 1992. Spremembe kodeksa sprejete na 27. redni seji skupščine Zdravniške zbornice Slovenije dne 24. 4. 1997.
12. Korošec D. Pravice zdravnikov v Sloveniji in Evropi (Osebnostnopravni vidik). *Zdrav Vestn* 2006; 75: 645-51.
13. Lago PM, Devictor D, Piva JP, Bergounioux J. End-of-life care in children: the Brazilian and the international perspectives. *J Pediatr (Rio J)*. 2007;83(2 Suppl): S109-116.
14. Levettown M, Rushton C, Truog RD and Fleischman AR, Solomon MZ, Sellers DE, Heller KS, Dokken DL. New and Lingering Controversies in Pediatric End-of-Life Care *Pediatrics* 2005; 116; 872-883.
15. Louise Reisner-Se'ne'lar. The birth of intensive care medicine: Bjorn Ibsen's records. *Intensive Care Med* DOI 10.1007/s00134-011-2235-z
16. Luce JM, and White DB. History of Ethics and Law in the Intensive Care Unit. *Crit Care Clin*. 2009 January ; 25(1): 221-x. doi:10.1016/j.ccc.2008.10.002
17. Miller FG, Truog RD and Brock DW. Moral Fictions and Medical Ethics *Bioethics* Volume 24 Number 9 2010 pp 453-460. ISSN 0269-9702 (print); 1467-8519 (online) doi:10.1111/j.1467-8519.2009.01738.x
18. Pellegrino JED. Moral Algorithm Decisions to Withdraw Life-Sustaining Treatment: AAMA. 2000;283(8):1065-1067 (doi:10.1001/jama.283.8.1065)
19. Primožič J, Makarovič K, Janko M, Sušec-Michieli M. Razvoj novo-rojenčkov, ki so bili na umetni ventilaciji zaradi hude dihalne stiske - nevrološki in duševni razvoj. *Zdrav Vestn* 1993; 62 (7-8): 317-22.
20. Primožič J. Etična vprašanja pri kritično bolnih otrocih. In: Grosek Š, editor. Zbornik predavanj I. izobraževalni seminar Medicinska etika v intenzivni medicini; 2011 mar; Ljubljana: Univerzitetni klinični center, Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo Kirurške klinike, 2011; 5-13.

21. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Aiken LH, Schaffert-Witvliet B, Sloane DM and DE Geest S. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *International Journal for Quality in Health Care* 2008; Volume 20, Number 4: pp. 227–237.
22. Spagnolo AG. Quality of life and ethical decisions in medical practice *Journal of Medicine and The Person*, September 2008, vol.6, number 3: 118-122.DOI 10.1378/chest.07-1441
23. Trontelj J. Ko bolnik ne sodeluje ali ne more sodelovati.. *Zdrav Vestn* 2001; 70: 477–80.
24. Trontelj J. Pojasnila k stališču Državne komisije za medicinsko etiko o ravnanju z umirajočimi in o evtanaziji. *Zdrav Vestn* 1997: 270–1.
25. Trontelj J. Stališče Državne komisije za medicinsko etiko o ravnanju o ravnanju z umirajočimi in o evtanaziji. *Zdrav Vestn* 1997: 269–70.
26. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, Rushton CH, Kaufman DC. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine *Crit Care Med* 2008 Vol. 36, No. 3.
27. Truog RD. Screening Mammography and the “R” Word. *N Engl J Med* 361;26 nejm.org december 24, 2009.
28. Wilkinson D. Is it in the best interests of an intellectually disabled infant to die? *J Med Ethics* 2006; 32: 454–459. doi: 10.1136/jme.2005.013508
29. Yaguchi A, Truog RD, Curtis J, Luce JM, Levy MM Mélot C, Vincent JL. International Differences in End-of-Life Attitudes in the Intensive Care Unit Results of a Survey. *Arch Intern Med*. 2005; 165: 1970–1975

»Naših prvih 5000 otrok«

Jure Knez

Julija letos bomo na Oddelku za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo Klinike za ginekologijo in perinatologijo UKC Maribor beležili rojstvo 5000. otroka, spočetega po postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP). Oddelek je v lanskem letu pridobil tudi akreditacijo »European Centre for Reproductive Medicine«, ki jo podeljujejo ESHRE (Evropsko združenje za humano reprodukcijo in embriologijo), EBCOG (»European Board and College of the Obstetrics and Gynaecology«) in EUMS (European Union of Medical Specialists) ter tako postal evropski učni center za področje reproduktivne medicine. Vse to je bil vzrok za organizacijo strokovnega srečanja, ki je potekalo 9. in 10. marca v kongresnem centru hotela Habakuk v Mariboru.

Seveda je za prehojeno pot od samih začetkov zdravljenja neplodnosti s postopki OBMP v Mariboru v začetku 80. let prejšnjega

stoletja in do danes bilo potrebnega veliko elana in prizadevnosti vseh takrat vpletenih, kar smo lahko začutili v uvodnem predavanju prof. Veljka Vlaisavljevića. V teh treh desetletjih pa je področje reproduktivne medicine naredilo mnogo korakov v razvoju. V Sloveniji smo vsem pomembnim novostim v svetu hitro sledili, na mnogih področjih pa s svojim delom celo pripomogli k napredku te veje medicine. Tudi zaradi tega in dobre dostopnosti do zdravljenja je bilo leta 2007 v Sloveniji kar 4,6 odstotka vseh rojenih otrok spočetih s postopki OBMP, kar nas uvršča v sam evropski vrh. V letu 2011 se je rodilo 538 otrok, spočetih v mariborskem centru. Tako je srečanje v Mariboru predstavljalo pravzaprav praznik, posvečen vsem 5000 rojenim otrokom, spočetim v mariborskem centru, kar je nakazovala tudi osrednja tematika predavanj.

Na simpoziju smo imeli priložnost prisluhniti večjemu številu gostov iz tujine. Med drugim tudi predstavnikoma vodstvenih teles





Ultrazvočna slika zarodkov.



Zarodki »in vitro« v stadiju blastocist.

ESHRE, prof. Petri de Sutter iz Belgije in Jacquesu de Mouzonu iz Francije. Imeli smo priložnost seznaniti se z belgijskimi podatki o psihološkem razvoju otrok, spočetih po OBMP, ki jih je predstavila Anne Brewaeys, tudi tistih, ki so spočeti z darovanimi spolnimi celicami in živijo v istospolnih družinah ali jih vzgajajo samske ženske. Tudi podatki o nizozemskem nacionalnem projektu, ki obravnava »k pacientu orientirano obravnavo« neplodnosti v nizozemskih centrih, so bili lahko spodbuda za razmislek o podobnih potrebah slovenske reproduktivne medicine.

Seveda je potrebno še posebej poudariti sodelovanje večine slovenskih strokovnjakov s področja reproduktivne medicine, ki so s svojimi prispevki poglavito pripomogli k visoki strokovni vrednosti programa. Tako so bila uvodna predavanja namenjena diagnostičnim metodam in operativnim posegom, ki so nam v današnjem času na voljo v procesu zdravljenja neplodnosti. V

nadaljevanju je beseda tekla o sodobnih trendih v reproduktivni medicini, strokovni del srečanja pa je zaokrožil sklop predavanj o otrocih, spočetih po postopkih OBMP. Poslušalci smo skozi predavanja in razpravo lahko razjasnili mnoga vprašanja, ki se pojavljajo ob srečevanju z neplodnostjo, ter dobili vpogled v področja, na katerih trenutno potekajo raziskave. Dogodek je prav tako seveda omogočil obnovo stikov s kolegi iz Slovenije in sosednjih držav, saj je srečanje pritegnilo širok krog obiskovalcev (220 udeležencev), ki se v svojem delu na različne načine srečujejo s pari, ki se soočajo z neplodnostjo.

Sam zaključek srečanja je naslednji dan naznanila okrogla miza, na kateri je bilo obravnavano izobraževanje na področju reproduktivne medicine, ki mora tudi v Sloveniji dobiti še formalno obliko, kot je to že urejeno v nekaterih državah EU. Medtem pa že čakamo na naslednje srečanje; morda ob naslednji okrogli številki?

Mednarodno izobraževanje

Obisk Kings College Hospital v Londonu

Marija Predič Georgiev

Od 19. do 20. novembra 2011 je v Londonu na inštitutu Imperial Colleague potekal tečaj *Advances in Fetal Medicine Course*. Z Andrejem Tratnjekom, dr. med., sva se ga udeležila z namenom pridobivanja čim več znanja na področju fetalne medicine. Tečaj je mednarodni in poteka vsako leto pod okriljem Fundacije za fetalno medicino iz Velike Britanije. Vodi ga prof. dr. Kypros Nicolaidis, obišče pa ga veliko zdravnikov iz vsega sveta, da bi spoznali novosti oz. napredek in smernice v fetalni medicini.

Prvi dan in prvo predavanje tečaja je bilo s področja fetalne ehokardiografije. Predavatelj je bil prof. dr. Rabih Chaoui iz Nemčije. Na predavanju so nam predstavili, da za diagnostiko

fetalnega srca, patologijo in obravnavo stanj uporabljajo 2D UZ, 3D UZ ter 4D UZ ehokardiografijo, ki omogoča celotno preiskavo normalnega in nenormalnega srca, kar je podkrepjeno z uporabo UZ barvnega doplerja. Že v zgodnji nosečnosti lahko odkrijemo defekt atrioventrikularnega septuma, sindrom hipoplastičnega levega srca, transpozicijo velikih žil, koarktacijo aorte, tetralogijo Fallot, trikuspidalne in pulmonalne atrezije. Zelo so bile poučne ultrazvočne preiskave, spremljane s shematičnimi slikami, in prikaz glavnih srčnih anomalij, ki so v glavnem kromosomopatije, večinoma T 21 (Downov sindrom), T 18 (Edwardsov sindrom), T 13 (Patauov sindrom), kar je možno prepoznati ob povišani NT (nuhalna svetlina).

Isti dan, po kosilu je imel prof. dr. Ahmet Baschat iz ZDA zelo zanimivo predavanje, v katerem nam je nesebično pokazal, kako v kliničnem centru v Marylandu, kjer dela, ocenjujejo in vodijo zaplete v nosečnosti. Profesor je povedal, da lahko danes priskočimo na pomoč oz. pomagamo tudi še nerojenemu otroku oz. fetalnemu pacientu. Namreč, odkrivanje intrauterinih nenormalnosti predstavlja priložnost za zgodnje zdravljenje in pravilno oskrbno novorojenčka takoj po rojstvu. In utero oz. v maternici izvajajo fetalne transfuzije, drenaže ter intrauterine šant katetre. Prav tako so bili zelo zanimivi posnetki fetoskopije, laserske operacije pri zapletih multiplih nosečnostih, kot je twin-to-twin transfusion syndrome, za ločitev placent. Obnemeli smo ob pogledu na posnetke, ki prikazujejo operativne posege na fetusu, ki ga vzamejo iz maternice in po končanem posegu vrnejo v maternico. Pokazani so bili posnetki 3D UZ, 4D UZ, UZ barvnega dopplerja, MRI (magnetna resonanca), s katerimi odkrivajo Dandy-Walkerjev sindrom (vrojena deformacija malih možganov), diafragmalno hernijo, atrezijo ezofagusa, spino bifido, hidrocefalus, nepravilnosti mehurja in ledvic, srca, pljuč in še veliko več. Na koncu predavanja so nam nekaj povedali tudi o biopsiji fetusa, kar določa ponatalno terapijo.

Drugi dan tečaja se je začel s predavanjem dr. Lyn Chitty iz Velike Britanije, ki nam je predstavila, kako napredki v molekularni biologiji priskočijo na pomoč fetalni medicini. In sicer, antenatalno določajo fetal Rhesus status z uporabo cell-free DNA v materini krvi pred 20. tednom nosečnosti, kar je zelo ugodno. 5 odstotkov cell-free DNA v materini krvi pride verjetno iz trofoblasta. Uporabljajo tehniko fetalnega Rhesus genotipa, kjer je mati imunizirana. Prikazali so nam še krvne preiskave za ugotavljanje kromosomskih nepravilnosti, trisomij, predvsem Downovega sindroma, v zgodnji nosečnosti ter prednatalne diagnoze kromosomskih anomalij in kariotipizacijo z amniocentezo.

Potem je sledilo še bolj zanimivo predavanje, in sicer je dr. Emmanuel Bujold iz Kanade govoril o »čudežnem zdravlilu«, aspirinu, ki se ga uporablja tudi za preprečevanje preeklampsij, IURG (znotrajmaternični zastoj rasti poloda) in prezgodnjega poroda. Dr. Bujold je povedal, da je dokazano, da so

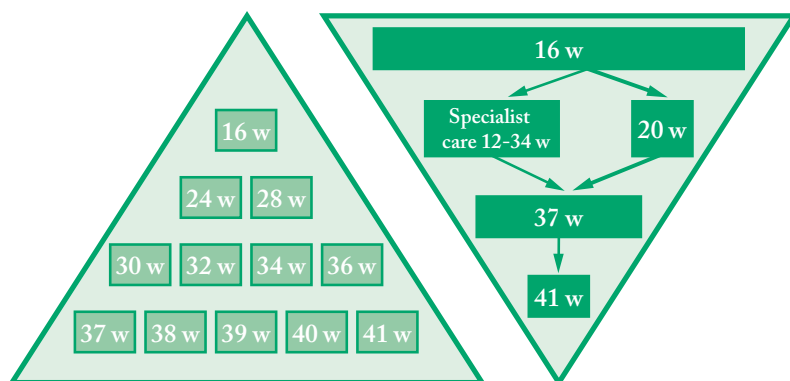
preeklampsija, IURG in prezgodnji porod povezani z nepravilnostjo placente. Endotelna disfunkcija placente povzroča neodgovarjajočo perfuzijo in placentno ishemijo. Če je tako, pa naj bi aspirin preprečil vazokonstrikcijo in patološko strjevanje krvi v placenti. Zaradi tega se priporoča uporaba aspirina v nizkih odmerkih, že ko je test nosečnosti pozitiven ali vsaj med 8. in 12. tednom nosečnosti. Med 16. in 18. tednom nosečnosti se kompletira invazivna spiralna arterija uterusa ali implantacija placente, kar lahko po njegovem mnenju preprečimo z nizkimi odmerki aspirina in omogočimo fiziološko transformacijo spiralnih arterij trofoblasta.

Vrhunec tečaja ter zaključno predavanje je imel prav prof. Kypros Nicolaides. Predstavil nam je nov FMF-algoritem za ugotavljanje genetskih sprememb in zapletov v nosečnosti ter nov piramidalni model prednatalne skrbi, ki ga ocenjujemo med 11. in 13. tednom nosečnosti. Namreč, odkritje fetalnih genetskih sprememb, ki jih lahko v 90 odstotkih odkrijemo s kombinacijo materine starosti, NT, serumskim β -hCG in PAP-A med 11. in 13. tednom nosečnosti, vključno z nosno kostjo, pretokom v duktusu venozusu, hepatici arteriji in skozi valvulo trikuspidalis, daje možnost, da, če je potrebno, nosečnici predlagamo prekinitve nosečnosti. V drugem in tretjem trimesečju nosečnosti lahko odkrijemo še mikrocefalijo, hipoplazijo cerebeluma ali vermisa, hidrocefalus in korpus kalozum, ahondroplazijo, renalne anomalije, obstrukcije črevesja, atrezije ezofagusa, diafragmalno hernijo in podobno.

Tveganje za prezgodnji porod pred 34. tednom lahko določimo iz materinih posebnosti in porodne zgodovine. Preventivno lahko tveganje za spontani splav določimo z meritvijo dolžine materničnega vratu in uterine arterije med 11. in 13. tednom nosečnosti, kar določa preventivo z uporabo progesterona ali cerklažo. Možnost za preeklampsijo ugotavljamo iz arterijskega tlaka, z UZ dopplerjem uterine arterije in biokemijskimi testi med 11. in 13. tednom nosečnosti. Z uporabo nizkih odmerkov aspirina lahko izboljšamo delovanje placente in s tem zmanjšamo prevalenco bolezni. Gestacijski diabetes melitus določamo z oralnim glukoza tolerantnim testom. Lahko ga preprečujemo s pravilno prehrano in oralnim metforminom, ki lahko zmanjša

incidenco in prekomerno težo otroka. Navedeni algoritem, ki je rezultat napredka znanosti v fetalni medicini zadnjih 20 let, je prof. Nicolaides strnil v model nove piramide za prenatalno skrb, ki temelji na preiskavah med 11. in 13. tednom nosečnosti (slika 1).

Nova piramida, na desni strani, oz. model prednatalne skrbi narekuje, da morajo ženske z visokorizično nosečnostjo imeti pogostejše preglede in ultrazvočne preiskave kot tiste z nizkim tveganjem. Novi dostop je zvest Hipokratu, da se učimo na preteklosti za bodočnost, in upoštevamo izjave Galilea Galilea, da je matematika jezik Boga in da bomo merili vse, kar je mogoče.



Slika 1: Piramidi prednatalne oskrbe: preteklost (levo) in bodočnost (desno).

Z druge strani pa nam leva piramida ponazarja »stara prakso«, in sicer, da so leta 1929 prvi pregled nosečnice opravljali v 16. tednu, nato v 24. in 28. tednu, 30., 32., 34. in 36. tednu ter vsak teden med 37. in 41. tednom nosečnosti. Takrat so menili, da se večina zapletov v nosečnosti pojavi na koncu nosečnosti oz. jih ni mogoče odkriti v prvem trimesečju nosečnosti.

21. novembra, dan potem, ko se je končal tečaj, sva imela s kolegom veliko čast, da naju je prof. Kypros Nicolaides povabil v Kings College Hospital, kjer dela. Sprejeli so naju v njegovo pisarno, kjer sva občudovala njegovo bogato knjižno zbirko z njegovimi publikacijami. Med drugim je bilo lepo videti tudi družinske slike, pri katerih si dobil močan občutek povezanosti prof. Nicolaidesa z njegovo družino. Kot

članica Voluson kluba sem bila povabljen na 4-urno izobraževanje in praktični preizkus dela z UZ Voluson 730 Export, ki ga imam v svoji zasebni ordinaciji. Uživala sem v delu skrinerjev, ki so mi z veseljem odkrivali nove možnosti za preiskave z mojim ultrazvokom, kar mi bo zelo pomagalo pri mojem delu.

Na koncu bi rada poudarila, da sem se tečaja udeležila tudi novembra 2010 in da je omenjeni tečaj zame velika priložnost, da spoznam novosti na področju fetalne medicine. Fetalna medicina je področje, na katerem se veliko dela in raziskuje po vsem svetu, in pohvaliti moram, da obstajajo takšni tečaji, kjer pomembni strokovnjaki nesebično delijo pridobljeno znanje z ostalimi kolegi.

Vtisi iz uvodnega epidemiološkega izobraževanja IntoEpi 2012 v Franciji

Lucija Bešković

Ob prelepem francoskem jezeru Annecy, ki spominja na naš Bled, je od 21. marca do 4. aprila potekalo epidemiološko izobraževanje za udeležence iz različnih držav Mediterana. Nalezljive bolezni ne poznajo meja in zato predstavljajo skupen problem državam istega področja. Izobraževanja se je udeležilo 22 predstavnikov iz držav Evropske unije, bivše Jugoslavije, Bližnjega vzhoda in severne Afrike. Zaradi pestre zasedbe je bilo srečanje še posebej zanimivo s stališča primerjanja različnih praks in izkušenj. Izobraževanje je potekalo pod okriljem ECDC-ja, Epiconcepta in fundacije Mérieux (družinska fundacija, posvečena boju proti nalezljivim boleznim).

Že ob prihodu v Varyier-du-Lac me je navdušilo jezero in njegova okolica. Nastanjeni smo bili v podeželskem dvorcu Les Pensières, ki je last fundacije Mérieux. Omenjeni konferenčni center iz 16. stoletja je dobro poznan med javnozdravstveniki, saj ga je leta 1967 ustanovil zdravnik Charles Mérieux v poklon svojemu očetu Marcelu Mérieuxju – učencu vsem dobro poznanega Louisa Pasteurja, ki je prvi razvil cepivo proti virusu stekline. Marcel Mérieux je zaslužen za ustanovitev Inštituta Mérieux, ki je prvenstveno namenjen razvoju in izdelavi cepiv za živali in ljudi.

Izobraževanje je bilo zastavljeno dokaj intenzivno; dopoldne so potekala predavanja, ki smo jih popoldne utrdili s študijami primerov. Vsi praktični primeri so bili pripravljene na osnovi resničnih dogodkov. Ves čas nam je bilo na voljo 12 moderatorjev (en moderator je pokrival enega do dva udeležence), zaradi česar je delo potekalo gladko in lahkotno. Moderatorji so prihajali iz različnih držav, posledično smo bili pogosto priča različnim pristopom obravnave praktičnih primerov. Zanimivo je bilo videti pridobitev istega končnega rezultata, kljub izbiri različnih poti. Poleg pomoči moderatorjev smo vse izračune in interpretacijo na koncu naredili še skupaj z glavnim predavateljem, kar je skoraj vedno razjasnilo še kakšno skrito dilemo. Takšen način dela se nam je seveda zdel izredno učinkovit in prijazen do udeležencev.

Izobraževanje je bilo razdeljeno v tri sklope. V prvem delu smo utrdili osnove obravnave izbruhov nalezljivih bolezni; predvsem epidemiološke meritve, mere pogostosti pojavov in mere povezanosti pojavov. Poglobili smo znanje o tem, kaj je pristranost in kako jo obvladujemo, kako izdelati primeren vprašalnik, značilnosti kohortnih študij in študij primerov s kontrolami, kako in kdaj uporabljati tabele in grafe ter kako izboljšati nastop pred publiko. S praktičnimi vajami ob uporabi Excela smo pridobili znanje glede lažje in pravilne izdelave grafov in epidemijskih krivulj.

Spoznali smo uporabo statističnega programa EPI-DATA. V drugem tednu smo se posvetili posameznim korakom epidemiološkega raziskovanja: opredelitev ciljev, izdelava protokola raziskave, načrtovanje analize, izvedba raziskave, analiziranje podatkov, vrednotenje kakovosti podatkov in nazadnje predstavitev rezultatov. Večino časa smo namenili opisni in analitični epidemiologiji in pridobljeno teoretično znanje praktično utrdili z računalniškim programom STATA. Veliko pozornosti smo posvetili pomembnosti vzorčenja in vrstam statistične povezanosti, predvsem posredni (indirektni) povezanosti in povezanosti z motečimi dejavniki. V zadnjem delu smo se soočili s kartiranjem in publiciranjem.

Udeleženci smo se strinjali, da smo največ pridobili prav s praktičnimi primeri, ki so temeljili na resničnih dogodkih in podatkovnih bazah. Zaradi pristnosti podatkov smo se v dogajanje veliko lažje vživeli, čeprav je bila večina primerov starejšega datuma. Spodaj povzemam obravnavane primere epidemij:

Epidemija trihineloze leta 1985 v Franciji. Zbolelo je več kot 300 oseb v centru Pariza in okolici, med njimi tudi zaporniki. Večina obolelih je navajala uživanje konjskega mesa, kar so tudi statistično potrdili kot vzrok okužbe. Oboleli so konjsko meso kupovali pri dveh mesarjih, ki sta imela istega dobavitelja iz Connecticuta. Čez dva meseca so se pričeli pojavljati novi primeri trihineloze, zbolelo je več kot 600 oseb po celotni Franciji. Vsi oboleli so navajali uživanje konjskega mesa. Izvor mesa je bila tokrat Nemčija. Po letu 1985 so v Franciji uvedli obvezno pregledovanje mesa na trihinelozo. Kljub temu sta se v letih 1993 in 1998 ponovila še dva izbruha trihineloze zaradi uživanja konjskega mesa.

Epidemija hepatitisa A leta 1968 v Michiganu. Leta 1968 še ni bilo na voljo specifičnih seroloških testov, zato so diagnosticirali hepatitis na osnovi kliničnega statusa, izpostavljenosti in jetrnih testov. Zbolelo je 76 oseb, večinoma šolarjev. Kot vzrok okužbe so statistično dokazali uživanje glaziranih pekarskih izdelkov. V pekarni so izdelke neprimerno pripravljali in zamrzovali za kasnejšo prodajo.

Epidemija nepoznane smrtonosne hemoragične mrzlice v Zairu leta 1976. Zbolelo je več kot 300 ljudi, predvsem dojenčki do enega leta starosti in ženske v rodni dobi v lokalni bolnišnici. Izolirali so do takrat neklasificirani virus, ki je bil podoben virusu Marburg. Glavni način prenosa okužbe je bila uporaba nesteriliziranih igel in brizgalk. Kasneje je bil povzročitelj poimenovan virus Ebola.

Epidemija toksičnega šok sindroma v letih 1979 in 1980 v Združenih državah Amerike zaradi okužbe z bakterijo *Staphylococcus aureus*. Zbolelo je 272 žensk, večina teden dni po menstruaciji. Kot vzrok obolevanja so statistično dokazali uporabo zelo vpojnih tamponov. Leta 1990 je bilo uvedeno standardizirano označevanje vpojnosti tamponov.

Epidemija astme v Barceloni v letu 1986, ko je v mesecu januarju zaradi astmatičnih težav skoraj 300 oseb poiskalo zdravniško pomoč. Zdravstvene težave so časovno sovpadale z razkladanjem soje z ladij v pristanišču. Neprimerno razkladanje soje brez uporabe filtrov je bilo tudi statistično dokazano kot vzrok epidemije.

Izobraževanje smo zapustili z novim znanjem, s prekrasnimi vtisi in stkanimi trdnimi prijateljskimi vezmi. Hvala vsem, ki ste mi omogočili udeležbo na tem izobraževanju.

Dvajseti tečaj CEEA – Committee for European Education in Anaesthesiology

Vesna Paver Eržen

Letos poteka dvajset let, odkar smo v organizaciji takratnega Inštituta za anesteziologijo Kliničnega centra v Ljubljani pričeli z neprekinjenim podiplomskim izobraževanjem iz anesteziologije pod okriljem Fondation Européenne d'Enseignement en Anesthesiologie oziroma Fondation for European Education in Anaesthesiology (FEEA).

FEEA je bila uradno ustanovljena 28. maja 1986 z namenom, da bi poenotili in izboljšali raven znanja iz anesteziologije v državah takratne Evropske skupnosti. To izobraževanje se je hitro razširilo na države Evropske unije in na države vzhodne Evrope. Slovenija je že leta 1990 pričela s pripravami na organizacijo centra FEEA, vendar nam je zaradi dogodkov v zvezi



Učenje izvedbe težke intubacije je potekalo z uporabo različnih pripomočkov.

z osamosvojitvijo Republike Slovenije uspelo kot prvi državi izven Evropske unije organizirati prvi tečaj FEEA v aprilu leta 1993. Prvega januarja 2009 se je FEEA priključila Evropskemu združenju za anesteziologijo (European Society of Anaesthesiology, ESA) in preimenovala v Committee for European Education in Anaesthesiology (CEEA). Danes delujejo centri CEEA v Evropi, Afriki, Aziji, Latinski Ameriki in državah Srednjega vzhoda. Teh centrov je danes več kot sto.

Učni program CEEA je celovit in pokriva vsa področja naše specialnosti: anesteziijo, intenzivno medicino, urgentno medicino, terapijo bolečine in respiracijsko terapijo, tako da je slušatelj, ki se udeleži celotnega ciklusa šestih tečajev (en tečaj na leto, ki traja dva dni in pol), seznanjen z najnovejšimi spoznanji naše stroke.

Izkušnje kažejo, da v obdobju šestih let nastanejo številna nova odkritja in spoznanja, ki narekujejo potrebo in vsebine za nov krog obnovitvenega izobraževanja. Glavni cilj izobraževanja CEEA je neprekinjeno obnavljanje in širjenje funkcionalnega znanja, kar tudi je in mora ostati stalna zdravnikova etična in moralna dolžnost.

Letos se je tečaja CEEA udeležilo 59 specializantov iz anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine iz Slovenije. Pri organizaciji tečaja so sodelovali Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok UKCL, Medicinski simulacijski center UKCL, Slovensko združenje za anesteziologijo in intenzivno medicino SZD in Katedra za anesteziologijo in reanimatologijo MF.

Placebo : nocebo = 1 : 0

Virtualno zdravljenje je lahko nevarno, ker uporabnik, bombardiran s preobiljem podatkov in informacij, ugotovi, da ima vrsto simptomov in motenj, ki v njegovem primeru pogosto sploh ne obstajajo oziroma niso pomembni. Diagnoze in prognoze, proizvedene na »vsevednih« brskalnikih (dr. Google), pogosto naredijo več škode kot koristi. Hkrati pa virtualno zdravljenje spodbuja nocebo efekt. Ob pretiranih diagnozah, ki jih bolniku oz. uporabniku brez objektivne presoje servira virtualna medicinska zakladnica, se bolnik pogosto počuti izgubljen in nemočen. Prepričan postane, da mu ni več pomoči. Kljub temu pa se prej ali slej obrne na pravega zdravnika, nemalokrat predvsem v upanju, da bi ta potrdil njegov strah in zaskrbljenost ter mu povedal, da je z njim konec. Prav tako

pa tudi klasični, materialni mediji (časopisi, knjige, revije ipd.) povzročajo strah in zaskrbljenost, saj bolnik oz. uporabnik in njegovi najbližji pogosto nimajo dovolj znanja, izkušenj in kompetenc za presojo, kategorizacijo in analizo podatkov in informacij, ki jim jih ponujajo mediji. Hkrati pa vse možne nevarnosti in zaplete jemljejo preveč osebno in niso sposobni ločiti zrnje od plev. Zato postaja na tem področju svetovalna vloga zdravnika, zdravstvenega strokovnjaka, terapevta in farmacevta vse bolj nepogrešljiva in obsežna, pa tudi zahtevna.

Vira: Science et Vie, Medicine Today

Nina Mazi

Prof. dr. Ivo Pavšič (25. december 1932–5. april 2012)

Maja Ovsenik

Z žalostjo v srcih smo dne 5. aprila 2012 izvedeli, da nas je za vedno zapustil učitelj Medicinske fakultete prof. dr. Ivo Pavšič, doktor dentalne medicine, specialist zobne in čeljustne ortopedije in predstojnik Katedre za čeljustno in zobno ortopedijo v obdobju od leta 1988 do leta 1996.

Zdi se mi, da je vedno izredno težko strniti na nekaj strani življenjsko delo nekoga, ki je gotovo ogromno pomenil ne samo v najožjem svetu, to je v svetu svoje družine, sorodnikov in prijateljev, ampak je njegovo ime zapisano še v širšem svetu – v svetu visokošolskih dejavnosti, tako na domačih kot na tujih tleh. Čeprav se bodo morda zdele te moje besede zadnjega slovesa le ozek pregled njegovih biografskih in bibliografskih podatkov, bodo znali vsi, ki so z njim živeli in sodelovali strokovno, ceniti njegovo bogato delo in poseben prispevek k razvoju slovenske ortodontije.

Ivo Pavšič se je rodil 25. decembra 1932 v Mariboru kot peti otrok od šestih materi Ivani in očetu Karlu. V Mariboru je dokončal osnovno šolo in štiri razrede gimnazije, leta 1947 je šolanje nadaljeval na zobotehnični srednji šoli v Ljubljani in leta 1952 diplomiral na višji dentistični šoli v Ljubljani. Po odsluženju vojaškega roka se je leta 1953 redno zaposlil na Javni zobni polikliniki v Novem mestu. Na študij stomatologije na Medicinski fakulteti v Ljubljani se je vpisal leta 1960 in diplomiral leta 1965. Specialistični izpit iz zobne in čeljustne ortopedije je opravil leta 1969, doktorat znanosti z naslovom »Vrednotenje dinamike maksilofacialnih odnosov s telerentgenogrami pri otrocih s skoliozami« pa leta 1979. Za predstojnika Katedre za čeljustno in zobno ortopedijo je bil imenovan leta 1988, leto kasneje pa še za predstojnika Kliničnega oddelka za čeljustno in zobno ortopedijo Stomatološke klinike. Obe funkciji je opravljal vse do upokojitve leta 1996.



Bil je avtor strokovnih in znanstvenih prispevkov v domačih in tujih revijah, recenzent stomatoloških učbenikov in urednik zbornikov strokovnih srečanj. Aktivno je sodeloval na številnih strokovnih kongresih in simpozijih doma ter v tujini, predvsem na simpozijih ortopedske stomatologije v Nemčiji in v Avstriji. Bil je učitelj, strokovnjak in vzornik študentom dentalne medicine, specializantom in specialistom čeljustne in zobne ortopedije, zoboteknikom in

medicinskim sestram. Na visoki šoli za zdravstvo je sestavljal učni načrt za predmet Čeljustna in zobna ortopedija za višje zobotehnične in vodil njihovo usposabljanje. Svoja strokovna znanja, izjemno ročno spretnost in ljubezen do čeljustne in zobne ortopedije je prenesel na številne, tudi v svoji najožji družini je vsadil ljubezen do ortodontske stroke, ne le eno generacijo naprej, temveč tudi še v naslednjo...

Njegovo izjemno ljubezen do stroke in veliko človeško toplino pa izkazuje njegovo zanimanje za otroke s posebnimi potrebami, kot so skolioze in razcepi ustnic, čeljustnice in neba. Tem otrokom z nepravilnostmi zob in čeljustnic, ki veljajo v ortodontiji kot najtežje in najzahtevnejše, je posvetil največ strokovnega znanja in pozornosti. Leta 1969 je oblikoval in izdelal svoj lastni snemni čeljustnoortopedski bimaksilarni aparat – ortognator. Na simpoziju o terapiji skolioz v Portorožu leta 1973 je priredil samostojno razstavo z več kot 60 prikazanimi primeri o uspešnosti zdravljenja in zaščiti zobovja z ortognatorjem pri otrocih s skoliozami. S strokovnjaki drugih stomatoloških in medicinskih strok je vodil čeljustnoortopedsko obravnavo otrok z razcepi ustnice, čeljusti in neba.

Za strokovno čeljustnoortopedsko dokumentacijo je izdelal pripomoček za risanje ortodontskih načrtov – »ortodontsko šablono«, in sestavljal novejšo izvedbo obrazca – »nalog za ortodontski aparat«, ki ga uporabljamo še danes.

Izjemno je bil aktiven tudi na društvenem področju. Od leta 1971 je bil tajnik slovenske ortodontske sekcije Slovenskega zdravniškega društva, leta 1981 je bil izvoljen za tajnika Združenja ortodontov Jugoslavije, leta 1982 pa za predsednika ortodontske sekcije Slovenije. Sodeloval je pri organizacijah vseh strokovnih srečanj slovenske ortodontske sekcije, leta 1986 je bil predsednik organizacijskega odbora 5. kongresa Združenja ortodontov Jugoslavije na Bledu. Bil je glavni urednik 5. številke Biltena Združenja ortodontov Jugoslavije. Od leta 1979 je o vseh pomembnejših dejavnostih slovenske ortodontske sekcije Slovenskega zdravniškega društva in združenja ortodontov Jugoslavije izdelal obsežno ozvočeno filmsko dokumentacijo in zanjo leta 1982 prejel posebno diplomlo slovenske ortodontske sekcije. Leta 1989 je bil imenovan za častnega člana slovenske ortodontske sekcije Slovenskega zdravniškega društva.

V obdobju od leta 1988 do leta 1996, ko je bil predstojnik Katedre za čeljustno in zobno ortopedijo, je obnovil vajalnico »katedre«, jo opremil s sodobnejšimi zobozdravniškimi stoli, omarami za shranjevanje študijskih modelov ter s posebnim dvigalom povezal klinično vajalnico z zobotehničnim laboratorijem in s tem pomembno izboljšal kakovost kliničnih vaj pri predmetu Čeljustna in zobna ortopedija. Vse to izpričuje veliko zavezanost dr. Pavšiča delati v dobro študentov in Medicinske fakultete. Zato ga hvaležno ohranimo v trajnem spominu. V imenu nas vseh – hvala profesorju Ivu Pavšiču za vse.

Peter Handke: Die Geschichte des Dragoljub Milanović (Zgodba Dragoljuba Milanovića)

Jung und Jung, Salzburg und Wien, 2011, 37 str.

Knjižico je vredno prebrati predvsem zaradi *handkejevskega* jezika, ki je seveda neponovljiv. Pa tudi zato, ker je besedilo tako kratko; ker sem vmes precej razmišljal ter se o njem pogovarjal, sem knjižico prebral v približno dveh urah.

Začne se takole:

Tu moram povedati zgodbo. Le ne vem, komu. Zdi se mi, da za to zgodbo ni nobenega naslovnika, vsekakor ne v množini, tudi ne v ednini. Mi je tudi, kot da bi bilo prepozno povedati jo. Pa vendar je to nujna zgodba. Mojster Eckart je nekoč govoril o svoji nuji pridigati, ki naj bi bila tako močna, da bi on, če ne bi bil našel poslušalca, svojo pridigo – če se prav spomnim – v skrajni sili usmeril na pušico za zbiranje darov. Tu pa ne gre za pridigo, ampak, kot rečeno, za zgodbo. A tudi njo bi bilo treba v nuji povedati skladovnici drv ali prazni polžji hišici ali celo, kar pa sploh ne bi bilo prvič, povedati sam samemu sebi. ...

Zgodba je preprosta in prevajalec bi jo lahko naslovil tudi kot *Zgodovina Dragoljuba Milanovića*. Slednji je bil namreč direktor srbske televizije v času vladavine Slobodana Miloševića. In ko je njegov režim padel, je nova srbska oblast, dve leti po bombardiranju Beograda, Dragoljuba Milanovića aretirala in ga postavila pred sodišče. Zato, ker med bombardiranjem Beograda leta 1999 ni ukazal izprazniti stavbe srbske televizije; ena Natovih *pametnih bomb* je takrat kirurško natančno zadela stavbo in ubila 16 ter ranila enako število sodelavcev srbske televizije. Zaradi malomarnega ravnanja je bil Milanović obsojen na deset let zopora.

Podobno kot Dragoljuba Milanovića, opisuje Handke, bolj na kratko, tudi sojenje županu mesteca Varvarin v južni Srbiji. Ki je bil tudi obsojen zato, ker ni ustavil železniškega prometa čez most čez Moravo. In tako sta na vnebohod leta 1999 dve Natovi bombi zadeli ta most v trenutku, ko je čezenj peljal vlak. Bombi sta ubili celo množico ljudi, med drugim tudi županovo hčer. In Handke ugotavlja, da je to poleg župana »zakrivil« tudi strojevodja, ki bi bil – če ne bi bil ubit – obsojen hkrati z županom. Tudi strojevodja bi bil moral vedeti, da je zakrivil prestop, ki ne zastara...

Med svojo pripovedjo Handke opisuje tudi videz razbitega Beograda ter vzdušje v mestu med njegovim obiskom v pozni pomladi leta 1999, nekaj tednov potem, ko je NATO prenehal s svojimi bombardiranjmi. Nato dva svoja obiska – v marcu 2009 in juniju 2010 – Dragoljuba Milanovića v zaporu v Požarevcu, pravzaprav v njegovem predmestju *Zabela*. Najprej turbobno okolico zopora, nato pa pogovor z bivšim direktorjem. Seveda

prek tolmača. Na zadnje Handkejevo vprašanje, ali obsojenec čuti jezo ali sovraštvo do tistih, ki so odgovorni za obsodbo, Milanović odgovori »ne, nič, razen zaničevanja« in v nemškem besedilu se pojavi – tako kot na mnogih drugih mestih – srbska beseda, zapisana z velikimi črkami, »PREZIR«.

Zadnja dva odstavka se bereta takole:

Zatorej zgodba, pripovedovana le mrtvim ribam v mrtvi Do-navi, praznim koruznim storžem na praznih poljih Vojvodine, posušenemu šopku cvetlic v zarjaveli prazni pločevinki na pokopališču, recimo mu Porodin, in nazadnje lobanji ali kar je od nje ostalo v grobu Iva Andrića.

Sliši torej, vezalka v čevlju, obrabljena. Prisluhnite, zarjavele klešče za orehe. Prisluhni, kriva šivanka. Sliši, zaprašen plišast medvedek. Sliši, moj obrabljeni predpražnik. Prisluhni, zrcalna slika.

Čutim potrebo povedati, da sem pri prevajanju obeh delov besedila zgoraj – še posebno pri drugem – čutil mravljinice po vsem telesu. Kako izvrstno je izražena nemoč posameznika proti sistemu!

Po moji presoji je Handkejeva knjižica izvrstno branje iz vsaj treh razlogov:

- da se bralec disciplinira ter se omeji izključno na izrazno moč besedila;
- da čuti pisateljevo umetnost, kako pripoved postavi v »časovno in prostorsko okno«;
- da (po)išče pisateljev motiv za opis »časovnega in prostorskega okna« – in nič (nič!) drugega.

Za bralca, ki nima pojma o zgodovini Jugoslavije, o njenem razpadu ter o *balkanski miselnosti*, bo knjižica verjetno zgodba o tragediji posameznika, ki je po zli usodi zašel v kolesje politike ter tako postal grešni kozel – ali morda celo žrtveno jagnje – prek katerega se trenutni politični sistem poskuša odkupiti za grehe prejšnjega političnega sistema. Tako me *Zgodba Dragoljuba Milanovića* v nekem smislu spominja na roman Stefana Zweiga *Marie Antoinette*, vendar bolj kot opozorilo, kako zgodbe ne pisati. Namreč, Handkejeva zgodba, napisana v »časovnem in prostorskem oknu«, ne more imeti ustreznega etičnega sporočila. Npr. zgodba o Hitlerjevi usodi, prikazani v »časovnem in prostorskem oknu« zgodnje pomladi 1945 v Berlinu, v bunkerju pod njegovo *Reichskanzlei*, bi bila prav gotovo

tragična. A če bralec to okno odstrani, od tragičnosti zgodbe ne ostane prav nič. Ostane le izkušnja strašne zločinskosti.

Handkejeva zaznamovanost s slovenkostjo je znana in je pretresljiva. Tudi v *Zgodbi Dragoljuba Milanovića* je vsaj ena slovenska beseda, *lastovice* (str. 20), četudi meni lepše zvenijo *lastovke*. Precej več pa je srbskih besed, zapisanih v latinici, na str. 33 pa sta ime in priimek obsojenca zapisana celo v cirilici.

Nedelja

Cerkveni list Krške (celovške) škofije, št. 15/16, 8. april 2012

Če se prav spomnim, sem ta časopis slovenskemu zdravništvu doslej predstavil vsaj trikrat. Vsakokrat zato, ker je številka obravnavala tematiko, ki me je razburkala in spodbodla poseben tok misli, ki sem ga moral – moral! – zapisati. In brž ko je zapis, (z)manjka le še korak do dokončne oblike, nujne za objavo.

Kot lahko bralec ugotovi iz datuma, gre tu za velikonočno *Nedeljo*. Že na otip sem čutil, da ima prilogo. A ko sem videl njen naslov, sem se je takoj lotil. Je kar obsežna (23 strani) in je v celoti posvečena 70. obletnici izгона skoraj 1.400 Slovencev s Koroškega v razna taborišča v Nemčiji. V nacistični terminologiji je bila to t. i. *K-Aktion*, izvedena v jutranjih urah 14. in 15. aprila 1942.

Oblikovno je najbolj udarno dvoje:

Na drugi in tretji strani je seznam izgnancev, pod njim pa zemljevid dvojezične Koroške z označenimi kraji izгона. Na nadaljnjih straneh so faksimili izvornih dokumentov ter posamezne fotografije. Zdi se, da je za izgon na Koroškem nacistična birokracija uporabljala obrazce, izvorno namenjene za izselitev Slovencev iz »južne Štajerske« (str. 7).

Za celoten vtis mora bralec seveda prebrati vse prispevke. Temelj je zapis *Aktion K, začetek sistematičnega pregona vseh Slovencev iz Koroške* (Teodor Domej). Večina pa je *posrednih sporočil*, kako je posameznike, rojene po vojni, zaznamovala travma (izgnanih) staršev. Kako je v tistih časih deloval nacistični *verkle*, pa izvrstno opisuje kratka zgodba na str. 21 (Hanzi Schaschl).

Največjo sporočilnost pa ima uvodnik, pravzaprav esej (str. 4–5) Reginalda Vospernika. Tudi on je bil med izgnanci, četudi »le« kot štiri leta star otrok. Njegov zapis je kot lok, ki sega od mešanice osebnih, otroških spominov prek zgodovinskih podatkov ter njih analize do sedanjega dožemanja slovenstva na Koroškem. Zapis je pravzaprav esej o vprašanju, kakšen pomen (vlogo?) ima jezik v človekovi identiteti. In če bralec vsaj okvirno pozna tematiko knjige Petra Handkeja *Immer noch Surm* (Še vedno vihar), lahko občuduje, kako Vospernik v enem odstavku(!) opiše dramatisacijo te knjige, nedavno predstavo v dunajskem *Burgtheatru*, ki je, kot zapiše Vospernik, »...religioz-na spoštljivost pred tiskano slovensko besedo«.

Tako se mi zdi, da je Handke manj zaznamovan s slovenstvom kot pa z nekakšnim posebnim jugoslovanstvom, radikalnim tako zelo, kot se je to pokazalo v dogodkih okoli leta 1990.

O Handkejevih motivih za to naklonjenost pa bom ugibal tudi v prihodnje.

Marjan Kordaš

Se pravi, velikonočno prilogo Nedelje sem bral po kosih in v premorih precej premišljal ter se pogovarjal. Z zamudo sem dognal, da je priloga naslovljena z dvema stihoma iz neke pesmi Andreja Kokota,

Vendar je še čas, kajti pomlad že prihaja

in naslov sem zgoraj poskusil zapisati enako, s poudarkom besed *čas* ter *pomlad*.

Ker sem bral po kosih in v premorih, sem ves upehan prijadral do str. 18, ki se začne tudi s pesmijo Andreja Kokota

»Pustite me tu,/ na robu večera,/ da sonce pospremim/ za hrbet
Dobrača/ da vidim,/ kako življenje/ na vasi zamira, da slišim,
kako se ljubezen/ v domove vrača«

in pod to pesmijo ves presenečen uzrl **nemško besedilo**.

Četudi so vsi (vsi, vsi, vsi!) koroški Slovenci dvojezični, se mi zdi, da je nemško besedilo v slovenski *Nedelji* pravzaprav huda izjema. Torej sem ga takoj prebral, dognal, da gre za svojevrsten čudež, dognal, da ga moram prevesti in vključiti v recenzijo.

Četudi se besedilo v nemščini bere gladko, sem se s prevajanjem kar dolgo ubadal. Tudi ugibal, zakaj se je avtorica, prof. dr. Marina Jamritsch, profesorica na gimnaziji (BORG, BundesOberstufenRealgymnasium) v Šmohorju (Hermagor), odločila za takšno obliko, da v slovenščini zveni nekako po *ovinkih*. Takole:

Marina Jamritsch:

Proti damnatio memoriae

V preteklih 25 letih šolam res ni mogoče več očitati, da so pri pouku zgodovine »prišle le do prve svetovne vojne«. Prisoditi sodobni zgodovini prostor, ki ji pritiče, sodi dandanes ne le k izpolnitvi učnega načrta, temveč hkrati ustreza temu, kar je za večino učiteljev zgodovine tudi »uradno«. A merodajnega miselnega koraka, da se je vse tisto, kar je v učbenikih zapisano o nacizmu, v miniaturni zgodilo tudi pred lastnimi hišnimi vrati – v domači vasi, v domači dolini – pa na mnogih krajih

še ni mogoče dokončati. Tako se zve, da so tudi v Ziljski dolini obstajale vse skupine žrtev: Judje, žrtve evtanazije, žrtve optiranja – slednji, če že sami niso postali storilci, bi lahko veljali kot komplementarne žrtve Slovencev – pri belem dnevu ustreljeni ubežniki iz Wehrmachta ter »izseljeni Slovenci«. Po načelu obletnic se na slednje na naši šoli spominjamo ter potiskamo v zavest vse od leta 2008 dalje.

Zato, ker so nekoč iz dobro znanih razlogov tudi v Ziljski dolini prešli v povojni vsakdanjik. In kdor bi hotel odpreti vprašanje o krivici, ki ga je bila prizadela, bi se prav gotovo znašel v sovražni osamitvi. Da leta 2008 v Šmohorju ni bilo mogoče najti niti enega zgodovinskega združenja, ki bi mu bilo vredno ukvarjati se z žrtvami nacizma, lahko označimo kot samoumevnost. Znani »patroni« s svojimi gostujočimi predavanji in ponudbami za tisk so nas ubranili pred tem, da naše spominske prireditve v javnih razpravah niso bile zamolčane do kraja.

Tako kot slednje bo tudi spominski večer za žrtve *Akcije K* (»K-Aktion«) v občini Šmohor izzval različne odzive: Spet bo nekaj takšnih, ki bodo z zanimanjem privzeli tisto, kar jim ni pripovedoval nihče, pa se je pred 70 leti vendar zgodilo. In bodo tudi tisti, ki se s tem ne bodo hoteli obremenjevati, ker bodo zaskrbljeni, da se bodo ob spraševanju spet znašli pred svojimi hišnimi vrati. In bodo tudi takšni, ki bodo, razdraženi zaradi dvojezičnih krajevnih napisov ter s tem »motenega vaškega miru«, začeli blebetati po svoje. Nič pa ne bodo slednji hoteli vedeti o orjaškem pritisku asimilacije v zadnjih sto letih, pa tudi tistega ne, kako je v svojih časih »mestni« Šmohor vihal nos nad »kmetavzarji«, zasvojenimi z maternim jezikom, z »vindišarskim« poreklom.

Spominske prireditve so največkrat ne(po)vabljene prireditve, h katerim v eni šoli sodi en učitelj in ki si potem išče skupino učencev. Zunaj šole pa prevladuje mnenje, da je Ziljska dolina tudi brez tega lepa pokrajina. Zlobni jeziki navadno dodajo, da ljudje s tem pač nimajo prav nič opraviti; da je to posledica zadnje ledene dobe.

Kdor ne pozna pojma *damnatio memoriae*, se mora ustrezno poučiti. In tudi (u)videti, kako se je ta ukrep uporabljal od antike vse do današnjih dni...

Bralcu *Isis* svetujem, naj si ogleda spletno stran šmohorske gimnazije (<http://www.borg-hermagor.at/>) in če pozna vsaj malo polpretekle zgodovine, mu bo zaprlo sapo. Zaprlo jo je tudi meni. In začel sem se spraševati o mehanizmih, prek katerih je prof. Marina Jamritsch uspela *premakniti svet s tečajev* in v avli šmohorske gimnazije pripraviti razstavo o izgonu Slovencev iz Ziljske doline... In da bo vrh tega 13. 4. 2012 v avli gimnazije ustrezna proslava ter da bodo pričevanja izgnancev brali profesorica Jamritsch in štiri dijakinje...

*

Ne vem, ali je naključje ali namen, da je letos obletnica izгона v velikonočnem času. Za verne spomin na vstajenje od mrtvih. Za neverne (in pogane, kot sem jaz), ki verujejo v humanistično izročilo, pa spodbuda za razmislek, ali človek, ki umre, lahko celo preseže, transcendira smrt.

In v nekoliko prenesenem smislu to velja tudi za jezik. Četudi (še) ni umrl. V *Nedelji* je Reginald Vospernik to zapisal v slovenščini, Marina Jamritsch pa v nemščini.

Sporočilo pa ni le *enako*. Verujem, da je sporočilo *isto*.

Marjan Kordaš

Martin Palmer: Jin in jang

Mladinska knjiga, 2012

Sodobna zahodnoevropska akademska medicina se je začela v preteklem stoletju bolj zavzeto spogledovati z vzhodnjaško, azijsko medicino. Pri tem se je nenehno soočala s harmonično dvojnostjo, ki jo ponazarjata jin in jang. Sistem na videz protislovne dvojnosti in iskanje ravnovesja med obema temeljnima elementoma – jinom in jangom, na katerem temelji kitajska modrost nasprotij in usklajenosti, je že od nekdaj prisoten v medicini. Simbol jina in janga predstavlja najgloblje bistvo ravnovesja, ubranosti in enakosti – enakovrednosti in enakopravnosti. Ravnovesje jina in janga ni pasivno, statično, marveč spremenljivo, dinamično

– temelji in se napaja iz dinamične napetosti med obema nasprotnima poloma oz. iz njunega nenehnega boja za prevlado.

V širšem kontekstu je mogoče tudi bistvo ukrepov in prizadevanj zahodne akademske medicine opredeliti in obravnavati kot vzpostavlanje, ohranjanje, krepitve in poglobljanje dinamičnega ravnovesja med jinom in jangom. Zato najboljši zdravniki na visokorazviti zahodni polobli danes poznajo, razumejo (skušajo razumeti) in spremljajo dogajanje tudi na področju tradicionalnega, vzhodnjaškega zdravilstva oz. komplementarne medicine.

O jinu in jangu kot temelju vzhodnjaške filozofije, o njuni uporabi v vsakdanjem življenju in o vsem, kar je povezano z njima, govori Martin Palmer, britanski sinolog, avtor in diplomant s Cambridgea v svojem najnovejšem priročniku »Jin in jang«. Z njegovo pomočjo lahko človek v času turbulentnih sprememb, ko izginjajo vrednote, se preoblikujejo prioritete, rušijo preživetni načini razmišljanja in odpoveduje doslej veljavna rutina, prerešujemo (znova presodimo) svoje odnosu do samega sebe, soljudi in okolja – žive in nežive narave.

Zgodovinski letopisi pričajo, da simbol jina in janga, predstavljen tudi na naslovnici pričujočega dela, sodi med najbolj znane in preučevane kitajske risbe. Sestavljen je iz dveh vijugastih, jasno zarisanih, črno-belih vrtincev, vsak s piko drugega v središču; na Zahodu je zaslovel kot eden najznamenitejših kitajskih simbolov. Predstavlja vir, izvor, temelj in najgloblje bistvo ravnovesja, ubranosti in enakosti. Komponenti jin in jang se v valovitih črtah umikata druga drugi, obe pa v svojem bistvu (osnovi, esenci, biti) vsebujeta prvino drugega.

Palmerjev priročnik Jin in jang prikazuje bistvo jina in janga oziroma raziskuje, opisuje in skuša približati presenetljivi svet dveh sil, ki obvladujeta – zaznamujeta in ohranjata vesolje, pa tudi sleherno obliko življenja, delovanja in dogajanja v njem.

Jin in jang, simbol antipodov, kot sta žensko in moško, mrzlo in vroče, temno in svetlo, zgoraj in spodaj, spredaj in zadaj, luna in sonce, zemlja in nebo, ogenj in led, rojstvo in smrt, bolezen in zdravje, uteleša povezanost popolnih nasprotij, ki se ne zlivajo v spokojnem obstoju in sobivanju, marveč se neprestano brusijo in kalijo v boju za prestiž in nadvlado. Jin simbolizira pasivnost, počasnost, ustaljenost in mirovanje, jang pa spodbuja k aktivnosti, dinamičnosti, spremembam in gibanju. Moč in energija jina in janga predstavljata življenjsko silo, energijo življenja v vesolju, se rojevata iz tekmovanja in iz spopadanja – kreativnega nasprotovanja. Vsak od njiju hoče zatreti/izničiti drugega in zavladati stvarstvu, a mu to (na srečo) ne uspe. Predvidljiva mati Narava je v svoji nezmerni modrosti del vsakega od njiju vsadila v srce drugega in s tem preprečila popolno destrukcijo. Zato v trenutku, ko eden izmed njiju zmaga – doseže zenit in zablešči v njem, sklene svojo pot navzgor in se začne spuščati oziroma umikati, da bi lahko rasel, napredoval in se povzpel drugi, njegov antipod in nasprotnik.

Tako se morajo na primer jangovske sile poletne vročine prej ali slej umakniti jinu jesenskega hladu. Nato pa začne moč jina zimskega ledu slabeti, sneg in led se začneta ob vse večjih jangovskih silah spomladanske toplote taliti, dokler ne izhlapi in/ali izparita – izgineta v zemljo ali v zrak. Simbol jina in

janga ponazarja opisane in njim podobne (vse) pojave v naravi in vesolju. Na konceptu jin - jang temelji tudi filozofija feng shui, kot znanost in umetnost o usklajenosti in prilagojenosti človeka njegovemu ožjemu in širšemu bivalnemu, delovnemu in življenjskemu okolju na vseh področjih in ravneh. Feng shui predstavlja temelj tradicionalnega življenja in delovanja. Prisoten je tako v arhitekturi, ekologiji in uporabni umetnosti kot tudi v medicini (znanosti), industriji, modi, kulturi in religiji. Zahvaljujoč logičnim principom, na katerih temelji, konkretnosti, praktičnosti in uporabnosti, o njej razmišljajo, jo preučujejo in v praksi uporabljajo tudi številni zahodni zdravniki in njihovi sodelavci. Za piko na i pa o njej marsikaj vedo in jo prakticirajo tudi številni bolniki in njihovi svojci, uporabniki zdravstvenih storitev. S pomočjo preizkušene staroazijske modrosti o harmoniji človeka s samim seboj ter z mikro in makro okoljem, si lahko človek mimogrede okrepi zdravje in vitalnost (se izogne različnim težavam in motnjam, jih odpravi ali vsaj ublaži), okrepi poslovne pozicije in izboljša poklicno perspektivo, požlahtni medčloveške odnose in okrepi svojo povezanost z naravo.

Za kitajsko/azijsko filozofijo, pogled na svet in obravnavanje dogajanja v njem sta značilna osupljiva napetost in sobivanje večnih nasprotij, ki se vedno znova izkažeta oziroma potrđita za nepogrešljiva. Koncept tradicionalne azijske filozofije, z jinom in jangom na čelu, sodobnemu človeku lahko pomaga razumeti svet, ki ga obdaja, zaznavati in sprejemati spremembe ter se jim prilagajati in soustvarjati dogajanje na modrem planetu. Jin in jang simbolizirata in pojasnjujeta protislovja, ki jih živa bitja, pa tudi neživa narava nosimo v sebi. Bistveno načelo tradicionalnega pristopa je preprosto in razumljivo: kitajska tradicionalna medicina izhaja iz predpostavke in praktičnega dejstva, da se vseodrešujoča življenjska energija Qi (či) ne pretaka in ne kroži le po človeškem telesu, marveč je prisotna v celotnem naravnem okolju, zato jo je moč najti v rastlinah, živalih in v ostalih elementih makrokozmosa. Nemoten pretok čija po organizmu in v bivalnem okolju (stavbah) omogoča harmonično ravnovesje med obema antipodoma, jinom in jangom. Slednja sta med seboj enakovredna in suverena, hkrati pa medsebojno povezana in pogojena, popolnoma odgovorna za vzpostavljanje vseodrešujočega notranjega in zunanjega ravnovesja. V vsakem izmed njiju je moč najti tudi kanček drugega (v jinu janga in v jangu jina). V pričujoči uspešnici Palmer temeljni življenjski energiji či posveča poglavje, v katerem jo obravnava v povezavi z energijo, spolnostjo, hrano, zdravjem, vitalnostjo in dolgim življenjem.

Urejeno in uravnovešeno okolje (delovno, bivalno, življenjsko) in odnosi (združbe) se ponašajo s harmoničnim odnosom med jinom in jangom, s pomočjo katerih je moč v okviru kitajske tradicionalne medicine razložiti in ponazoriti vse pojave v mikro- in makrokozmosu. Ravnesje med omenjenima osnovnima energijama jin in jang, ki sta si v svojem bistvu nasprotni (antagonistični), izključujoči, polarni, antitetični, protislovnosti in komplementarni hkrati, se na primer odraža in je odvisno že od lege, orientacije in postavitve poslopja v določenem okolju. Vpliv jina je najmočnejši med 12. in 24. uro, zato bodo prebivalci poslopja oziroma okolja, v katerem prevladuje jin, njegov vpliv močnejše čutili zlasti od poldneva do polnoči, delovanje janga pa od polnoči do poldneva.

Jin (reka) in jang (gora) sta nepogrešljiva na vseh treh zdravstvenih ravneh – preventivi (primarni), kurativi (sekundarni) in rehabilitaciji (terciarni). Tradicionalna kitajska oziroma azijska medicina uči, da so jin organi polni, solidni organi, ki sprejemajo in shranjujejo snovi, ki so jih votli (jang) organi izčrpali iz hrane in pijače. Jin organi so ženski in veljajo za bolj pomembne od jang (moških) organov. Srce je jin in velja za nepogrešljivo; njegov parni organ je tanko črevo, ki pa je jang. Tradicionalni princip uči, da brez dela tankega črevesa človek lahko (pre)živi, brez srca pa ne.

Značilno za jin je, da je nežen, občutljiv, temen in ranljiv. Praviloma se nahaja na bolj ranljivih in občutljivih delih telesa. Dominira na delih telesa, ki jih radi nastavljamo soncu (del medeničnih organov in trebuh, ki potrebuje toploto, je jin, hrbet pa je jang). Sprednja stran človeškega telesa velja za senčno, jin. Hrbet, ki pa je že po naravi bolj izpostavljen soncu, je jang. Jin organi se nahajajo na notranji strani zgornjih okončin in niso (tako) izpostavljeni soncu. Tudi notranja stran spodnjih okončin, ki je skrita in zavarovana pred soncem in ostalimi zunanjimi vplivi, je jin. Jin organi optimalno delujejo v nenehnem gibanju in organizem oskrbujejo z energijo. Če se na primer tanko črevo in drugi notranji organi ne gibljejo (zamre peristaltika), se hranljive snovi ne morejo prebaviti in izkoristiti. Kadar je oskrba s hranljivimi snovmi dalj časa prekinjena, organi prenehajo delovati in začnejo postopoma admirati.

Jang organi so votli in cevasti, namenjeni predvsem transportu (sprejemanju in izločanju). Skozi tanko in debelo črevo izločamo (odstranjujemo iz telesa, kar smo vanj prinesli skozi višje ležeči vstopni cevasti organ – ustno votlino). Jang so torej votli organi, ki vsrkajo, izčrpajo in obdelajo hrano. Delovanje jang organov v končni fazi simbolizirajo črevo in izločala. Jang so moški organi, ki se nahajajo na bolj izpostavljenih mestih – zunanja stran zgornjih in spodnjih

okončin, ki so porasle z dlakami. Lokacijo jang organov ponazarjajo temni, poraščeni in izpostavljeni deli telesa. Občutljivost in ranljivost jin organov ponazarja tudi dejstvo, da človek, ko mu grozi nevarnost nagnonsko pokrije, skrije in zavaruje sprednji, jin del telesa ter nevarnosti nastavi hrbtno, moško, jang stran, ki je bolj odporna in vzdržljiva.

Kaj pa bolezenska stanja skozi prizmo jina in janga?

Med jin stanja sodijo kronične bolezni, bolezni, ki se razvijejo počasi, energija telesa je izčrpana; pacient nima moči in hira. Pulz je slab, pritisk je nizek, mišice pa so mlahave, brez tonusa. Jin so tudi bolezni notranjih organov, ki niso neposredno povezane s površino telesa (jetra, srce, vranica), in različne okužbe oziroma bolezni brez povišane telesne temperature.

Jang stanja pa vključujejo akutne bolezni (npr. vnetje dihal, prebavil ipd.), bolezni, ki hitro napredujejo in relativno zgodaj dosežejo vrhunec, bolezni, motnje in poškodbe organov, ki so povezani z zunanjimi organi (respiratorni in prebavni organi) oziroma površino telesa (koža z adneksi), pa tudi bolezni, ki jih spremlja povišana temperatura, pospešen pulz, povišan krvni tlak ipd.

Jin bolezenska stanja so praviloma bolj nevarna – zahtevna, resna in zapletena, pa tudi dolgotrajna od težav tipa jang. Akutnost simbolizira jang, kroničnost pa jin. Pri stanjih jin je prizadeta notranjost organizma, medtem ko motnje jang običajno ostajajo na površini telesa.

Palmer izpostavlja tudi pomen dejstva, da nam tradicionalna azijska filozofija pomaga zaznavati, razumeti in vrednotiti ter vsaj delno tudi obvladovati sile, ki se ustvarjajo in delujejo v vsem, kar nas obdaja. Poudarja, da smo na določen način vsi ujeti v plimovanje teh sil; z njimi se soočamo kot posamezniki, partnerji, družina, organizacija in družba v celoti. Prežemajo človekov odnos do samega sebe, njegovih domačih, sorodnikov, prijateljev, sodelavcev, znancev in neznancev. Razmišljanje o nasprotjih, povezanosti in usklajenosti jina in janga človeku lahko pojasni turbulence, ki smo jim priče v drugem desetletju 21. stoletja, nam jih pomaga obvladovati oziroma se jim prilagajati in na pogorišču starega, preživelega ustvarjati temelje nove družbe, odnosov in povezav. Koncept jina in janga ponazarja in pojasnjuje proces vznikanja novih načel in rojevanje novih modelov iz navidezne praznine – transformacijskega vakuuma. Genialne kitajske zamisli, ki so se tisočletja pojavljale, uveljavljale in upoštevale predvsem na azijski celini, pa postajajo vse bolj priljubljene in spoštovane – doživljajo renesanso v globalnem merilu.

V načela in postulate tradicionalne kitajske oziroma staroazijske filozofije, s konceptom jina in janga na

čelu, številni strokovnjaki in poznavalci preprosto verjamejo. Vsi ostali, »nejeverni Tomaži«, pa lahko njihovo verodostojnost na konkretnih primerih sproti preverjajo v praksi. Pri tem jim je vsebina najnovejšega

Palmerjevega dela o izvoru, bistvu, značilnostih, interakciji in delovanju, vplivih in jinu in jangu lahko v pomoč in oporo.

Nina Mazi

I S T E V E

Misli Steva Jobsa. Izbral George Beaham, Založba Mladinska knjiga, 2012

Odpovejte se preprostim, majhnim in nepomembnim sanjam. Majhne sanje običajno sploh niso prave sanje. So le seznam dolžnosti in obveznosti, ki jih je treba izpolniti. Z njimi se ni vredno preveč ukvarjati – zadostujeta urica ali dve na dan, z zavihanimi rokavi, seveda. Sanje so nekaj drugega – dovolite si sanjati velike in pomembne reči.

Legendarni oče in boter, (so)lastnik in predstojnik giganta Apple, Steve Jobs, ni bil le pameten, preudaren, prodoren in podjeten, načitan in razgledan, marveč se je ponašal tudi z vseodrešujočo modrostjo, ki mu je v odločilnih trenutkih pomagala prevesiti kazalec na tehtnici tja, kamor je hotel. Jobsu, ki ni bil ne politik, ne duhovnik, ne filozof, je z objektivnim vizionarstvom in velikimi sanjami uspelo vzpostaviti globalno gibanje privrženecv. Navdušenci in ljubitelji obgrizenega jabolka z vsega sveta niso združeni v nikakršno uradno registrirano, formalno obliko, pa vendar odločno, iskreno in glasno stojijo za idejami, izumi, izdelki in storitvami, ki jim jih ponuja Jobs oziroma njegovi nasledniki.

Posrečen izbor misli in izjav pronicljivega Steva Jobsa (1955–2011), ustanovitelja in dolgoletnega direktorja podjetja Apple, je vreden pozornosti, saj se človek ob njem veliko nauči, sprosti, obogati, nasmeje, zamisli in zabava. V poslovnem svetu je Steve Jobs zasedal posebno, zavidanja vredno mesto in igral vlogo, ki mu je bila pisana na kožo – vse to se zrcali tudi v njegovih izjavah in mislih, zbranih v knjigi, nastali pod patronatom Georja Beahama.

Jobs je v ostri konkurenci prejel dve prestižni priznanji: za »direktorja desetletja« in »osebnost desetletja«, mnogi pa mu napovedujejo tudi laskavi naziv menedžerja stoletja, ki je v minulem, 20. stoletju pripadel legendarnemu Petru Druckerju. Steva Jobsa, prezgodaj preminulega računalniškega genija, najpogosteje označujejo kot aktivnega vizionarja, ki je spremenil svet elektronskih naprav, od namiznih računalnikov do telefonov in tabličnih računalnikov. Njegove misli so modre, življenjske in praktično uporabne, zato se

pogosto citirajo, »jagodni izbor« pa nam je na volje v pričujoči knjigi.

Pronicljiva modrost Jobsu ni bila položena v zibelko oziroma »dana od zgoraj«, marveč si jo je pridobil in prislužil z opazovanjem, razmišljanjem, spraševanjem, spoznavanjem in preučevanjem. Njegova življenjska pot je bila pestra in razgibana, na trenutke očarljiva, nenavadna in veličastna, pa tudi boleča, naporna in neprijetna. Življenje je bilo z njim kruto in dobrohotno, usoda bridka in mila. Kljub temu je Jobs hotel vedno in povsod ostati to, kar je: Steve Jobs, kar je jasno povedal s svojo izjavo: »Bodite to kar ste. Vaš čas je omejen, zato ga ne zapravljajte za to, da bi živeli življenje nekoga drugega.«

Bil je pogumen, prisegal je na navdušenje in bil (v poslu in življenju nasploh) pripravljen tudi tvegati. Ni se bal porazov, imel je smisel za humor, skozi življenje se je skušal prebijati igrivo in lahkotno: »Zavedanje, da boste umrli, je najboljši način, da se izognete pasti v razmišljanju, da imate kaj izgubiti. Ste že goli. Nobe-nega razloga ni, da ne bi sledili svojemu srcu. Ostanite lačni. Ostanite norčavi.«

Pomembno prednost in veliko vrlino Steva Jobsa predstavlja dejstvo, da je znal skupaj s pravimi sodelavci do makimuma razviti čut za poenostavljanje uporabniške izkušnje, uveljaviti smisel za »služenje človeštvu« in plasirati čut za estetiko, ki ga prav v računalniški panogi pogosto tako primanjkuje. V zvezi s tem je pokojni prvi mož Applu povedal:

»Računalništvo je znanost in umetnost hkrati. Kdor zna ti dve, sicer samosvoji in ne najbolj obvladljivi kategoriji povezati in voditi v pravo smer, je na konju.«

Kljub svoji izjemnosti je Jobs želel ostati prizemljen – delati z ljudmi in za ljudi, kar je jasno ponazoril z naslednjo izjavo: »Apple že od vsega začetka ni želel izdelovati računalnikov za podjetja, ampak za navadne ljudi. Svet ne potrebuje novega Della ali Compaqa.«

Do konca je hotel ostati preprost in prizemljen, ali kot sam pravi: »To je ena mojih manier: osredotočenost

in preprostost. Preprosto je lahko težje kot zapleteno: trdo moraš delati, da lahko misliš čisto in stvari izvedeš preprosto. A na koncu je vredno truda, saj ko to dosežeš, lahko resnično premikaš gore.«

Nikoli si ni prizadeval postati »računalniški bog«, spoštoval pa je različnost in drugačnost ter cenil izjemnost, kar je potrdil tudi s svojo pomenljivo izjavo: »To je za tiste nore, za posebneže, za tiste, ki mislijo drugače. Nekateri vidijo norce, mi vidimo genije.«

Menil je, da so znanje in ideje skupna lastnina človeštva, do katere imajo vsi pravico. Tudi, ko gre za posel in kariero: »Picasso je dejal: dobri umetniki kopirajo, odlični umetniki kradejo. Nikoli nas ni bilo sram kras-ti odličnih idej.«

Prisegal je na kreativnost, ustvarjalnost, domiselnost, inventivnost, inovativnost in domišljijo: »Prepričan sem, da je velik del uspeha Macintosha tudi posledica dejstva, da so na njem delali ljudje, ki so bili glasbeniki, pesniki, pisatelji, umetniki, zoologi in zgodovinarji, ki so bili na srečo tudi najboljši znanstveniki na področju računalništva na svetu.«

Svoje poslanstvo je gradil na veri in zaupanju: »Zaupati morate v nekaj – v svoj občutek, usodo, življenje, karmo, kar koli. Ta pristop me nikoli ni razočaral in je ključno spremenil moje življenje.«

Verjel je v dobroto in občudoval lepoto. Upanje in zaupanje je imel za temelj svojega delovanja in bivanja: »Moč upanja in zaupanja je neverjetna! Zaupajmo v dobro in dobro se nam bo vsem povrnilo.«

Prisegal je na odličnost in kakovost. Svojim najozjim sodelavcem in domačim je svetoval:

»Bodite vzor odličnosti, prizadevajte si za brezhibnost in kakovost. Pomagajte ljudem, ki niso vajeni delovanja v okolju, naravnanim na odličnost in kakovost, zavezanem brezhibnosti.«

Ni se bal napak in spodrseljavev in jih tudi ni brez-kompromisno grajal oziroma kaznoval. Razumel jih je kot ovire na poti do cilja, ki jih je mogoče premagati, predvsem pa kot priložnost za učenje, rast, razvoj in napredek: »Napake so izziv, ki smo ga sposobni obvladati. Predvsem pa je pomembno, da se iz njih čimveč naučimo, ob njih rastemo, se razvijamo, se urimo v svojem delu in se poglobljamo v svoje poslanstvo.«

Čeprav je bil silno bogat, se je zavedal, da denar ni in ne more bit vse – ne sme postati alfa in omega stvarstva. Dober občutek in čista vest sta pomembnejša od težkega mošnjčka: »Biti najbogatejši človek na pokopališču mi nič ne pomeni. Zvečer leži v posteljo z zavedanjem, da si naredil nekaj čudovitega... to mi je pomembno.«

V poslu je bil konkreten in pragmatičen, zavezan svojim ciljem – vse to je pričakoval in zahteval tudi od svojih sodelavcev, katerim je pogosto ponavljal: »Ne delamo tržnih raziskav. Ne zaposlujemo svetovalcev. Iščeemo sposobne ljudi z vizijo, ki so pripravljeni razmišljati in ustvarjati. Želimo izdelovati odlične proizvode in z njimi pomagati ljudem.«

Že kot mladenič je Steve Jobs rad prebiral Malega princa in se tudi kot odrasel, uspešen moški vedno znova rad vračal k njemu. Najbolj se ga je dotaknila legendarna modrost dečka, ki je verjel v čudeže in jih je tudi znal priklicati v svoje življenje: »Bistvo je očem nevidno. Če hočemo videti, moramo gledati s srcem.« In oče Appla je bil človek, ki je dejansko znal in zmo-gel gledati ne le z očmi, marveč tudi s srcem. Verjel je, da je tam, kjer je dober namen in plemenit cilj, vedno tudi način za njegovo uresničitev.

Pa še po nečem se je odlikoval legendarni Jobs: ljubil je svoje delo, živel je za svoje poslanstvo in si prizadeval, da bi z njim izboljšal svet. Zavedal se je, da brez elana, zavzetosti, predanosti in navdušenja človek ne more biti učinkovit in uspešen pri svojem udejstvovanju. Vse to je ponazoril z naslednjo izjavo: »Edini predpogoj, da ti uspe nekaj velikega, je, da ljubiš svoje delo oziroma si navdušen nad tistim, kar počneš. Če še nisi našel svojega najljubšega opravila, ga išči, dokler ga ne najdeš. Ne ustavi se in ne obupaj. Vztrajaj in bodi potrpežljiv. Ne starši in učitelji – okolica, marveč srce ti bo povedalo, kdaj si našel tisto pravo. Tega se nato drži, v tem skušaj postati najboljši.«

Misli Steva Jobsa so vredne pozornosti. Zanimivo branje lahko zdravnikom in bolnikom olajša preneka-tero stisko ter pomaga na poti do zdravja, blaginje in blagostanja, pa tudi do vrednot in idealov, za katere si prizadevajo.

Nina Mazi

Prošnja organizatorjem strokovnih srečanj

Ker veliko upokojenih zdravnikov z zanimanjem sledi razvoju stroke, ki so se ji posvečali vse svoje aktivno obdobje, se radi udeležujejo strokovnih srečanj – tudi tistih, ki jih uvrstimo v koledar strokovnih srečanj v reviji Isis in katerih programe objavljamo na spletni strani Zdravniške zbornice Slovenije.

Organizatorje zato prosimo, da upokojenim zdravnikom čim večkrat ponudijo možnost, da se brez plačila kotizacije udeležijo strokovnih dogodkov, nam pa dosledno sporočajo, ali so upokojeni zdravniki oproščeni plačila kotizacije ali ne, da bomo podatek lahko uvrstili v ustrezno rubriko.

Uredništvo

ENOTNA PRIJAVNICA ZA UDELEŽBO NA ZDRAVNIŠKIH SREČANJIH, OBJAVLJENIH V IZIDI

(velja tudi fotokopirana prijavnica)

prijavljam se za udeležbo (ustrezno obkrožite oz. dopišite) prosim, pošljite informacije drugo _____

srečanje _____

ime in priimek udeleženca _____

naslov stalnega bivališča _____

Izjava – davčni zavezanec (obkroži)

da ne

davčna številka: _____

IZPOLNITI, ČE UDELEŽENEC NI PLAČNIK PLAČNIK JE BOLNIŠNICA, ZAVOD ALI KDO DRUG

Plačnik udeležbe – kotizacije _____

Naziv plačnika _____

Točen naslov sedeža plačnika _____

Telefon _____

Faks _____

E-pošta _____

Kontaktna oseba _____

Izjava – davčni zavezanec (obkroži)

da ne

davčna številka _____

IZPOLNITI SAMO ZA TISTA STROKOVNA SREČANJA, KI JIH ŽELITE UVELJAVLJATI ZA PODALJŠANJE LICENCE

Kraj rojstva _____

Datum rojstva _____

Naziv delovne organizacije _____

Delovno mesto _____

Želim sodelovati:

kot predavatelj (predavanje, poster, drugo)

kot udeleženec

na praktične usposabljanju

Prosim informacije o možnostih nočitve

da

ne

Kotizacijo za srečanje bom poravnal(a)

s položnico

ob prijavi

Datum _____

Podpis _____

1.–2. ob 10.30 • 37. SREČANJE STOMATOLOGOV SLOVENIJE »IZ PRAKSE ZA PRAKSO« podroben program na spletni strani zbornice

kraj: PORTOROŽ, Avditorij	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 150 EUR + DDV, za upokoje- ne zdravnike in študente kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: seminar je namenjen zobozdravnikom	organizator: Stomatološka sekcija SZD, Aleksander Velkov, dr. dent. med.	prijave, informacije: prijave: Stomatološka sekcija SZD, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, informacije: Stomatološka sekcija SZD, Katarina Jovanovič, T: 01 511 66 17, 041 703 347, F: 01 434 25 84, E: stomatoloska-sekcija.sz@ordinacija.net	

1.–2. ob 9.00 • 21. MEDNARODNI SIMPOZIJ INTENZIVNE MEDICINE

kraj: BLEED, Hotel Golf	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 190 EUR, višina odvisna od datuma prijave	k. točke: v postopku
vsebina: simpozij je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Slovensko združenje za intenzivno medicino, Primož Gradišek	prijave, informacije: prijave: Simona Rojs, Klinika za in- fekcijske bolezni, Japljeva 2, Ljubljana, informacije: Simona Rojs, Primož Gradišek, Peter Radšel, T: 01 522 42 20, F: 01 522 24 56, E: simona.rojs@kclj.si	

1.–2. ob 13.00 • POKLICNE BOLEZNI HRBTENICE (TČ. 62 in 63. PRAVILNIKA O SEZNAMU POKLICNIH BOLEZNI) podroben program na spletni strani zbornice

kraj: ROGAŠKA SLATINA, Hotel Sava, kongresni center	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni določena	k. točke: ***
vsebina: strokovni posvet je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Združenje za medicino dela, prometa in športa, doc. dr. Alen- ka Franko, mag. Irena Manfredo	prijave: Korint, d.o.o., ga. Jovanovič, informacije: doc. dr. Alenka Franko, mag. Irena Manfredo, dr. Tihomir Ratkajec, T: 01 429 58 11, 03 819 13 60, E: metka.korint@gmail.com	

2. ob 8.00 • FLEBOLOŠKA ŠOLA – 3. STOPNJA: KOMPRESIJA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Dermatovenerološka klinika, Zaloška c. 2	št. udeležencev: 35–40	kotizacija: 150 EUR (specialisti), polovična za študente in sekundarije, na TRR številka 01100-6030277894, sklic na številko: 299 30 34 / 7204599	k. točke: ***
vsebina: flebološka šola je namenjena dermatovenerologom in zdravnikom družinske medicine	organizator: Dermatovenerološka klinika Ljubljana, asist. Tanja Planinšek Ručigaj, dr. med., svetnica	informacije, prijave: prijave: Dermatovenerološka klinika, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, informacije: Verica Petrovič, T: + 386 1 522 42 80, F: + 386 1 522 43 33	

4.–6. ob 8.00 • EVROPSKI TRAVMA TEČAJ – TIMSKI PRISTOP

kraj: še ni podatka	št. udeležencev: 24	kotizacija: 750 EUR	k. točke: 20
vsebina: tečaj je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Slovensko združenje za urgentno medicino, prim. mag. Dušan Vlahovič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.szum.si , E: info@szum.si , informacije: Monika Grünfeld, T: 041 607 402	

5. ob 16.00 • PRIPOROČILA ZA ZDRAVLJENJE KRONIČNE VNETNE ČREVESNE BOLEZNI IN NOVA TERAPIJA ZA ZDRAVLJENJE UC podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, predavalnica Kluba 300, Regentova 35	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je name- njeno gastroenterologom, specializan- tom gastroenterologije	organizator: UKC, IK, KO za gastro- enterologijo, prof. dr. Borut Štabuc, dr. med.	prijave, informacije: KO za gastroenterologijo, Japljeva 2, Ljubljana, Melita Šušmelj, Milana Krička, T: 01 522 26 39, F: 01 433 41 90, E: melita.susmelj@kclj.si	

6.–9. • EUROPERIO 7

kraj: DUNAJ, AVSTRIJA, Messe Wien Exhibition & Conference Center	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: zobozdravniki 550 EUR (do 27. 2. 2012), 650 EUR (do 20. 5. 2012), ustni higieniki: 200 EUR (do 27. 2. 2012), 250 EUR (do 20. 5. 2012)	k. točke: ***
vsebina: stro- kovno srečanje za zobozdravnike in ustne higienike	organizator: European Federation of Perio- dontology, soorganizator: Združenje za ustne bolezni, parodontologijo in stomatološko implantologijo SZD, predsednik: akad. prof. dr. Uroš Skalarič	prijave, informacije: prijave: individualno: W: http://www.europerio7.com/ , skupinski odhod: HRG Slovenia, kontaktna oseba Boštjan Napotnik, T: 01 423 36 36, informacije: E: rok.gaspersic@mf.uni-lj.si , E: erika.cvetko@mf.uni-lj.si	

7. ob 15.00 • VODENJE KRONIČNEGA BOLNIKA: »KRONIČNA BOLEČINA« podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica za zdravnike družinske medicine in specializante družinske medicine	organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine, doc. dr. Marija Petek Šter, dr. med.	prijave, informacije: Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1104 Ljubljana, E: kdrmed@mf.uni-lj.si , T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10	

8. ob 14.30 • JAZ IN JEZIK – SKUPINSKOANALITIČNA EKSPLOKACIJA IN EKSPLOKACIJA KAR TAKO

kraj: LJUBLJANA, Poliklinika, Psihiatrični dispanser, Njegoševa 4	št. udeležencev: 25	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno vsem zdravnikom	organizator: Slovensko društvo za skupinsko analizo, Vladka Stamos, dr. med.	prijave, informacije: Psihiatrična bolnišnica Begunje, Begunje na Gorenjskem 55, 4275 Begunje na Gorenjskem, Vladka Stamos, dr. med., T: 040 893 673, E: stamosv@siol.net	

8. ob 9.00 • MIELOPATIJE PRI OTROCIH podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MARIBOR, velika predavalnica kirurške stolpnice UKC Maribor	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje	organizator: Sekcija za otroško nevrologijo pri SZD, asist. Natalija Kranjc, dr. med.	prijave, informacije: prijave niso potrebne, informacije: Natalija Kranjc, Peter Gradišnik, T: 522 92 49, E: natalija.kranjc@mf.uni-lj.si	

8. ob 16.00 • VI. DOBRODELNI GOLF TURNIR DEBRA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: OLIMJE, igrišče A golf Olimje	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: startnina 30 EUR in dobrodelni prispevek 10 EUR, oboje v korist društva DEBRA	k. točke: ***
vsebina: dobrodelni golf turnir je namenjen vsem	organizator: Društvo za obbolele z distrofično dedno bulozno epidermolizo DEBRA Slovenija, Polona Zakošek	prijave, informacije: Golf recepcija Olimje, Aleš Amon, T: 03 810 90 66, F: 03 810 90 67, E: info@agolf.si , do srede, 6. junija 2012	

8.–9. ob 8.30 • SPOROČANJE SLABE NOVICE IN NAČRTOVANJE PALIATIVNE OSKRBE

kraj: LJUBLJANA, URI Soča, Seminar Marjetica, Linhartova 51	št. udeležencev: 10–12	kotizacija: 200 EUR	k. točke: ***
vsebina: delavnica z izkustvenim učenjem je namenjena zdravnikom, zdravnikom specialistom, stažistom	organizator: Zavod za razvoj paliativne oskrbe, Ljubljana, Urška Lunder, dr. med., spec.	prijave, informacije: prijave: E: urska.lunder@mail.ljudmila.org ali Zavod za razvoj paliativne oskrbe, Bratov Učakar 134, Ljubljana, informacije: Urška Lunder, dr. med., spec., T: 041 342 797	

8.–10. ob 8.30 • ULTRAZVOČNO VODENO ENDOVENSKO LASERSKO/RF ZDRAVLJENJE KRČNIH ŽIL podroben program na spletni strani zbornice

kraj: OTOČEC, Vila Otočec in Avelana, d. o. o.	št. udeležencev: 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: Avelana, d. o. o., Dobrava 72, 8222 Otočec, Damjana Bradač Zupančič, T: 07 30 75 107, F: 07 30 75 174, E: avelana.pisarna@gmail.com	

9. ob 9.00 • DRŽAVNO PRVENSTVO ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV V GOLFU

kraj: VOLČJI POTOK, Arboretum, Golf igrišče	št. udeležencev: 40–50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: državno prvenstvo zdravnikov in zobozdravnikov v golfu	organizator: Sekcija za golf zdravniškega športnega društva Medicus, prim. Marko Demšar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Golf klub Arboretum, T: 041 345 300	

9. ob 9.00 • POSVET ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV O POŠKODBAH V ŠPORTU, ZDRUŽEN Z XII. ODPRTIM DRŽAVNIM PRVENSTVOM ZA ZDRAVNIKE IN ZOBOZDRAVNIKE TER FARMACEVTE V STRELJANJU S STANDARDNO ZRAČNO PUŠKO IN PIŠTOLO podroben program na spletni strani zbornice

kraj: ORMOŽ, strelišče SD TSO Ormož v Trgovskem centru Holermous, Opekar-niška 2b	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 26 EUR, za člane Medicusa 16 EUR (vpisno polo dobite na Zdravniški zbornici) in jo lahko nakažete na TRR Medicusa št.: 02014-0089618943. Ob plačilu navedite sklic 3333. Ob prijavi prinesite dokazilo o plačani kotizaciji in prosite za račun.	k. točke: ***
vsebina: posvet in državno prvenstvo v streljanju	organizator: Strelska sekcija zdravniškega in stomatološkega športnega društva Medicus	prijave, informacije: prijave do 3. 6. 2012, Bran-ko Košir, E: branko.kosir@siol.net , T: 041 444 972	

11. ob 9.00 • KOMUNIKACIJA IN RAZUMEVANJE DRUGAČNOSTI (seminar) podroben program na spletni strani zbornice: W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: predavanje: 120 EUR (DDV je vključen), kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104	k. točke: 5,5
vsebina: Seminar je namenjen zdravnikom in zobozdravnikom, ki želijo osvojiti veščine komuniciranja, ter v nadaljevanju v obliki treh delavnic nudi tudi trening tehnik in samih načinov komuniciranja.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191	

12. ob 9.00 • VERBALNA IN NEVERBALNA KOMUNIKACIJA (delavnica 1) podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104	k. točke: 6
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci delavnice bodo vadili osnove komunikacije: jasno izražanje in tehnike aktivnega poslušanja ter razumevanja sporočil.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191	

12.–13. ob 9.00 • KAKO HKRATI POVEČATI STROŠKOVNO UČINKOVITOST IN KAKOVOST V NEPROFITNIH ORGANIZACIJAH

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Rantova soba, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 20–25	kotizacija: 390 EUR + DDV	k. točke: ***
vsebina: Več o vsebini in prijavi na W: http://www.crmt.com/si/7/128/Kako-hkrati-povecati-strokovno-ucinkovitost-in-kakovost-v-neprofitnih-organizacijah%3F . Strokovno srečanje je namenjeno strokovnim in poslovnim direktorjem, sedanjim in bodočim nadzornikom, vodjem kakovosti, pomočnikom direktorjev, analitikom, pripravljalcem poročil, računovodjem, vsem, ki želijo recept za vzpostavitev učinkovitega sistema nadzora (zdravstveni dom, bolnišnice, domovi za starejše in ostali zavodi).	organizator: CRMT Inštitut, CRMT, d. o. o., Dragica Erčulj	prijave, informacije: prijave: E: info@crmt.com , informacije: Nives Nadoh, nives.nadoh@crmt.com , T: +386 (0)40 437 127, T: + 386 (0)5 99 437 00	

13. ob 9.00 • TTT – TRAINING THE TRAINERS – UČENJE UČITELJEV

kraj: LJUBLJANA, Očesna klinika in Simulacijski center UKC Ljubljana	št. udeležencev: 8–10	kotizacija: 200 EUR	k. točke: 7
vsebina: učenje učiteljev je namenjeno mentorjem specializantov, študentov	organizator: Svet za izobraževanje UKC Ljubljana, prof. dr. Živa Novak Antolič	prijave, informacije: prijave: E: ziva.novak@guest.arnes.si in vedno tudi E: meta.kovacic@obgyn.mf.uni-lj.si , informacije: Živa Novak Antolič, Porodnišnica Ljubljana, Zaloška 11, 1000 Ljubljana, T: 01 522 62 55, F: 01 43 97 590	

13. ob 9.00 • UČINKOVITO REŠEVANJE KONFLIKTOV (delavnica 2) podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104	k. točke: 6
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci delavnice se bodo naučili in vadili, kako uspešno razreševati konfliktna situacije.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191	

13.–16. ob 12.00 • 19. MEDNARODNI SIMPOZIJ O URGENTNI MEDICINI program objavljen na spletni stran W: www.szum.si

kraj: PORTOROŽ, Kongresni center St. Bernardin	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 330 EUR za zdravnike, 300 EUR za zdravnike - člane SZUM, 275 EUR za MS in ZT do 5. 6. 2012, nato 380 EUR za zdravnike, 350 EUR za zdravnike - člane SZUM, 325 EUR za MS in ZT	k. točke: ***
vsebina: simpozij je namenjen zdravnikom vseh strok, zobozdravnikom, medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom	organizator: Slovensko združenje za urgentno medicino – SZUM, asist. Marko Gričar, dr. med., asist. mag. Rajko Vajd, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Slovensko združenje za urgentno medicino - SZUM, UKC, Maja Strajnar, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, informacije o prijavi: Maja Strajnar, T: 041 425 115, ostale informacije: Irena Petrič, T: 01 522 53 37, F: 01 522 24 16, E: info@szum.si	

14. ob 8.00 • 3. LIKARJEV SIMPOZIJ: NOVOSTI V MEDICINSKI PARAZITOLOGIJII podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta, Korytkova 2, velika predavalnica	št. udeležencev: 250	kotizacija: 50 EUR (DDV je vključen)	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno vsem zdravnikom, mikrobiologom in laboratorijskim delavcem	organizator: Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe SZD, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo MF UNI, asist. Miha Skvarč, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Mihaela Oberdank Hrstar, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo MF, Zaloška 4, 1000 Ljubljana, T: 01 543 74 08, F: 01 543 74 18, E: mihaela.oberdank-hrstar@mf.uni-lj.si , praktični del: Miha Skvarč, E: miha.skvarc@mf.uni-lj.si . Za prijavo na praktični del se pošlje kontaktni osebni kratek opis, zakaj udeleženca zanima področje medicinske parazitologije, najkasneje do 1. 6. 2012. Elektronsko sporočilo naj ima naslov Praktični del – Novosti v medicinski parazitologiji. Izbrani kandidati bodo po elektronski pošti obveščeni o uspešni prijavi na praktični del simpozija.	

14. ob 9.00 • KONFRONTACIJA – AGRESIVNO VEDENJE (delavnica 3), podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104	k. točke: 6
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci delavnice se bodo naučili, kako uporabljati asertivno vedenje: doseči svoje in zagotoviti integriteto sogovornika.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zzs-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zzs-mcs.si , T: 01 30 72 191	

15. ob 9.00 • KONFRONTACIJA – PASIVNO VEDENJE (delavnica 4), podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104	k. točke: 6
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci delavnice se bodo naučili kako prepoznamo manipulacijo in se ne zapletemo vanjo ter kako komuniciramo z ljudmi, ki se umaknejo.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zzs-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zzs-mcs.si , T: 01 30 72 191	

15. ob 8.30 • DELAVNICA O MEDNARODNI KLASIFIKACIJI FUNKCIONIRANJA, ZMANJŠANE ZMOŽNOSTI IN ZDRAVJA (MKF) podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča (URI – Soča), Linhartova 51 (predavalnica v 4. nadstropju)	št. udeležencev: 50	kotizacija: 10 EUR	k. točke: ***
vsebina: srečanje je namenjeno specializantom in specialistom fizikalne in rehabilitacijske medicine ter vsem članom rehabilitacijskega tima	organizator: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, prof. dr. Helena Burger, dr. med.	prijave, informacije: najpozneje do 5. junija 2012 na naslov: Ela Loparič, URI – Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, T: 01 475 84 41, F: 01 437 65 89, E: ela.loparic@ir-rs.si	

18.–19. ob 8.30 • MOTNJE HRANJENJA – TEORETIČNI IN PRAKTIČNI 2-DNEVNI SEMINAR OB IZIDU ZBORNICA O MOTNJAH HRANJENJA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Psihiatrična klinika	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: 100 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: seminar je namenjen vsem, ki jih zanima področje motenj hranjenja	organizator: Psihiatrična klinika Ljubljana, dr. Karin Serneč	prijave, informacije: prijave: Psihiatrična klinika Ljubljana, Sektor za izobraževanje, Studenec 48, 1260 Ljubljana Polje, informacije: Silva Potrato, T: 01 587 24 11, E: silva.potrato@psih-klinika.si	

19. in 20. ob 16.00 (dva popoldneva tvorita celoto) • VERBALNA IN NEVERBALNA KOMUNIKACIJA (delavnica 1) podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104	k. točke: 6
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci delavnice bodo vadili osnove komunikacije: jasno izražanje in tehnike aktivnega poslušanja ter razumevanja sporočil.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191	

26. in 27. ob 16.00 (dva popoldneva tvorita celoto) • UČINKOVITO REŠEVANJE KONFLIKTOV (delavnica 2) podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104	k. točke: 6
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci delavnice se bodo naučili in vadili, kako uspešno razreševati konfliktno situacije.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191	

27.–29. ob 10.00 • SIMPOZIJ »MOLEKULARNA MEDICINA IN BIOTEHNOLOGIJA« podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, predavalnica Medicinske fakultete UL, Korytkova ulica 2	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: do 15. 5. 2012: člani Inštituta za biokemijo MF UL 40 EUR, člani Slovenskega biokemijskega društva 60 EUR, ostali 90 EUR, po 15. 5. 2012: člani Inštituta za biokemijo MF UL 90 EUR, člani Slovenskega biokemijskega društva 90 EUR, ostali 110 EUR. Vključuje knjigo povzetkov, osvežitve med odmori, kosila in uvodno pogostitev. Cene vključujejo DDV.	k. točke: ***
vsebina: simpozij je namenjen zdravnikom, farmaceutom, veterinarjem, biokemikom, molekularnim biologom, genetikom, agronomom, živilskim tehnologom, okoljevarstvenim tehnologom, (bio)informatikom in (bio)etikom	organizator: Inštitut za biokemijo in Medicinski center za molekularno biologijo, oba MF UL, prof. dr. Ana Plemenitaš, prof. dr. Radovan Komel	prijave, informacije: prijave: W: http://ibk.mf.uni-lj.si/MolMed2012 , informacije: dr. Alja Videtič Paska, tajnica simpozija, E: molmed2012@gmail.com , T: 01 543 76 40/61, F: 01 543 76 41	

28.–30. ob 8.15 • MBC TEČAJ O ZDRAVLJENJU OPEKLIN

kraj: LJUBLJANA, UKC, predavalnica I	št. udeležencev: 150	kotizacija: 250 EUR zdravniki, 200 EUR ostali, za študente in dijake kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: mednarodni strokovni tečaj je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom, dijakom in vsem, ki se ukvarjajo z opeklinsko tematiko	organizator: Klinični oddelek za plastično, rekonstrukcijsko estetsko kirurgijo in opeklino, UKC Ljubljana, Albin Stritar	prijave, informacije: prijave: W: www.mbc-slo.eu , informacije: E: albin.stritar@amis.net	

1. • 6. KIMOVČEV MEDICINSKI TEK

kraj: UDEN BORŠT, KOKRICA PRI KRANJU	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: na spletni strani W: http://www.agp-pro.si/duatlon_brdo/	k. točke: ***
vsebina: promocija zdravega načina življenja	organizator: TK Triglav in Medicus	prijave, informacije: Milivoj Veličkovič Perat, E: mvelic4@guest.arnes.si	

5.–8 • 1. VESLOVANSKI KONGRES OTROŠKIH NEVROLOGOV

kraj: BLEED	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: na spletni strani	k. točke: ***
vsebina: teme otroške nevrologije	organizator: Milivoj Veličkovič Perat	prijave, informacije: Milivoj Veličkovič Perat, E: mvelic4@guest.arnes.si ; http://www.panslavic-childneuro.eu/	

7.–8. ob 9.00 • TEČAJ ULTRAZVOKA MIŠIČNO-SKELETNEGA SISTEMA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, URI Soča, predavalnica v IV. nadstropju	št. udeležencev: 24	kotizacija: 550 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: tečaj je namenjen specialistom in specializantom radiologije, fizikalne in rehabilitacijske medicine, revmatologije, ortopedske kirurgije, travmatologije in nevrologije, ki obvladajo osnove UZ-diagnostike in ultrazvok že uporabljajo pri vsakdanjem delu	organizator: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča in Združenje za radiologijo pri Slovenskem zdravniškem društvu, asist. dr. Vladka Salapura, dr. med., in asist. dr. Primož Novak, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: vesna.grabljevec@ir-rs.si , informacije: Vesna Grabljevec, URI Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, Primož Novak, Vladka Salapura, Vesna Grabljevec, T: 01 475 82 43, F: 01 437 20 70, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si	

11. ob 9.00 • KOMUNIKACIJA IN RAZUMEVANJE DRUGAČNOSTI (seminar) podroben program na spletni strani zbornice: W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: predavanje: 120 EUR (DDV je vključen), kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104	k. točke: 5,5
vsebina: Seminar je namenjen zdravnikom in zobozdravnikom, ki želijo osvojiti večšine komuniciranja, ter v nadaljevanju v obliki treh delavnic nudi tudi trening tehnik in samih načinov komuniciranja.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191	

12. ob 9.00 • VERBALNA IN NEVERBALNA KOMUNIKACIJA (delavnica 1) podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104	k. točke: 6
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci delavnice bodo vadili osnove komunikacije: jasno izražanje in tehnike aktivnega poslušanja ter razumevanja sporočil.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191	

13. ob 9.00 • UČINKOVITO REŠEVANJE KONFLIKTOV (delavnica 2) podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104	k. točke: 6
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci delavnice se bodo naučili in vadili, kako uspešno razreševati konfliktna situacije.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191	

14. ob 9.00 • KRONIČNA NERAKAVA BOLEČINA V VRATU podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 80 EUR brez DDV	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena zdravnikom različnih strok in njihovim sodelavcem, ki pri vsakdanjem delu srečujejo bolnike s kronično nerakavo bolečino v vratu. Običajno jo sproži nociceptivno draženje, ki se pogosto prepleta z nevropatsko bolečino. Zgoščeno bomo predstavili sodobne pristope algologov, zdravnikov družinske medicine, fiziatrov, imunologov, kirurgov, nevrologov, psihiatrov, psihologov, radiologov in revmatologov pri lajšanju težav teh bolnikov.	organizator: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, mag. Duša Marn Vukadinovič, dr. med., asist. Helena Jamnik, dr. med.	prijave, informacije: Vesna Grabljevec, Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, T: 01 475 82 43, F: 01 437 20 70, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si	

18.–22. ob 8.30 • UČENJE IN POUČEVANJE O OBVLADOVANJU TEŽAVNIH SITUACIJ V DRUŽINSKI/SPLOŠNI MEDICINI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: BLEED, Hotel Jelovica	št. udeležencev: 60	kotizacija: 300 EUR, za člane EURACT 250 EUR, za mlade zdravnike v okviru VgGM group 120 EUR	k. točke: 20
vsebina: učna delavnica za učitelje v družinski medicini in zdravnike družinske medicine	organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine, doc. dr. Mateja Bulc, dr. med., in doc. dr. Marija Petek Šter, dr. med.	prijave, informacije: prijave: do 15. maja 2012 elektronsko ali s prijavnico na naslov: Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, E: kdrmed@mf.uni-lj.si , T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, informacije: E: bulc.mateja@gmail.com , E: marija.petek-ster@mf.uni-lj.si	

19. in 20. ob 16.00 (dva popoldneva tvorita celoto) • VERBALNA IN NEVERBALNA KOMUNIKACIJA (delavnica 1) podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104	k. točke: 6
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci delavnice bodo vadili osnove komunikacije: jasno izražanje in tehnike aktivnega poslušanja ter razumevanja sporočil.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191	

20.–22. ob 9.00 • INOVACIJE IN NOVI NAČINI ZDRAVLJENJA SRČNEGA POPUŠČANJA

kraj: PORTOROŽ, Grand hotel Bernardin	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: mednarodni simpozij je namenjen vsem zdravnikom, študentom medicine, medicinskim sestram	organizator: Program za napredovalo srčno popuščanje in transplantacije srca, KO za kardiologijo, UKC Ljubljana in Texas Heart Institute, Houston, Teksas, ZDA, prof. dr. Bojan Vrtovec, dr. med., in prof. Igor D. Gregorič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: brms.slo@gmail.com , informacije: prof. dr. Bojan Vrtovec, dr. med., T: 01 522 28 44, F: 01 522 28 28	

21. ob 9.00 • 3. SIMPOZIJ O KONTRACIPI

kraj: LJUBLJANA	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: simpozij je namenjen ginekologom, zdravnikom družinske in šolske medicine	organizator: Združenje za ambulantno ginekologijo SZD, Lucija Vrabič Dežman, Marija Ilijaš Koželj	prijave, informacije: informacije: E: hodomed@gmail.com	

21. ob 9.00 • DELAVNICA O ALERGIJSKIH KOŽNIH BOLEZNIH podroben program na spletni strani zbornice

kraj: ZGORNJI BRNIK, Kongresni center Dvor Jezeršek, Zgornji Brnik 63	št. udeležencev: 30	kotizacija: 150 EUR, za upokojene zdravnike polovična kotizacija	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena vsem zdravnikom	organizator: Dermatovenerološka klinika UKC Ljubljana, Katedra za dermatovenerologijo MF UL	prijave, informacije: Verica Petrovič, Dermatovenerološka klinika UKC Ljubljana, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, T: 01 522 42 80, F: 01 522 43 33, E: verica.petrovic@kclj.si	

21.-22. • RAZLIČNI OBRAZI PSIHOZE – OD SPEKTRA DO OSEBNOSTI

kraj: BLEED, Hotel Kompas	št. udeležencev: 50–100	kotizacija: 120 EUR, za člane ISPS 50 EUR	k. točke: ***
vsebina: 10. srečanje Slovenskega društva za psihoterapijo psihoz je namenjeno psihiatrom, psihoterapevtom, zdravstvenim delavcem, psihologom ter drugim, ki se zanimajo oz. delajo na področju psihoterapije psihoz	organizator: ISPS Slovenija, mag. Marjeta Blinc Pesek, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Rudnik II/4, 1000 Ljubljana ali E: psih.ord.r@siol.net , informacije: Kaja Medved, univ. dipl. psih., T: 01 428 84 06, 031 753 675	

26. in 27. ob 16.00 (dva popoldneva tvorita celoto) • UČINKOVITO REŠEVANJE KONFLIKTOV (delavnica 2) podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104	k. točke: 6
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci delavnice se bodo naučili in vadili, kako uspešno razreševati konfliktna situacije.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191	

28. ob 8.30 • 7. UČNA DELAVNICA MEHANSKE VENTILACIJE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, UKC, Zaloška 7, predavalnica 4	št. udeležencev: omejeno na 45 in ne manj kot 30	kotizacija: 90 EUR	k. točke: ***
vsebina: teoretsko in praktično izpopolnjevanje s področja mehanske ventilacije je namenjeno zdravnikom specialistom in specializantom, ki se ukvarjajo z mehanskih predihavanjem	organizator: UKC LJ, KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo perioperativnih strok – Odd. za intenzivno terapijo – CIT in Slovensko združenje za intenzivno medicino, prof. dr. Boriana Kremžar, dr. med., asist. Primož Gradišek, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Simona Rojs, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva 2, 1000 Ljubljana, informacije: Simona Rojs, T: 01 522 42 20, prim. mag. Ognjen Cerović, dr. med., T: 01 522 33 12, E: civorec@gmail.com	

28. ob 8.00 • 1. MARIBORSKI REHABILITACIJSKI DNEVI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MARIBOR, velika predavalnica Univerzitetnega kliničnega centra	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 100 EUR	k. točke: ***
vsebina: seminar z učno delavnico je namenjen specializantom in specialistom fizikalne in rehabilitacijske medicine, splošne in družinske medicine, ortopedije, travmatologije in drugim zdravnikom, ki v svoji praksi obravnavajo bolnike z okvarami gibal	organizator: Inštitut za fizikalno in rehabilitacijsko medicino UKC Maribor, doc. dr. Breda Jesenšek Papež, dr. med., spec. fizikalne in rehabilitacijske medicine	prijave, informacije: prijave: Dragan Lonžarić, dr. med., spec. fizikalne in rehabilitacijske medicine, UKC Maribor, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor, informacije: Dragan Lonžarić, Breda Jesenšek Papež, T: 02 321 16 80, 02 321 16 67, E: draganlonzarić@gmail.com	

28.–29. • 24. STROKOVNI SESTANEK ZDRUŽENJA INTERNISTOV podroben program na spletni strani zbornice

kraj: še ni podatka	št. udeležencev: še ni podatka	kotizacija: še ni podatka	k. točke: v postopku
vsebina: strokovni sestaneček je namenjen zdravnikom internistom in zdravnikom v osnovnem zdravstvu	organizator: Združenje internistov SZD	prijave, informacije: informacije: prim. mag. Primož Vidali, dr. med., T: 01 723 72 30, 031 369 711, F: 01 723 00 18, E: pvidali@siol.net	

28.–29. ob 8.30 • ŠOLA URGENTNE NEUROLOGIJE

kraj: ŠMARJEŠKE TOPLICE, sejna dvorana	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: šola je namenjena zdravnikom družinske medicine, specializantom neurologije, specializantom interne medicine (seznanjanje z diagnostičnimi in terapevtskimi ukrepi pri različnih urgentnih neuroloških stanjih)	organizator: Združenje nevrologov Slovenije, prof. dr. Anton Mesec, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: anka.zeks@gmail.com , informacije: Anka Žekš, T: 01 522 23 11, F: 01 522 30 37	

28.–29. • ŠOLA NEVROSONOLOGIJE 2012 (TRETJI TEČAJ OD ŠTIRIH)

kraj: LJUBLJANA, Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni, Mala ulica 8	št. udeležencev: do 25 (zmogljivosti so zapolnjene, drugi sklop štirih tečajev Šole nevrosonologije se bo pričel v začetku leta 2013)	kotizacija: 490 EUR brez DDV	k. točke: ***
vsebina: Šola nevrosonologije – tretji od štirih tečajev diagnostike žil vratu in glave z ultrazvočno metodo – je namenjena nevrologom, radiologom, internistom in zdravnikom drugih specialnosti, ki v diagnostiki uporabljajo ultrazvočne preiskave vratnih in možganskih žil. Šola velja po merilih Slovenskega zdravniškega društva za dodatno znanje, kandidati pa bodo po opravljenem izobraževanju, ki se zaključuje z izpitom, prejeli certifikat zdravniškega društva o dodatnem znanju.	organizator: strokovni organizator: Sekcija za možganskožilne bolezni pri Slovenskem zdravniškem društvu, poslovni organizator: Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni, prim. doc. dr. Bojana Žvan, dr. med., višja svetnica	prijave, informacije: prijave: Društvo MŽB, Mala ulica 8, 1000 Ljubljana, informacije: Andreja Merčun, T: 0590 11234, F: 01 430 23 14, E: andreja@mozganska-kap.info	

1.–3. ob 13.00 • TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA

kraj: NOVO MESTO	št. udeležencev: 24	kotizacija: 490 EUR	k. točke: 12
vsebina: tečaj je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Slovensko združenje za urgentno medicino, prim. mag. Dušan Vlahovič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.szum.si , E: info@szum.si , informacije: Monika Grünfeld, T: 041 607 402	

4. ob 8.00 • OBNOVITVENI TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA

kraj: NOVO MESTO	št. udeležencev: 24	kotizacija: 190 EUR	k. točke: ***
vsebina: tečaj je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Slovensko združenje za urgentno medicino, prim. mag. Dušan Vlahovič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.szum.si , E: info@szum.si , informacije: Monika Grünfeld, T: 041 607 402	

5. ob 9.00 • CVAHTETIVI DNEVI JAVNEGA ZDRAVJA IN KONGRES ŠPORTNE REKREACIJE: »JAVNOZDRAVSTVENI POMEN TELESNE DEJAVNOSTI«

kraj: LJUBLJANA, Fakulteta za šport, velika predavalnica	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 144 EUR, znižana kotizacija 72 EUR za specializante in predstavnike društev in nevladnih organizacij	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje za zdravnike (specialisti javnega zdravja, MDPŠ, družinske medicine, pediatri, fiziatri, internisti...), druge zdravstvene delavce (medicinske sestre, fizioterapevti), študente MF, ZF, FŠ, strokovnjake na področju izobraževanja otrok in mladostnikov, predstavnike društev idr.	organizator: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, Janet Klara Djomba, dr. med.	prijave, informacije: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, Vrazov trg 2, Ljubljana, informacije: asist. Janet Klara Djomba, dr. med., in Nina Košir, T: 01 543 75 40, F: 01 543 75 41, E: nina.kosir@mf.uni-lj.si	

5.–6. ob 9.00 • RAZLIČNI VIDIKI KAKOVOSTI V ZOBOZDRAVSTVU

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 150 EUR	k. točke: ***
vsebina: seminar je namenjen doktorjem dentalne medicine	organizator: Stomatološka sekcija SZD	prijave, informacije: informacije: Stomatološka sekcija SZD, Katarina Jovanovič, T: 041 703 347, F: 01 434 25 84, E: stomatoloska-sekcija.szd@ordinacija.net	

5.–6. • 5. SLOVENSKI PULMOLOŠKI KONGRES Z MEDNARODNO UDELEŽBO

kraj: BLEJ, Hotel Golf	št. udeležencev: 15	kotizacija: 200 EUR	k. točke: ***
vsebina: Konferenca z mednarodno udeležbo je namenjena zdravnikom in medicinskim sestram. Teme: bronhialitis, diagnostika pljučnega raka, paliativa v pulmologiji, KOPB in astma, okužbe, imunoterapija z inhalacijskimi alergeni.	organizator: prof. Mitja Košnik, dr. med., prim. Nadja Triller, dr. med.	prijave, informacije: prijave: spletna prijavnica: www.klinika-golnik.si , informacije: T: 04 256 94 93, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	

11.–14. ob 14.00 • 13. BREGANTOVI DNEVI

kraj: PODČETRTEK, Terme Olimia, Hotel Sotelia	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: člani ZPS: polna 360 EUR, dvodnevna 288 EUR, nečlani: polna 420 EUR, dvodnevna 336 EUR, specializanti: polna 240 EUR, dvodnevna 192 EUR, študentje, upokojeanci: polna 180 EUR, dvodnevna 144 EUR. Višina kotizacij velja do vplačil vključno 28. 9. 2012, kasnejša vplačila so 10 % višja. Kotizacija se nakaže na TRR ZPS: NLB - 02060-0051436422, sklic 00-750, vpišite ime in priimek udeleženca	k. točke: ***
vsebina: bienale, namenjen psihiatrom	organizator: Združenje psihoterapevtov Slovenije in Psihiatrična klinika Ljubljana, Miroslav Berič, dr. med.	prijave, informacije: Združenje psihoterapevtov Slovenije, Zaloška 29, Ljubljana, Katja Belšak, T: 01 587 49 30 (sreda 11.00–15.00), E: breganti@zpsi.si	

12.–13. ob 8.00 • 4. MEDNARODNI KONGRES ŠPORTNE MEDICINE MARIBOR 2012

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk	št. udeležencev: do 200	kotizacija: zdravniki specialisti 240 EUR z vključenim DDV, specializanti in fizioterapevti 120 EUR z vključenim DDV, za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: kongres je namenjen specialistom in specializantom ortopedije, travmatologije, nevrokirurgije, strokovnjakom športne medicine, študentom medicine in upokojenim zdravnikom		organizator: UKC Maribor, Oddelek za ortopedijo, Katedra za medicino in šport Medicinske fakultete UM, NK Maribor, Nogometna zveza Slovenije, Olimpijski komite Slovenije, doc. dr. Matjaž Vogrin, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.SportsMedicineMaribor2012.com , informacije: Slavica Keršič, posl. sek., Tina Muzlovič, univ. dipl. zgod., T: 02 321 29 40, F: 02 321 28 26

12.–13. ob 8.30 • OSKRBA DIHALNIH POTI – UČNA DELAVNICA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MARIBOR, UKC, Ljubljanska ulica 5, 16. nadstropje kirurške stolpnice – mala predavalnica	št. udeležencev: 20	kotizacija: 240 EUR z vključenim DDV	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena specializantom anestezije, urgentne medicine, interne intenzivne medicine in ostalim	organizator: UKC Maribor, Oddelek za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečin, Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta, prim. Zoran Zabavnik, dr. med.	prijave, informacije: prijave: prijavnico iz revije Isis pošljite na E: slavica.kersic@ukc-mb.si ali UKC Maribor, Center za odnose z javnostmi in marketing, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor, informacije: Slavica Keršič, posl. sek., T: 02 321 29 40, F: 02 321 28 26	

13. ob 8.00 • FLEBOLOŠKA ŠOLA – 4. STOPNJA: LIMFEDEMI

kraj: LJUBLJANA, Dermatovenerološka klinika, Zaloška c. 2	št. udeležencev: 35–40	kotizacija: 150 EUR (specialisti), polovična za študente in sekundarije	k. točke: ***
vsebina: flebološka šola je namenjena dermatovenerologom in zdravnikom družinske medicine	organizator: Dermatovenerološka klinika Ljubljana, asist. Tanja Planinšek Ručigaj, dr. med., svetica	informacije, prijave: prijave: Dermatovenerološka klinika, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, informacije: Verica Petrovič, T: + 386 1 522 42 80, F: + 386 1 522 43 33	

16. ob 9.00 • TTT – TRAINING THE TRAINERS – UČENJE UČITELJEV

kraj: LJUBLJANA, Očesna klinika in Simulacijski center UKC Ljubljana	št. udeležencev: 8–10	kotizacija: 200 EUR	k. točke: 7
vsebina: učenje učiteljev je namenjeno mentorjem specializantov, študentov	organizator: Svet za izobraževanje UKC Ljubljana, prof. dr. Živa Novak Antolič	prijave, informacije: prijave: E: ziva.novak@guest.arnes.si in vedno tudi E: meta.kovacic@obgyn.mf.uni-lj.si , informacije: Živa Novak Antolič, Porodnišnica Ljubljana, Zaloška 11, 1000 Ljubljana, T: 01 522 62 55, F: 01 43 97 590	

17.–20. • 5. SLOVENSKI NEFROLOŠKI KONGRES Z MEDNARODNO UDELEŽBO

kraj: BLEED, Golf hotel	št. udeležencev: 300	kotizacija: 250 EUR	k. točke: ***
vsebina: vabljeni pregledna predavanja, ustne predstavitve s področja nefrologije, dialize, transplantacije ledvice, arterijske hipertenzije so namenjena nefrologom, internistom, pediatrom, urologom, specialistom družinske medicine, radiologom, patologom ter vsem medicinskim sestram, ki se ukvarjajo z dializo, nefrologijo in transplantacijo ledvice	organizator: SZD – Slovensko nefrološko društvo, predsednik prof. dr. Rafael Ponikvar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Mida Kandus, Tajništvo kongresa, UKCL, Klinični oddelek za nefrologijo, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, T: 01 522 31 21, F: 01 522 24 08, informacije: prof. dr. Jadranka Buturovič Ponikvar, dr. med., doc. dr. Andreja Marr Pernat, dr. med., UKCL, KO za nefrologijo, Center za dializo, T: 01 522 31 12, 01 522 33 28, F: 01 522 22 97 ali 22 98	

18.–20. ob 9.00 • UČNA DELAVNICA: »KIRURGIJA OČNICE IN SPREDNJE LOBANJSKE BAZE«

kraj: MARIBOR, UKC, Anatomski inštitut, Ljubljanska ulica 5	št. udeležencev: 30	kotizacija: zgodnja kotizacija 1.200 EUR z vključenim DDV (plačilo zgodnje kotizacije do vključno 15. 6. 2012), pozna kotizacija 1.440 EUR z vključenim DDV (plačilo pozne kotizacije do vključno 1. 10. 2012)	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica z mednarodno udeležbo je namenjena specialistom in specializantom otorinolaringologije in maksilofacialne kirurgije, kirurgom plastične kirurgije, travmatologom in okulistom, nevrokirurgom	organizator: UKC Maribor, AOCCMF, Medicinska fakulteta Maribor, Anatomski inštitut, doc. dr. Bogdan Čizmarevič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: http://www.aocmf.org/eventdetails.aspx?id=284&from=PG_COURSEIRECTORY , informacije: Slavica Keršič, Tina Muzlovič, UKC Maribor, Center za odnose z javnostmi, T: + 386 (02) 321 29 40, F: + 386 (02) 321 28 26, Špela Tanaskovič, Metalka MEDIA, d.o.o., Dalmatinova ulica, 1000 Ljubljana, T: + 386 (01) 230 84 65, F: + 386 (01) 230 84 56	

19.–20. • 14. FAJDIGOVI DNEVI

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Kompas	št. udeležencev: 250	kotizacija: 180 EUR + DDV. Omejeno število študentov pri predmetu družinska medicina, sekundarijev, specializantov družinske medicine in upokojenih zdravnikov bo oproščenih kotizacije. Svetujemo zgodnjo prijavo, ker so mesta omejena.	k. točke: ***
vsebina: strokovno izobraževanje za zdravnike, medicinske sestre, zdravstvene tehnike in patronažne sestre	organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru, Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, Zavod za razvoj družinske medicine, Osnovno zdravstvo Gorenjske, asist. Aleksander Stepanović, prof. dr. Janko Kersnik	prijave, informacije: prijave: W: http://www.e-medicina.si , informacije: Ana Artnak, Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Poljanski nasip 58, p. p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si	

20. ob 9.00 • 1. SLOVENSKI SIMPOZIJ O FOTOTERAPIJI: SVETLOBNA TERAPIJA V MEDICINI

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta	št. udeležencev: 100–120	kotizacija: zdravniki 40 EUR, fizioterapevti, medicinske sestre 20 EUR, za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: simpozij je namenjen vsem zdravnikom, fizioterapevtom, medicinskim sestram	organizator: Slovensko združenje za fotomedicino in fotobiologijo, Katedra za kirurgijo, MF Ljubljana, asist. mag. Igor Frangež, prof. dr. Vladimir Smrkolj	prijave, informacije: prijave: Slovensko združenje za fotobiologijo in fotomedicino, Skrbinškova 34, 1000 Ljubljana, informacije: Igor Frangež, T: 041 682 112, E: ifrangez@gmail.com , Tanja Kuralt, T: 051 303 951, E: tkuralt@gmail.com	

22.–25. ob 12.00 • 14. PODIPLOMSKI TEČAJ IZ HOSPITALNE DIABETOLOGIJE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, »stara travmatologija«, nasproti vhoda na staro travmatologijo, Zaloška 2	št. udeležencev: 25	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: podiplomski tečaj, sestavljen iz delavnic, je namenjen specializantom in specialistom interne medicine in drugih strok	organizator: KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, UKC Ljubljana, dr. Jelka Zaletel	prijave, informacije: dr. Jelka Zaletel, T: 01 522 39 90, F: 01 522 27 28, E: jelka.zaletel@kclj.si	

25.–27. ob 9.00 • ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT PROVIDER COURSE

kraj: IG PRI LJUBLJANI, IC URSZR, Zabrv 12, Ig	št. udeležencev: 16 (možnost opazovalcev)	kotizacija: 750 EUR + DDV	k. točke: ***
vsebina: tečaj »nadaljevalni postopki oskrbe poškodovancev« je namenjen vsem zdravnikom, ki se ukvarjajo s poškodovanci	organizator: Zdravniško društvo ATLS Slovenija, Roman Košir, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: http://www.atls.si/ , E: prijave@atls.si , informacije: Roman Košir, T: 031 541 202	

25.–27. ob 8.15 • 7. MEDNARODNA PODIPLOMSKA KONFERENCA – ŠOLA PRAKTIČNE EPILEPTOLOGIJE

kraj: PREDDVOR, Hotel Bor	št. udeležencev: 60	kotizacija: 400 EUR, možna ločena prijava na simpozij ali šolo	k. točke: ***
vsebina: Simpozij s pregledom funkcijskih preslikav možganov kot dodano vrednostjo za boljše razumevanje delovanje možganov v zdravju in bolezni. Šola s predavanji o kliničnih in raziskovalnih vidikih v epileptološki praksi, kliničnim delom in elektro-klinično diagnostiko, razmišljanjem in odločanjem v obravnavi bolnikov s trdovratnimi epilepsijami, seminarji s predstavitvami primerov udeležencev in sledenja bolnikov iz prejšnjih šol, poukom v majhnih skupinah s primeri iz klinične prakse v tradiciji praktične šole epilepsije, imenovane po Jeanu Bancaudu. Simpozij je namenjen specialistom in specializantom nevrologije, nevroradiologije, nuklearne medicine, pediatrije, psihiatrije in pedopsihiatrije, psihologom, EEG-asistentom, radiološkim in nuklearnomedicinskim tehnikom, medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom ter ostalim sodelavcem, ki jih zanimajo problemi epileptologije.	organizator: Društvo Liga proti epilepsiji Slovenije, prim. Igor M. Ravnik, dr. med. spec.	informacije, prijave: Društvo Liga proti epilepsiji Slovenije, Ulica stare pravde 2, Ljubljana, Svetlana Simič, Jasna Žunko, T: 01 432 93 93, E: epilepsija@epilepsija.org	

5. ob 9.00 • KOMUNIKACIJA IN RAZUMEVANJE DRUGAČNOSTI (seminar) podroben program na spletni strani zbornice: W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: predavanje: 120 EUR (DDV je vključen), kotizacija nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104	k. točke: 5,5
vsebina: Seminar je namenjen zdravnikom in zobozdravnikom, ki želijo osvojiti večšine komuniciranja, ter v nadaljevanju v obliki treh delavnic nudi tudi trening tehnik in samih načinov komuniciranja.		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191

6. ob 9.00 • VERBALNA IN NEVERBALNA KOMUNIKACIJA (delavnica 1) podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104	k. točke: 6
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci delavnice bodo vadili osnove komunikacije: jasno izražanje in tehnike aktivnega poslušanja ter razumevanja sporočil.		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191

7. ob 9.00 • UČINKOVITO REŠEVANJE KONFLIKTOV (delavnica 2) podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104	k. točke: 6
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci delavnice se bodo naučili in vadili, kako uspešno razreševati konfliktno situacije.		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191

8.–10. ob 15.00 • 54. TAVČARJEVI DNEVI

kraj: PORTOROŽ, Grand hotel Bernardin	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 240 EUR z DDV do 30. 10. 2012, po tem datumu 300 EUR z DDV. Za specializante in mlade raziskovalce 120 EUR z DDV do 30. 10. 2012, po tem datumu 160 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: podiplomsko strokovno srečanje je namenjeno družinskim zdravnikom, specialistom, specialistom interne medicine		organizator: Katedra za interno medicino, prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med.	prijave, informacije: Katedra za interno medicino, Zaloška 7, Mojca Baraga, Bernarda Zver, T: 01 431 31 24, 01 522 52 85, 01 522 34 66, F: 01 431 31 24, E: interna@mf.uni-lj.si

9. ob 9.00 • 5. SLOVENSKI SIMPOZIJ O KILAH Z MEDNARODNO UDELEŽBO

kraj: LJUBLJANA, UKC	št. udeležencev: 100	kotizacija: 50 EUR	k. točke: ***
vsebina: simpozij in delavnica sta namenjena splošnim kirurgom, specialistom, zainteresiranim za področje herniologije		organizator: Herniološko združenje Slovenije, asist. mag. Jurij Gorjanc, dr. med.	prijave, informacije: informacije: Jurij Gorjanc, E: info@kile.si

9. ob 8.00 • VIII. MARIBORSKO ORTOPEDSKO SREČANJE »HRBTENICA V ORTOPEDIJI«

kraj: MARIBOR, Hotel City	št. udeležencev: do 100	kotizacija: zdravniki 150 EUR z vključenim DDV, fizioterapevti in medicinske sestre 50 EUR z vključenim DDV, za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno specialistom in specialistom ortopedije, travmatologije, nevrokirurgije, fiziatrom, fizioterapevtom, medicinskim sestram		organizator: UKC Maribor, Oddelek za ortopedijo, Medicinska fakulteta Maribor, doc. dr. Matjaž Vogrin, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: kongresi@ukc-mb.si , informacije: Slavica Keršič, posl. sek., Tina Muzlovič, univ. dipl. zgod., T: 02 321 29 40, F: 02 321 28 26

13. ob 9.00 • NADALJEVANJE TTT2 – TRAINING THE TRAINERS – UČENJE UČITELJEV

kraj: LJUBLJANA, Očesna klinika in Simulacijski center UKC Ljubljana	št. udeležencev: 8–10	kotizacija: 200 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: učenje učiteljev je namenjeno mentorjem specialistov, študentov	organizator: Svet za izobraževanje UKC Ljubljana, prof. dr. Živa Novak Antolič	prijave, informacije: prijave: E: ziva.novak@guest.arnes.si in vedno tudi E: meta.kovacic@obgyn.mf.uni-lj.si , informacije: Živa Novak Antolič, Porodnišnica Ljubljana, Zaloška 11, 1000 Ljubljana, T: 01 522 62 55, F: 01 43 97 590	

13. ob 16.00 • SIMPOZIJ ETIKA V MEDICINI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta	št. udeležencev: 250	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: Simpozij je namenjen zdravnikom, zobozdravnikom ter študentom medicine in dentalne medicine.	organizator: Društvo Medicinski razgledi, SZIM, KOOKIT, Štefan Grosek, Urh Grošelj, Miha Oražem, Črt Zavrnik	prijave, informacije: E: miha.orazem@medrazgl.si , Miha Oražem, Črt Zavrnik, T: 01 524 23 56, F: 01 524 23 56, E: info@medrazgl.si	

13. in 14. ob 16.00 (dva popoldneva tvorita celoto) • VERBALNA IN NEVERBALNA KOMUNIKACIJA (delavnica 1) podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104	k. točke: 6
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci delavnice bodo vadili osnove komunikacije: jasno izražanje in tehnike aktivnega poslušanja ter razumevanja sporočil.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191	

15.–17. • OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Lek	št. udeležencev: 20	kotizacija: 250 EUR	k. točke: 20
vsebina: delavnica je namenjena zdravnikom splošne/družinske medicine, specialistom interne medicine	organizator: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, prof. Mitja Košnik, dr. med., prof. Stanislav Šuško, dr. med.	prijave, informacije: prijave: spletna prijavnica: W: www.klinika-golnik.si , informacije: Irena Dolhar, T: 04 256 94 93, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	

15.–17. ob 9.00 • JAVNO ZDRAVJE – PRILOŽNOST ZA SPREMINJAJOČO SE DRUŽBO

kraj: PORTOROŽ, Hoteli Bernardin	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 200 EUR, enodnevna 120 EUR, po 20. 6. 2012 240/120 EUR, člani sekcije za preventivno medicino imajo 20 EUR popusta	k. točke: ***
vsebina: 5. kongres preventivne medicine z mednarodno udeležbo	organizator: Sekcija za preventivno medicino, SZD, Alenka Kraigher	prijave: E: kongres.spm@gmail.com , informacije: Tatjana Berger, T: 041 760 350, F: 01 244 14 71, E: sekcija.spm@gmail.com	

20. in 21. ob 16.00 (dva popoldneva tvorita celoto) • UČINKOVITO REŠEVANJE KONFLIKTOV (delavnica 2) podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: posamezna delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), kotizacijo nakazati na TRR pri Poštni banki Slovenije, d. d., št.: SI56 9067 2000 0581 576, sklic: 104	k. točke: 6
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci delavnice se bodo naučili in vadili, kako uspešno razreševati konfliktno situacije.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191	

23.–24. ob 14.00 • IX. DERMATOLOŠKI DNEVI

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk	št. udeležencev: do 100	kotizacija: 50 EUR z vključenim DDV, za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje, simpozij je namenjen dermatologom in ostalim zdravnikom	organizator: UKC Maribor, Oddelek za kožne in spolne bolezni, Združenje slovenskih dermatovenerologov MF UM, prim. doc. Jovan Miljković, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Oddelek za kožne in spolne bolezni UKC Maribor, Brigita Giber, tajništvo Oddelka za kožne in spolne bolezni UKC MB, T: 02 321 27 05, E: brigita.giber@ukc-mb.si	

30. 11.–2. 12. ob 8.00 • EVROPSKI TRAVMA TEČAJ – TIMSKI PRISTOP

kraj: še ni podatka	št. udeležencev: 24	kotizacija: 750 EUR	k. točke: 20
vsebina: tečaj je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Slovensko združenje za urgentno medicino, prim. mag. Dušan Vlahović, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.szum.si , E: info@szum.si , informacije: Monika Grünfeld, T: 041 607 402	

6.–8. ob 9.00 • ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT PROVIDER COURSE

kraj: IG PRI LJUBLJANI, IC URSZR, Zabrv 12, Ig	št. udeležencev: 16 (možnost opazovalcev)	kotizacija: 750 EUR + DDV	k. točke: ***
vsebina: tečaj »nadaljevalni postopki oskrbe poškodovancev« je namenjen vsem zdravnikom, ki se ukvarjajo s poškodovanci	organizator: Zdravniško društvo ATLS Slovenija, Roman Košir, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: http://www.atls.si/ ; E: prijave@atls.si , informacije: Roman Košir, T: 031 541 202	

7.–9. ob 13.00 • TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA

kraj: IZOLA	št. udeležencev: 24	kotizacija: 490 EUR	k. točke: 12
vsebina: tečaj je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Slovensko združenje za urgentno medicino, prim. mag. Dušan Vlahovič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.szum.si , E: info@szum.si , informacije: Monika Grünfeld, T: 041 607 402	

13. ob 9.00 • TTT – TRAINING THE TRAINERS – UČENJE UČITELJEV

kraj: LJUBLJANA, Očesna klinika in Simulacijski center UKC Ljubljana	št. udeležencev: 8–10	kotizacija: 200 EUR	k. točke: 7
vsebina: učenje učiteljev je namenjeno mentorjem specializantov, študentov	organizator: Svet za izobraževanje UKC Ljubljana, prof. dr. Živa Novak Antolič	prijave, informacije: prijave: E: ziva.novak@guest.arnes.si in vedno tudi E: meta.kovacic@obgyn.mf.uni-lj.si , informacije: Živa Novak Antolič, Porodnišnica Ljubljana, Zaloška 11, 1000 Ljubljana, T: 01 522 62 55, F: 01 43 97 590	

14. ob 9.00 • GLAVOBOL IN NEVROPATSKA BOLEČINA 2012

kraj: LJUBLJANA, prostor še ni določen	št. udeležencev: do 250	kotizacija: še ni določena	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom družinske in splošne medicine, nevrologom, algologom, farmacevtom, medicinskemu osebju in vsem, ki želijo izpopolniti svoje znanje na področju obravnave bolnikov z glavobolom in nevropatsko bolečino ali izvedeti več o tem simptomu	organizator: Sekcija za glavobol – Združenje nevrologov pri Slovenskem zdravniškem društvu in Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni ob strokovnem sodelovanju zdravnikov UKC Ljubljana, UKC Maribor in drugih slovenskih in tujih strokovnjakov, dr. Bojana Žvan, dr. Marjan Zaletel	prijave, informacije: prijave: Društvo MŽB, Mala ulica 8, 1000 Ljubljana, informacije: Andreja Merčun, E: andreja@glavobol.com , T: 0590 11234, F: 01 430 23 14	

Zdravstveni dom Grosuplje

objavlja prosto delovno mesto
zdravnika specialista pediatra (m/ž)

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- opravljen specialistični izpit iz pediatrije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas, s polnim delovnim časom in štirimesečnim poskusnim delom.

Ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v 15 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Grosuplje, Pod gozdom c. I/14, 1290 Grosuplje.

Javni zavod Zdravstveni dom Velenje

objavlja prosto delovno mesto

enega (1) doktorja dentalne medicine, spec. za zobno in čeljustno ortopedijo (m/ž)

za področje zobozdravstvenega varstva otrok in mladine.

Pogoji:

- končan študij na MF – smer dentalna medicina,
- opravljen strokovni izpit,
- končana specializacija za zobno in čeljustno ortopedijo,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno z slovenskega jezika.

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

Dodatne informacije po T: 03 89 95 488.

Prijave s kratkim življenjepisom in z dokazili o izpolnjevanju sprejemamo 5 dni po objavi na naslov: Zdravstveni dom Velenje, Vodnikova 1, 3320 Velenje.

Prijavljeni kandidati bodo o izbiri obveščeni v 8 dneh po sklenitvi pogodbe o zaposlitvi z izbranim kandidatom.

MALI OGLAS

V Ljubljani oddamo opremljeno ambulanto s souporabo pripadajočih prostorov (sprejem, čakalnica, sanitarije, prostori za izvajanje preiskav) in urejenimi parkirnimi prostori, za redno ali občasno uporabo. Dodatne informacije in cena po dogovoru. T: 041 651 669 ali 041 529 089.



Uredništvu revije Isis
Dunajska c. 162
p.p. 439
1001 Ljubljana

faks: 01 30 72 109



V reviji Isis želimo objaviti priloženo obvestilo o strokovni prireditvi.

Prvo obvestilo želimo objaviti v _____ številki Izide.

Ustrezni program strokovnega srečanja naj bo objavljen na spletni strani zbornice.

Datum prireditve _____ Začetek, ura _____

Kraj _____

Prostor, kjer bo prireditev _____

Naslov strokovnega srečanja _____

Število poslušalcev _____ (če je določeno) _____ (neomejeno)

Vsebina in vrsta strokovne prireditve (podiplomski seminar, posvet, učna delavnica...) _____

Komu je namenjena (vsem zdravnikom, zdravnikom v osnovnem zdravstvu, kirurgom, internistom...) _____

Organizator (medicinska fakulteta, klinika, sekcija Slovenskega zdravniškega društva...) _____

Predstavnik 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 _____

Patetična simfonija o življenju P. I. Čajkovskega

Fotoreportaža s predavanja v predavalnici Domus Medica 25. aprila 2012, ki je bilo podprto z glasbenimi vložki. Uvodoma so učenci in učenke baletne šole ljubljanskega Konservatorija za glasbo in balet predstavili tri odlomke iz slovite baletne suite Hrestač

Pavle Kornhauser



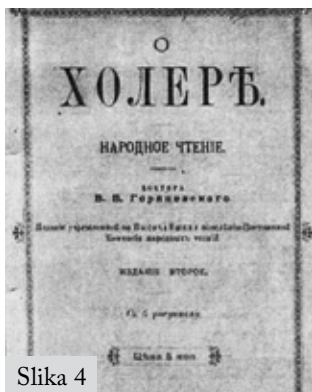
Slika 1



Slika 2



Slika 3



Slika 4

Slika 1 Portret P. I. Čajkovskega iz leta 1883.

Slika 2 Nadežda von Meck, bogata vdova, ki je 15 let finančno podpirala skladatelja. Nikoli se nista srečala, izmenjala sta čez tisoč pisem, ki so odlični vir za razumevanje duševnosti P. I. Čajkovskega.

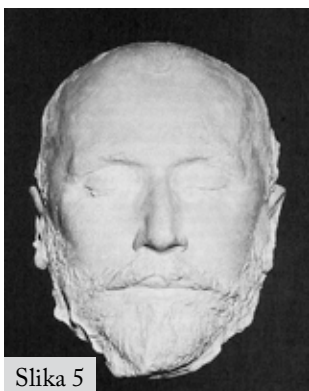
Slika 3 Naslovnica partiture Patetične simfonije, posvečene nečaku P. Davidovu (obenem intimnemu prijatelju).

Slika 4 Naslovnica knjižice o koleri iz leta 1903, ki so mi jo poslali iz infekcijske klinike v St. Peterburgu.

Slika 5 Posmrtna maska P. I. Čajkovskega.

Slika 6 Nevski prospekt, glavna ulica St. Peterburga z restavracijo, kjer naj bi skladatelj popil usodni kozarec neprekuhane vode.

Slika 7 Dom Čajkovskega v Klinu (med Moskvo in St. Peterburgom, leta 1892).



Slika 5



Slika 6



Slika 7



Nagovor predsednice zbornice. V ozadju *ad hoc* orkester Pro medico.



Kolega dr. Henrik Neubauer pojasnjuje značilnosti klasičnega baleta in vsebino Hrestača.



Učenci in učenke plešejo Cvetlični valček.

Pričujoče predavanje je bilo na željo predsednice zbornice ponovitev iz leta 2010, saj so ji takrat številni poslušalci izrazili željo, da bi ga poslušali še enkrat. Revija Isis je v januarški številki 2010 (Patetična simfonija v Domus Medica, Marta Brečko Vrhovnik) poročala o tej prireditvi, zato menim, da bi tokrat predvsem s slikami ob krajšem komentarju ponazorili usodne utrinke iz življenja genialnega skladatelja, obenem tudi nastop učencev in učenk ljubljanskega Konservatorija za glasbo in balet z odlomki iz njegove baletne suite Hrestač. Prijetno me je presenetilo, da je bila velika predavalnica Domus Medica, kljub ponovitvi predavanja, skoraj polno zasedena. V nagovoru je predsednica zbornice poudarila pomen kulturne dejavnosti v našem stanovskem združenju. Res je, da doslej v Domus Medica baletne prireditve še ni bilo, vprašanje je, ali bo še kdaj... Naš kolega, dr. Henrik Neubauer, ki se je posvetil baletu ne le kot plesalec, temveč tudi koreografiji, obenem ga poznamo kot vodilnega publicista s področja baletne umetnosti na Slovenskem, je prisotnim uvodoma razložil zgodovino baleta od »sončnega kralja« Ludvika XIV. in pomen ruskega klasičnega baleta v cesarski Rusiji. P. I. Čajkovski je zlasti z Labodjim jezerom in Hrestačem zaznamoval njegov razvoj.

Čprav je bilo predavanje o življenju in glasbeni poti P. I. Čajkovskega bogato opremljeno z glasbenimi vložki (ki sem jih pripravil s pomočjo programa ARS RTV Slovenija), sem ga želel uvodoma popestriti ne le z glasbo, temveč tudi z baletnim vložkom. Po posvetu z dr. Henrikom Neubauerjem – v zadnjih nekaj letih sva že trikrat sodelovala, sem predlagal suito Hrestač, zadnje baletno delo P. I. Čajkovskega z večnimi melodijskimi in ritmičnimi domisljicami, v izvedbi učencev in učenk ljubljanske srednje baletne šole. Koreografinja šole Darja Sebastian je pripravila za nastop tri najbolj značilne odlomke iz te suite. Spremljavo je prevzel – kot ga imenujem – *ad hoc* orkester (saj v sklopu zdravniške komorne skupine Pro medico nimamo stalnega orkestra): za Hrestača je bilo potrebno pridobiti »zunanje sodelavce«, zlasti pihalce in harfistko iz vrst študentov ljubljanske Akademije za glasbo. Za »osnovo« za orkester sva poskrbela za Alenko Podboj kot klavirski duo. Čprav smo imeli le nekaj skupnih vaj (v Kliničnem centru), je bila glasbena spremljava prepričljiva in učinkovita. Tudi na tem nastopu je bil pripravljen sodelovati profesor Vilim Demšar, violist, poklicni glasbenik, član ansambla Pro medico.



Pobudnik plesnega nastopa prof. Pavle Kornhauser se zahvaljuje profesorici baletne šole Darji Sebastian za uspešno koreografijo.



Družabno srečanje v Domus Medica se je podaljšalo v večer.

Po nastopu je sledilo družabno srečanje v lepih klubskih prostorih našega zdravniškega doma Domus Medica. Zahvaljujem se vodstvu Zdravniške zbornice Slovenije za pogostitev. Kljub pozni uri se je dobro razpoloženje s prijateljskim klepetom nadaljevalo pozno v noč.

Foto: Milan Kokalj

Ob slikarski razstavi prof. dr. Antona Dolenca na Poljanah

Pijane hiše in figuralika

Tomaž Rott

Osmega maja smo se v izredno prijetnem vzdušju na Poljanah pod ljubljanskim gradom srečali na razstavi novejših slikarskih del Antona Dolenca, kjer so prevladovali obmorski motivi s slikovitimi »pijanimi«, »norimi« ali enostavno vegastimi hiškami. Srečali smo se stari znanci KUD-a dr. Lojz Kraigher, med izvajalci priljubljena skupina Folk etc. band, ki ljubi predvsem irsko glasbo, Alenka Okorn, profesionalna glasbenica in tudi zdravnica, sicer pa še trije nekdanji, poleg Antona Dolenca še Fedor Pečak in Pavle Kornhauser, in sedanja predsednica društva Zvonka Zupanič Slavec. Prizadevna gospa Saša Novak je uskladila program z ostalimi nastopajočimi, recitatorji Dolenčeve poezije, Ano Čelebić, Jožico Martinec, Karolino Jenko in najstarejšim 94-letnim korenjakom Žaretom Gržiničem, ter obetajočo mlado violonistko Jeleno Krmpot ob spremljavi pianista Matije Potiska. Res je bil razpet lok od mladosti do visoke starosti, ki je nudil bogat program in pritegnil kljub popoldanski bolj za dremež primerni uri vse prisotne, ki so do konca zapolnili nemajhno dvoranico in poslušali tudi v predverju.

Zvonka Zupanič Slavec je s svojim kot vedno dovršeno oblikovanim nastopom predstavila prof. dr. Antona Dolenca kot strokovnjaka, buditelja zdravniške zavesti v okviru Slovenskega zdravniškega društva, ko je bilo to zaradi razmer nevhvaležno opravilo, pobudnika v gibanju za demokratizacijo medijev in ne nazadnje pobudnika in enega glavnih ustanoviteljev KUD-a

dr. Lojza Kraigherja, KUD pa je medtem že krepko zakoračil v svoje četrto desetletje.

Tomaž Rott pa je malo bolj zasanjano razmišljujoče spregovoril o asociacijah ob umetnikovi razstavi:

»Življenje je kot razpet lok, ki se stika z napeto struno tako ob rojstvu kot ob smrti. Kaj nam bo prineslo življenje, je odvisno od nas samih. Kako močno upognemo lok in napnemo tetivo, da zajamemo v prostoru loka čim več življenja, je odvisno od naše fizične moči in volje. Bolj se trudimo, da škriplje leseni obod loka, bolj bohoti pod tetivo na široko razživeto polno življenje. Bolj bo vrvica napeta, glasneje bo zvenela pesem življenja, lahko poje v duru ali molu, uživaš v prijetnem sozvočju ali trpiš ob disonancah, saj ni sreče brez bolečine. Malo manj pa je od nas odvisno, če izstreljene puščice zadenejo vse zaželene cilje, pa tudi tu se spleča malo potruditi. Življenje je dinamično, vse okrog nas se giblje in gibljive cilje lahko hitro zgrešimo. Včasih se pojavijo le enkrat v življenju, če jih tedaj ne zadenejo, jih za vedno izgubimo. Vendar je gotovo odveč brezsmiselno ciljanje. Da dosežemo končni cilj, je potrebna vztrajnost in ne iskanje slepih stranpoti, ki so morda zanimive, vendar kratkotrajne in brezciljne.

V življenju je potrebno ohraniti nekaj otroškosti, tiste naivne, neprisiljene, nepokvarjene, spontane, ki nam omogoča, da pristno doživljamo vsak trenutek našega življenja. Neposrednost in naivna odkritost nam lahko dasta mnogo več kot preračunljivost



Zakonca Dolenc in vegaste hiške.



Recitatorji ob spremljavi Alenke Okorn.

s pretirano resnostjo in vprašljivo preudarnostjo. In to še posebno velja pri ustvarjanju in poustvarjanju umetnosti.

Potrebno je imeti tudi nekaj poguma. Brez našega koraka v prostor med ljudmi, brez drobnih nesebičnih pozornosti do sočloveka, pa naj bo to le nekaj preprostih, a odkritih besed, bomo osamljeni in nepošteno za tako stanje krivili le druge. Če nočeš ali ne znaš odpreti srca, če ne gledaš na drobne vsakdanje malenkosti, pozornosti, ostajaš siromak dolgočasnega vsakdana, le z lahko pridobljenimi in priučenimi navadami, brez vsake barvitosti, ki jo lahko da spontana radoživost, ki občuduje in ceni malenkosti na prehojeni poti. Poiskati moramo trajne vrednote, ki so ti lahko v oporo v težkih trenutkih. Včasih hočemo videti cel svet, pa spregledamo občutenja bližnjih, barvitost travnikov, slikovitost kamnitih poti in tudi hudomušno vegastih hišk.

Nekateri se skušajo ljudem približati še na druge načine, kot današnji, lahko rečem, slavljenec in razstavljalac. Poleg pisane besede, ki jo je dolga leta neupravičeno skrival pred javnostjo, je govoril namesto njega čopič, povezan z živopisno paleto. Življenje oživi ob vonju oljnih barv, barve so dramilo, čopič ukazuje barvam, življenje se zliva v akvarelih in umirja ob nežnih pastelih. S priprtimi očmi ustvarjaš meglice, v njih lebdiho hiše in ptice, svetlobo se gibljejo, okorne, slikovite, zavite med ulicami in drevjem, med nebom in valovito ravnino. Njihova nedorečenost je čar, vsak si jih lahko dokončno oblikuje po svojih željah.

Nisem poklican, niti usposobljen, da bi ocenjeval umetnikove pesniške in likovne dosežke. Lahko le rečem, da je slikarsko šel skozi različna obdobja, ki jih je zaznamovala uporaba različnih barvnih odtenkov, zaznamovala jih je zanj značilna figuralika oseb z izrazitimi očmi, zanj značilnimi nakazano trikotastimi osebami, na obrazih pa je mogoče opaziti nostalgčnost, otožnost in tudi žalost.

In današnje »pijane«, »nore«, zame predvsem vegaste hiške. Zamislite si, da v bleščeči svetlobi obmorskega sonca pripreš oči, se zagledaš v kipeče smetanaste oblake, v vrških valovitega morja lahko zagledaš neštete majhnim zvezdam podobne odseve sonca in ob zahajajočem soncu razpotegnjene zlatorumene trakove. In tedaj lahko uzreš v prepletu svojih trepalnic kot med meglicami migotajoče obrise slikovito barvitih hišk, oblečenih v bela, rumena, rdečkasta pročelja, z rdečimi strehami, belo obarvanimi okenskimi

okvirji in temnimi okni, ki gledajo v svet kot temne poželjive, nemirne in radožive oči. Robovi hiš kot v meglicah pri fatamorgani, migetajo, se krivenčijo, nagibajo druga k drugi kot ženske, ki si imajo v prikitem šepetu toliko novega povedati. Ljudem prijazne, vabljuje, očarljive in šegavo nagajive hiške vzpodbujajo veselje, rojevajo optimizem, V njih je nekaj že izgubljenega otroštva. Kdor nosi otroštvo v sebi vse življenje, je bogat. V njem je sproščenost, spontanost, doživlja so pristna, nenarejena, od zvonkega smeha pa tudi do prikritih solz, ko začutiš razočaranja, bolečino in si zaželiš tišino. Vendar, ohraniti v srcu otroštvo je bogastvo.

Če si preveč realističen, teh hišk ne moreš videti, enostavno prezreš, ne vidiš, kako se svetlobni žarki ob gibanju oblakov plazijo po strehah hišk in jih skorajda božajo in občutiš le en sam dolgočasen soparen in vročičen dan.



Folk etc. bend.



Štirje predsedniki KUD-a: Z. Zupanič Slavec, A. Dolenc, F. Pečjak, P. Kornhauser.

Nemir, ki veže voljo in brezkoristno troši moči, okuj in prikleni v pozabo, kot vse, kar je šlo v zlorabo. Ohrani vedri optimizem do konca, ohrani upanje. Naj ostaja moč za lepoto, bogastvo besed in barv, bogastvo drobnih trenutkov, ki so te poživili.

In kar se tiče besed: tako malo je črk, pa tako veliko besed in še več njihovih pomenov, ki lahko vzbujajo tudi nasprotujoča si čustva, besede lahko tolažijo, lahko vznemirjajo, lahko razveseljujejo, lahko ranijo in celijo rane. Tudi osnovnih barv je zelo malo, lahko pa se zlivajo v brezštevne odtenke, v mavrico, ki predstavlja življenje, od teme črnine do beline.

Če spomin in misli zbledijo, besede ostanejo, barve žarijo naprej, lepi trenutki ostajajo.«

Prisotni izvajalci so z glasbo in poezijo podarili vsem prisotnim in hvaležnim poslušalcem košček mavrice. Pa za vse to ne zahtevajo priznanj in zahvale, saj igraš, slikaš, poješ iz srca, za druga, tudi osamljena srca.

»Mestni muzej« je pel

Letni koncert Vokalne skupine Vox medicorum – Klinični center

Polonca Mali

V osrednji dvorani Mestnega muzeja v Ljubljani je 24. aprila 2012 Vokalna skupina Vox medicorum – Klinični center spet pripravila svoj letni koncert. V večernih urah, ko je stalno zbirko arheoloških kipcev in najdb že obsevala večerna zarja, so pevci in pevke zvestim poslušalcem in obiskovalcem predstavili svoje preteklo ustvarjalno delo.

V skupino zbrani doktorji medicine in dentalne medicine ter drugo zdravstveno osebje in pridruženi člani so tako v prvem delu večera z uvodno renesančno pesmijo T. Morleya: Now is the Month of Maying napovedali pester program. Ubrano in doživeto zapete črnske duhovne (Shanandoah, Ride the chariot in Deep river) so zaradi lepega in doživetega solističnega pripovedovanja sopranistke Mateje Vilar, mag. farm., marsikateremu poslušalcu izvabile solze in še povečale čustveno doživljanje. Zasanjanost in glasbeno doživetje V. Ukmarja na besedilo S. Kosovela: Skica na koncertu je razpoloženijsko zaokrožila prvi del nastopa.

Z napovedjo L. Lebičeve pesmi: Vem, da bo zopet pomlad, pa so pevci v dvorano prinesli pomladanske vonjave cvetočih češenj in radostno veselje.

Prav drugi del koncerta so še dodatno potrdili s prepletanjem sanj in hrepenenja do življenja, saj so s slovenskimi narodnimi pesmimi popeljali poslušalce po Sloveniji. Prav ljudske pesmi pevci in pevke posebno radi prepevamo, morda smo tako bližje ljudem, bolnikom, s katerimi se srečujemo ob našem vsakdanjem delu.

Za Vokalno skupino Vox medicorum je tako še ena uspešna sezona, ki jo je tokrat ustvarjala njihova nova/ponovna zborovodkinja Judita Cvelbar, dr. dent. med., ki poleg dela v ambulanti vedno najde čas

za dodatno pevsko in umetniško ustvarjanje. Vokalna skupina Vox medicorum je kljub odhodu mag. Tomaža Faganela, ki je za svoje delo s skupino v letu 2011 tako prejel tudi zlato priznanje Zveze kulturnih društev Ljubljana, dokazala, da se razvija ter da je pred več kot 30 leti »oktet z napako« že zdavnaj prerasel okvire Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher, znotraj katerega tako uspešno delujejo. Večerni čas, preživet v Mestnem muzeju na koncertu skupine, je bil tako samo uvod v praznične dni, ki so jih nekateri člani nato preživeli na svojih delovnih mestih.

Verjamem, da bomo tudi po tem uspešnem koncertu, kjer smo si dokazali, da skupaj zmoremo, kot tudi zaradi našega zvestega občinstva svoje prepevanje nadaljevali in nam potrebnega pevskega navdušenja tudi v letu 2012 ne bo zmanjkalo. Hkrati v svoje vrste vabimo nove glasove in nove sodelavce, zdravnike, medicinske sestre in vse, ki ste kakorkoli povezani z zdravstvom ter vas petje veseli in navdihuje.



Tako so zdravniki zbora Vox medicorum pod vodstvom zobozdravnice Judite Cvelbar prešerno zapeli.



Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete

dr. Lojz Kraigher

vabi na letni

***Koncert zdravniške glasbene komorne skupine
PRO MEDICO***

skupaj z učenci in učenkami baletne šole ljubljanskega Konservatorija za glasbo in balet

v petek 15. junija 2012 ob 19. uri

v veliki dvorani stavbe Kazina, Kongresni trg 1

Koncert bo poslovilni nastop prof. Pavla Kornhauserja

Spored

Antonio Caldara: Trio sonata za godala in orgle št. 6

Adagio

Allegro

Godalni kvartet Pro medico

Solist: Domagoj Jugović

Aleksander Borodin: Klavirski kvintet v c-molu

Andante

Scherzo

Finale

Pavle Kornhauser, klavir

Marko Zupan, 1. violina

Andrej Gubenšek, 2. violina

Vilim Demšar, viola

Tina Gregorc, violončelo

Peter Iljič Čajkovski: Hrestač op. 71a

Odlomki iz baletne suite

Marš

Ples sladkorne vile

Ruski ples Trepak

Arabski ples

Kitajski ples

Pastorale: ples čarobnih piščali

Cvetlični valček

Koreografinja: prof. Darja Sebastian

Svetovalec: prof. dr. Henrik Neubauer

Plesalce spremlja *ad hoc* razširjeni orkester Pro medico

Vodja orkestra: Vilim Demšar

Klavirski duo: Alenka Podboj in Pavle Kornhauser

Po koncertu pristrčno vabljeni na družabno srečanje

VSTOP PROST

William Shakespeare: Fidele

Ne boj se več vročine sonca
in niti besnega divjanja zime,
četudi nalogo zemeljsko izpolnil si do konca,
umetnost brez plačil izgine.
Zlati dečki in dekleta, vsi morajo na moj zamah,
tako kot pometaći dimnikov, postati prah.

Ne boj se več, če je namrščena oblast,
umetnost tiranov udarec preživi;
ne skrbi več za oblačila in jedi,
trstika ti je toliko kot hrast;
žezlo, učenost, telo, vse mora
temu slediti in preiti v prah.

Ne boj se več ne bliskov in ne strel,
ne groma, ne toče razdejanja,
ne boj klevet se, ne obrekovanja;
ti si končal užitke vse, vse bolečine.
Ljubimci mladi, ljubimci vsi, morajo v en dah
spoznati, da preidejo v prah.

Prevedel Andrej Rant

Minilo je Andrej Rant

Vse bolj postajam minulosti jetnik
in svoje dobe sem glasnik,
vse težje z mladimi držim korak,
vse bližje mi je večni mrak...

Kaj mi pomaga znanje,
stoječa voda, ki jo čas usmradi;
kaj lepe misli, kaj pesmi,
spomini na dogodke in ljudi –
vse to zbledi,
vse to so le ubite sanje
dni, ki so nekoč bili!

Minilo je – in vsemogočni Čas
izbrisal vse z obličja je sveta:
ljudi, dogodke, hiše in spomin,
življenja, dni veselja in gorja,
državo, slavo, čast, oblast –
vse vzel je plaz!
Kaj malo od nekdaj je ostalo –
vsegá le pest drobtin
iz starih časopisov in novih zgodovin...

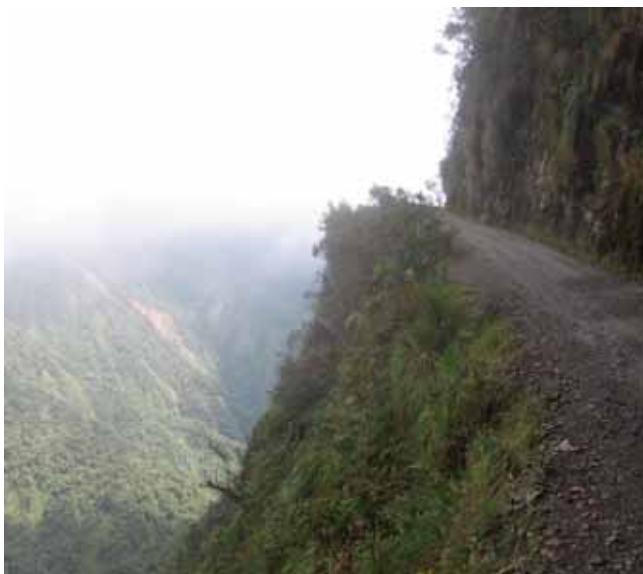
Mesarski most Andrej Rant

Mesarski most poseben čuva nam stražar:
pol človek je in pol mesar,
pol bika je in pol teleta,
pol reber, črev in pol plečeta.
Ni ga postavil nam grobar,
še manj veterinar;
iz mestnega budžeta,
sam sebe razstavil je Brdar!

Popotovanje po Boliviji, deželi presežnikov

Nadja Khalil

V okviru mojega potovanja po Južni Ameriki sem bila tudi v Boliviji. Pot smo začeli pri jezeru Titicaca, najvišje ležečem plovnem jezeru na svetu in največjem jezeru v Južni Ameriki. Veliko je skoraj za polovico Slovenije, tako da pravzaprav daje videz morja, ujetega med gorske vrhove, ki se dvigujejo več tisoč metrov visoko. Približno dve tretjini ga pripada Peruju, ostalo pa Boliviji. Tisti bolj turistični del jezera se nahaja na perujski strani; na njem so namreč številni plavajoči otoki, narejeni iz trsja, ki raste iz jezera, pritrjeni pa so z lesenimi količi. Jezero smo si sprva ogledali s perujske strani. Na otokih je pravzaprav vse iz trsja – hiše, čolni in celo zobne ščetke. Kljub našemu prvotnemu navdušenju nad ljudmi, oblečenimi v narodne noše vseh možnih barv, ter nad iznajdljivostjo domačinov, katerih izdelava večine imetja je temeljila na trsju, je navdušenje hitro izpuhtelo. Pričakala nas je namreč skupina domačink, ki so se v ritmu zibale in pele ameriške narodne pesmi. Hitro nam je bilo jasno, da je vse skupaj namenjeno le še turistom in da smo mi le del te predstave. Dekleta so na otokih prodajala številne ročno izdelane spominke in nas za dodaten prispevek vabila na izlet z njihovim čolnom iz trsa. O njihovih navadah in načinu življenja



Cesta smrti, s katere naj bi v globino zdrsnili povprečno dve vozili na mesec.

ni bilo ne duha ne sluha, zato smo jo hitro popihali še na bolivijsko stran. Tam smo prenočili na Otoku sonca, legendarnem kraju prvega Inka Manca Capaca. S tega otoka se vidi tudi na Otok lune, kjer se je rodila žena prvega Inka, Mama Oqlla. In zanimivo je tudi to, da sta nas skoraj ves dan spremljala na nebu tako luna kot sonce.

Od Inkov do Eva Moralesa

Na delu južnoameriške celine, kjer leži današnja Bolivija, so bile prisotne razne kulture že pred 15.000 do 20.000 leti. Najpomembnejši so bili Tiwanaku in Inki. Tiwanaku je bila kultura, ki je razvila napredne arhitekturne ter kmetijske tehnike in izginila okoli leta 1200. Leta 1450 so si ozemlje prilastili Inki in ga dodali k svojemu imperiju, ki so mu vladali do prihoda Špancev leta 1525.

Prihod španskih kolonialistov je prvotne prebivalce izrinil na rob družbe in v suženjstvo. V času Napoleonovih vojn je država izkoristila šibkost španske vladavine in leta 1809 postala neodvisna. Kljub vsemu ni šlo tako enostavno; sledilo je 16 let boja za ustanovitev svoje republike, ki je 6. avgusta 1825 končno postala samostojna in se poimenovala po najzaslužnejšem v boju za osamosvojitve južnoameriških držav, venezuelskem revolucionarju Simonu Bolivarju. Osamosvojitve pa ni prinesla stabilnosti, saj so naslednjih 60 let Bolivijo zaznamovali številni državni udari.

Od leta 1828 do leta 1900 je bila Bolivija v vojni s Perujem, Čilom, Paragvajem in Brazilijo. Vzroki bojevanja so bile meje držav ter surovine, predvsem kavčuk. Vojna za pomorsko prevlado na Pacifiku, v kateri sta se Bolivija in Peru spopadla proti Čilu, je potekala med letoma 1879 in 1883. Zaradi poraza v tej vojni in mirovnih pogodb, ki jih je bila bolivijska vlada prisiljena podpisati, je Bolivija izgubila svoj dostop do morja. Bolivija ni sodelovala v prvi svetovni vojni, ampak je povzročila konflikt s Paragvajem ter t. i. vojno Chaco (1932–1935). Čeprav je bil Paragvaj šibkejši, je Bolivija to vojno izgubila, s čimer je izgubila še ozemlje Chaco na jugozahodu države ter dobila današnjo obliko celinske države v samem srcu Južne Amerike, ki ji odločno vlada Evo Morales.

Glavno mesto La Paz se nahaja med samimi vrhovi gora

Za večino obiskovalcev se potovanje po Boliviji začne prav v La Pazu, ki leži na nadmorski višini okoli 4.000 metrov, tako visoko, da morajo imeti letala, ki letijo v to mesto, za pristanek prav posebne pnevmatike in da je FIFA tam za kar nekaj let povedala nogometne



Mama kapibara z mladičem.



Veliki ali majhni, nežnega dotika se nihče ne brani.



Veveričja opica sredi džungle.

tekme. Zaradi nekaj slabih izkušenj iz drugih južno-ameriških držav je bilo moje prvo vprašanje sopotniku, ki je prenočeval v istem hostlu, ali je mesto vsaj relativno varno. »Mojega prijatelja so sicer ugrabili za nekaj dni, sicer je pa varno,« mi je brezbrizno odgovoril. Ekspresne ugrabitve v Južni Ameriki niso zelo redke, vseeno pa mi je ob tem odgovoru poskočilo srce in sklenila sem, da bom vedno uporabljala javni prevoz in po mestu ne bom hodila sama. Kljub prvotnim slabim obetom pa sem se nato v La Pazu za razliko od Quita in Lime (glavni mesti Ekvadorja in Peruja) počutila precej bolj varno.

Za nekatere prihod v to mesto med gorami prinese druge vrste nevšečnosti. Zaradi nadmorske višine se namreč mnogi soočijo s trdovratnim glavobolom, vrtoglavico in oteženim dihanjem.

Številni si težave lajšajo s kokinim čajem. Kokine liste je mogoče kupiti na vsaki tržnici, medtem ko je uživanje kokaina v Boliviji prepovedano. Vseeno ga ni težko dobiti v vsakem večjem kraju. Domačini kokine liste žvečijo in iz njih kuhajo čaj. Oboje deluje na telo stimulatивно in poživljajoče, kar izkoriščajo tukajšnji Indijanci že tisočletja. Poskusila sem jih tudi sama, a moram reči, da razen grenkega okusa, ki se je v ustih obdržal kar nekaj časa, drugih učinkov nisem čutila. Res pa je, da z višinsko boleznijo razen zadihanosti med hojo po strmih ulicah (za kar sem krivila tudi svoje pomanjkanje kondicije) nisem imela težav.

Hitro smo spoznali, da cesta smrti upravičeno nosi svoje ime

Cesto iz La Paza proti Coroicu, ki leži na severu, so zgradili paragvajski zaporniki leta 1940. Cesta je široka komaj tri metre in leži nad pečino brez zaščitne ograje, zato je postala znana tudi kot cesta smrti. Njeno ime je upravičeno, letno naj bi na cesti, ki je dolga le okoli 75 km, umrlo 200 do 300 ljudi. Danes je zgrajena nova cesta, cesta smrti pa je namenjena le še v turistične namene. Po njej je organizirano kolesarjenje za turiste, zato tu mrgoli kolesarjev, ki želijo bolj ali manj hitro priti s 4.600 metrov višine, področja visoko med gorami, kjer se spust začne in kamor te pripeljejo s kombijem, na 1.100 metrov višine, v pravo džunglo, kjer se spust konča.

Bolivajska džungla

V La Pazu smo rezervirali letalo, ki naj bi nas odpeljalo na sever države v bolivijsko džunglo oziroma povirje pritokov Amazonke. Zaradi slabega vremena so ravno v tistih dneh odpadli vsi leti, tako nam je preostal le prevoz z avtobusom ali najem džipa. Odločili smo se za slednjega. Po hostlu, v katerem smo prebivali, so krožile govorice o nevarnosti ceste proti severu, zato se je ena izmed mojih sopotnic odločila, da se v nevarnosti ne bo podajala. Drugi pa smo odšli na pot. Njen strah se je



Večina bolivijskih družin naj bi imela pod temelji svoje hiše za srečo posušeni fetus lame. Kupiti jih je bilo možno na »Trgu čarovnic« v La Pazu.

izkazal za upravičenega. Cesta, po kateri smo se peljali, namreč ni bila niti malo bolj varna od tako imenovane »ceste smrti«, po kateri smo se prejšnji dan spustili s kolesi. Vožnja v vsako smer je trajala 12 ur in to je bilo vsekakor najbolj adrenalinskih 24 ur mojega življenja. Bila je noč in cesta, po kateri smo se peljali, je visela na robu klifa. Tema se je pričela spuščati praktično takoj, ko smo odrinili, v daljavi pa se je kot nalašč prvič in tudi zadnjič na tem potovanju že začelo nevarno bliskati. Tudi pogled na našega voznika ni bil niti najmanj pomirjujoč, saj ni bilo spusta ali ovinka, pred katerim se ni vsaj nekajkrat prekrizal. Njegov strah so potrjevali številni spominski kamni ob cesti v smislu nagrobnikov in to, kar mi je hodilo po glavi, je bilo: le kaj mi je bilo tega treba?

Ali je bila pot vredna cilja, težko rečem, priznam pa, da so bili naslednji trije dnevi v džungli vsekakor vrhunec mojega potovanja. Počutila sem se, kot da sem v dokumentarnem filmu. Ob prihodu nas je pričakal čolnič, ki je naslednjih nekaj dni predstavljal naše prevozno sredstvo po pritokih Amazonke. Obala reke je bila naravnost fascinirana. Vsepovsod so se pasle kapi-bare (so največji glodalci in s svojo podobo ogromnih podgan takoj prirastejo k srcu). Iz reke so kukale glave aligatorjev, ki so se z razprtimi gobcem hladili ter nastavljali fotoaparatom. Nad nami so letale velike ptice raznovrstnih barv, po drevesih pa so skakale opice, prav nič vznemirjene zaradi našega obiska. Drznili smo si pobožati aligatorja, ki se je zaradi redne oskrbe rane na nogi privadil na človeško bližino in dotik, opazovali smo sončni vzhod in sončni zahod sredi džungle, se podali na lov za anakondo, ki smo jo tudi ujeli ter spustili nazaj v divjino, lovili piranje in se kopali v reki, v kateri so se le nekaj deset metrov stran namakali aligatorji. Brez pretiravanja tako lahko rečem, da je bil izlet v bolivijsko džunglo vrhunec mojega potovanja.

Rudniki v Boliviji zaposlujejo tako odrasle kot otroke

Naslednji cilj na moji poti je bil Potosi. Leži na višini 4.065 metrov in se ponaša z nazivom najvišje ležečega mesta na svetu. V njem so Španci leta 1545 našli srebrovo rudo, zato so sedaj rudniki v mestu postali njegova glavna zanimivost. Da bi se seznanila z razmerami, v katerih dela 10.000 prebivalcev tega mesta, sva se s sopotnico za eno dopoldne podali med delavce. Hitro sva opazili, da so njihovo glavno »gorivo« pri delu kokini listi ter 94-odstotni alkohol, imenovan bolivijski viski, in brez pomisleka zavrnilo ponudbo, da bi z njimi nazdravili. V rudniku ni prilagoditev za turiste. Zrak je zadušljiv in marsikje se je potrebno plaziti po vseh štirih, zato vsem s strahom pred zaprtimi prostori že vnaprej odsvetujejo izlet. Izkušnja je bila zanimiva. Spoznanje, v kakšnih razmerah delajo tu tudi otroci in zakaj večina delavcev ne dočaka 40. leta starosti, pa pretresljivo.

Salar de Uyuni, največje slano jezero na svetu

Mesto Uyuni sicer ni nič posebnega, je pa izhodišče za tridnevni izlet po področju, ki se imenuje Salar de Uyuni. To je največje slano jezero na svetu, ki meri kar 12.000 km². V sušni dobi postane belo morje neskončnih skladov soli, kadar dežuje, pa voda na površini naredi tanko plast, v kateri odseva celo nebo. Nastala jezera so tako široka, da jih menda upravljalci satelitov uporabijo za navigacijo in usmerjanje svojih instrumentov. V treh dneh dih jemajoče pokrajine smo videli otok kaktusov, številne lagune različnih barv, v katerih se namakajo elegantni flamingi, gejzirje, vozili smo se po brezpotjih ter spali v hotelu, v katerem so postelje, mize in stoli narejeni iz soli. Senca te lepote pa sa nahaja pod vso soljo, kjer naj bi bilo kar 50 do 70 odstotkov vsega zemeljskega bogastva litija, zaradi česar se za Bolivijo zanimajo številne tovarne, ki pridobivajo litij. Tu je bolivijjska vlada postavljena pred dilemo: delati dobro za zemljo ali ohraniti verjetno največjo turistično zanimivost države?

Država se ponaša z izjemno raznolikostjo; od gorovja Andi na zahodu do planote Altiplano ter do vzhodnih nižin v porečju Amazonke, ki vključujejo velik del amazonskega deževnega gozda. Dve tretjini ljudi je avtohtonih Indijancev, ki se še vedno trudijo ohranjati svoje običaje in navade. Ta kultura omogoča popotnikom, da se vrnejo več sto let nazaj v zgodovino in izkusijo drugačen način življenja. Bolivija je vsekakor dežela presežnikov, je kraj, kamor bi se z veseljem vrnila – če svet le ne bi bil tako velik!



V Salar de Uyuni smo si med drugim ogledali rdečo, zeleno (na sliki), modro ter »smrdljivo« laguno.



Gejzirji v Salar de Uyuni.



Pogled na slano jezero z otoka kaktusov, Salar de Uyuni.



Ob vhodu v rudnik Potosi.

Na južnem ledu

Tomaz Rotar

»I am so afraid to go to pee,« je s hrapavim glasom in vmesnim vdihom dejal Ryan, triintridesetletni vojak, vodja skupine zelenih baretk, ki so specializirani za hladno okolje. Tudi meni ni nič lažje, saj že debelih pet ur skupaj upava, da bo vihar minil. Ledene kroglice bičajo najlonsko zunanost šotora in ustvarjajo rjoventju podoben zvok, tako da si s pogovori ne moreva krajšati časa. Vremenska napoved tudi naslednjih dvanajst ur straši z vetrovi preko sto kilometrov na uro in dobrimi štiridesetimi stopinjami pod ničlo. V takih trenutkih pogrešam dom in vse domače in se, ko je res hudo, začnem spraševati, zakaj pravzaprav vse skupaj...

Začelo se je pred desetimi leti, ko sva z ženo Melito potovala po Patagoniji in se ustavila tudi v mestu na koncu sveta. Punta Arenas na dnu Čila mi je takrat predstavljal najbolj odročno naselje na tem planetu, vendar sem si takrat potihoma obljubil, da pojdem nekoč še dlje, čez Drakov preliv na najbolj osamljeno, mrzlo, najvišjo in najbolj suho celino na našem planetu: Antarktiko. Tiha želja je čez nekaj let začela preraščati v odločitev. Povprašal sem pri najbolj izkušenih. Wiki Grošelj in Stane Klemenc sta mi pomagala z nekaj nasveti. V Evropi je kar nekaj podjetij, ki se ukvarjajo z ekstremnimi potovanji: Seven Summits, Alpine Ascents, Jugged Globe in Adventure Peaks so pripravljene po predpisanih preizkusih ljubitelje voditi na Everest, Aconcagua... in tudi na najbolj prestižen vrh v klubu najvišjih Mt. Vinson, ki s svojimi 4.900 m nadmorske višine predstavlja najvišjo točko na Antarktiki.

Po prvi prijavi pri Adventure Peaks sem na sedež družbe v Angliji poslal vso zahtevano dokumentacijo, med njo tudi precej zaupne podatke, kot je zdravstveni karton, izpolnjen vprašalnik o zdravju, ki je zahteval tudi EKG, krvno sliko, podatke o otroških in vseh ostalih preteklih boleznih, alergijah, prehrabnih navadah, poškodbah... V drugem delu dokumentacije pa vse pretekle alpinistične izkušnje s fotografijami in možnimi priporočili znanih alpinistov, ki jih je družba že imela na »spisku izkušenih«. Ko so bili s poslanim zadovoljni, so me povabili na zimski preizkus v

Francoske Alpe – »zimski pristop na Mt. Blanc« z enim od treh vodičev, ki že imajo izkušnje z Antarktike. V treh mrzlih dneh smo se spoznali in ocenili, tako da je bila njihova in moja odločitev glede potovanja na Vinson lažja.

Lepega poletnega dne sem prejel zajetno pošto pošiljko, ki je končno potrdila, da sem kandidat z zadostnimi izkušnjami. Datuma odhoda mi še niso določili, saj je bil primeren čas še predaleč, zasedenost zmogljivosti po prioriteti kandidatov pa še neznan. Lahko sem pričel z mukotrpnim zbiranjem drage opreme, ki je moja »alpinistična klet« še ni imela. Dve strani dolg spisak bi v prevedenem jeziku pomenil približno za tri tisoč evrov tovara, ki ga v naših gorah tudi v najbolj ekstremnih razmerah še nikoli nisem potreboval. Toda ALE (Antarctic Logistic and Expedition), krovna in edina organizacija, ki preko prej omenjenih partnerjev že trideset let vodi tovrstne odprave na Antarktiko, vztraja pri svojih zahtevah in protokolih, tako da ugovarjanje, češ da je »moja puhasta bunda prav tako dobra«, ne pomaga. Za svoje početje, poleg vsega že omenjenega, zahtevajo še 33.500 ameriških dolarjev in seveda lasten transport do Punta Arenasa, kar lahko predstavlja še dodatnih dva do tri tisoč evrov.

Določitev datuma odhoda sem pričakoval še isto jesen, vendar se iz meni neznanih razlogov družba za to še ni odločila. Naslednjo jesen se sam iz zdravstvenih razlogov nisem mogel odločiti za podvig, tako da je končno prišla jesen 2011, ko mi je Cris Mothersdale, vodič naše skupine in večkratni pristopnik Everesta, sporočil datum. Trinajsti december naj bi bil za vse srečen dan, ko bomo poleteli čez južni ocean na ledeno ploščo. Potovanje v ožjem smislu naj bi trajalo enajst dni, vendar pa je bilo modro pričakovati vremenske nevšečnosti in s tem predstavljane letov nazaj ali naprej. Na Brniku sem se težko poslovil od družine, požrl nekaj grenkih solz, vendar tako pač je...

Štirideset kilogramov opreme sem poslal neposredno v Santiago de Chile, sam pa presedel v Frankfurtu in v Sao Paulo. Domači let do Punta Arenasa je imel dobre štiri ure zamude,





Iljušin je končno prišel, gremo domov...



Mogočni Iljušin med raztovarjanjem na Union Glacier Antarktiki.

a so ob kozarcu čilskega vina in klepetu s podobno mislečimi neznanci hitro minile. Štirje člani odprave in vodja smo se dobili zvečer v lepem hotelu Mundo Dreams ali po naše Svet sanj. Anglež, Irec, Američan, Škot in Slovenec smo si imeli ob pivu Austral prvič priložnost izmenjati nekaj besed, vendar nas je prestana vožnja kmalu položila v postelje. Prvo dopoldne na koncu sveta smo izrabili za skupinski nakup hrane, zahtevane na spisku. Trije polni vozički so šokirali blagajničarko, vendar od gringov ni pričakovala nič drugega, kot je povedala sama. Preostanek dneva je vodja izkoristil za pregled opreme. Kot po čudežu, je vsakemu od nas uspelo pripeljati prav vse doma spakirane torbe, kar je bilo, po besedah organizatorja, neznačilno za letalske družbe. Proti večeru je imela ALE skupinski sestanek tudi z ostalima dvema skupinama, namenjenima na Vinson, in skupino, ki je želela doseči južni pol. Skupine so bile nekoliko razširjene, saj je minilo ravno sto let, odkar je Amudsen prvič dosegel južni pol in prehitel svojega tekmeča kapitana Cooka.

Z naslednjim dnem je prišel trenutek, ko so nas poklicali na letališče. Že prejšnji dan stehšana in odpeljana oprema je bila naložena na vojaškem transportnem letalu Iljušin, ki je bilo za časa hladne vojne med velesilama narejeno za transport in odmetavanje jedrskega orožja. Samo to letalo z rusko posadko je danes namenjeno prevozu alpinističnih in raziskovalnih odprav na Antarktiko. Letalo nas je čakalo na posebnem terminalu sicer mednarodnega letališča v Punta Arenasu. Tam smo se zbrali vsi, namenjeni na ledeno celino, že obuti v višinske čevlje in z osebno opremo, namenjeno nizkim temperaturam. Pogled na skupino tako opremljenih ljudi in le s steklom ločenih od ostalih na letališču, ki so bili oblečeni poletnemu vremenu primerno, je najbrž marsikomu porodil vsaj vprašanje: le kam, če že ne, zakaj v tak mrz. Pred vstopom v letalo smo si razkužili čevlje, saj tako zahtevajo pravila, določena z mednarodnim sporazumom o varovanju okolja na Antarktiki, ki je posebno in neobnovljivo.

Letalo lahko sprejme približno petdeset potnikov in vso njihovo opremo. Je brez oken, sedeži so neoblazinjeni, jekleni in neudobni. Pred poletom se nam je predstavila petčlanska ruska posadka, sestavljena iz moških v zrelih letih, izkušena

in samozavestna, saj je edina, ki lahko štirimotorno reaktivno letalo pripravi do pristanka na čistem ledu, kjer na zavore ne gre računati. Polet je bil miren, pet ur je minilo relativno hitro, misli vseh pa so bile najbrž precej podobne, saj smo bili skoraj vsi pred enkratnim in neponovljivim doživetjem. Po mojstrskem pristanku na Union Glacier je imela posadka ledenika na voljo eno uro, da razloži in ponovno naloži veliko letalo. Motorjev nikoli ne ugasnejo, saj jih pri taki temperaturi ne bi mogli ponovno zagnati. Letalo je pristalo v vetrovnih razmerah: vsaj petdeset vozlov bočnega vetra, ki je nas potnike, ko smo poskakali iz letala, skoraj odpihnilo po popolnoma zaledeneli pristajalni stezi.

Vsi smo se zbrali v kovinskem kontejnerju ob stezi, ki služi kot začasen letališki terminal, zbrali opremo in se odpravili do večjega šotorskega naselja neposredno ob ledeniku. Nekaj večjih fiksnih šotorov služi kot vsakemu dostopen prostor, kjer se odvijajo sestanki, kuha skupinska hrana, na voljo je uporaba satelitskega telefona, zdravnik, knjige za krajšanje časa, stranišča, voda... Visoka, plavalasa ženska srednjih let je z moškim korakom stopila v šotor in si odpela težko puhasto jakno, okrašeno z norveškimi simboli, ki so izdajali njeno poreklo in status, snela temna očala, njen pogled je z modro prodornostjo utišal naše pričakovanj polno kokodakanje. »I am Karin,« je z močnim glasom presekala ropotanje vetra, obrazne gube pa so se raztegnile v odkrit nasmeh, ki je povedal vse: mi smo tu prvič, ona je vodja naselja, ona pokliče letalo in pove, kdo ostane in kdo gre... Njeno ime me je nehote poneslo daleč domov k istoimenski hčerki, domotožje je zabolelo bolj kot zmrznjeni prsti, ki so ponovno dobili toplo kri, njena želja na šolskem panoju, da si za božička želi le očeta, pa je zamrznila debelo solzo na trdih trepalnicah.

Karin je razložila vsa pravila življenja v luninem naselju, pokazala na tablo, kjer se nahajajo vsa pomembnejša obvestila, in izpostavila tisto zadnje: »Twin Otters were called«. Manjša dvomotorna letala, v bazi imajo štiri, so bila prva, s katerimi so v časih brez GPS-sistemov prvič poleteli čez Antarktiko, tu pa so namenjena prevozu do baznega tabora tik pod najvišjo goro in reševalnim akcijam iz vseh taborov po celini. Velik, prav za

ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

nalogo opremljen DC 3 pa je na drugem koncu neskončno belega polja čakal na polet proti južnemu tečaju, ki je bil od nas oddaljen skoraj 1.300 milj. Postavili smo svoje šotore, razporedili opremo na sani in v nahrbtnik, si razdelili skupinsko hrano, posodo, gorivo, vrvi in vse ostalo, kar spada zraven. Šotor sem si delil z Bobom, Škotom, ki je pri petintridesetih letih lastnik podjetja, ki se ukvarja z logistiko transporta jedrskih odpadkov po vsem svetu. Večino svojega dela opravi po telefonu, medtem ko obiskuje najbolj oddaljene predele našega planeta. Že na letalu sva pričela s pogovorom o jedrski nesreči na Japonskem in ga nadaljevala ves čas, ko sva postavljala šotor.

Ko sva se končno namestila vsak v svojo spalno vrečo, sva ugotovila, da bo počitek pri belem dnevu, kljub pozni uri, precej nenavaden. Sonce se sredi decembra na Antarktiki sploh ni dotaknilo obzorja, krožilo je okoli nas v nasprotni smeri urinega kazalca in se le na trenutke zastrlo z visokimi koprenastimi oblaki. Nprekinjeno sončno sevanje na človeka lahko deluje mnogo bolj pogubno, kot sem si predstavljal. Prvi dve »noči« sem nekako preskočil, tok časa pa sem lahko spremljal le na ročni uri. Posledice nepretrgane budnosti smo čutili sprva le kot povečano razdražljivost, obroke smo pripravljali bolj iz principa, najteže pa je bilo čakati na transport ali da vetru upade moč, saj bi v tistem trenutku lahko kar zdrvel proti zelenemu cilju. Toda kmalu nas je začetna zagnanost minila in po prvem resnem drezežu nam je treznost ponovno stopila v glave, tako da je življenje lahko »normalno« steklo naprej.

Prišel je čas za pomik v bazni tabor. Nekaj hrane in postavljene šotore smo pustili v taboru ob ledeniku, vso ostalo opremo pa naložili na prej opisano Twin Otter dvomotorno letalo, ki sprejme šest potnikov, dva člana posadke in seveda vso potrebno opremo. Letalo je na smučeh zdrsnilo po vzletni stezi in se po zelo kratki vzletni razdalji hitro dvignilo nad antarktični led. Ker veliki Iljušin ni imel oken, smo šele sedaj prvič lahko videli luni podobno pokrajino iz zraka, ki je spominjala na veliko belo torto, iz katere na mestih štrlijo temnejše piramide, skalni vrhovi, ki tisočletja kljubujejo močnemu vetru in neusmiljenemu mrazu. Vidljivost je zaradi izredno suhega zraka skoraj neskončna in kamor koli je zaneslo pogled, prostrana belina, ki jo na mestih prekinjajo vrhovi nekaj tisoč milj dolgega transantarktičnega grebena, ki je dolga desetletja predstavljal enega večjih problemov pri osvajanju celine. »That's it boys,« je zatulil Chris, da smo ga kljub hudemu kovinskemu ropotu motorjev vsi v letalu prav dobro slišali, pilota je obrnila glavo, čez obraz pa se ji je raztegnil širok nasmeh, zaradi temnih očal nekoliko nem, in dodala: »Make sure that your all on my plane back to Glacier.« To je res to, kot da brez rok in nog je bilo telo, lebdel sem kot misel, ki jo je že nešteto krat prej zaneslo na prav to mesto, nad celino, ki je se nedavno skoraj vsem na tem planetu predstavljala nemogoče. Biti prav tu, takrat, je bila ne samo izpolnjena želja, temveč neponovljiv privilegij.



Zlaganje opreme pred skupinskim šotorom.



Avtor v taboru na ledeniku.



Tabor pod vrhom Mt. Vinsona.

Na celini, katere obale v tem poletnem času sicer zaživijo zaradi obiska neštetihi ptic in morskih sesalcev, pa razen le-teh nima sledov življenja, predstavljamo edina živa bitja.

Sodobna tehnologija in globalizacija sta prinesli mnogim možnost, da ponovijo, kar so pred sto leti začeli najpogumnejši, najmočnejši, prijatelji kraljev, raziskovalci, vizionarji in geniji. Nepredstavljiva je cena, ki so jo plačali za enak cilj. Pred nami se je kot poledenela granitna gmota počasi dvigal masiv Vinson, del gorske skupine Elsworth. Prosojne meglice so se poigravale okoli samega vrha najvišje gore. Vedno pogosteje je sunek vetra močno stresel majhno letalo, kot bi nas za vedno zmrznjeni predhodniki opozarjali, da se približujemo območju somraka. Pilotka in kopilot sta se začela pripravljati na pristanek. Nekako premajhen, raven del ležečega ledenika dobesedno pod vznožjem vrha samega masiva je nudil edino mesto, kjer bi bilo možno pristati. »I wonder how she's gona do this,« se je na glas spraševal Ryan, sicer vajen nemogočih letalskih akcij in padalskih skokov. Sam sem se zanesel samo na vsemogočnega, čeprav v od Boga pozabljenih krajih, in tudi tokrat se je lepo izteklo. Nepričakovano mehak pristanek na pol metra debeli plasti pršiča je od potnikov zahteval kratek aplavz.

Skozi majhna vrata smo poskakali na deviški sneg, zložili opremo in natovorili plastične sani. Pričakalo nas je relativno toplo, sončno vremensko okno, pogled na okolico pa nas je zaslepil z lesketajočo belino. Povsod okrog nas nedotaknjeni in nikoli osvojeni vrhovi, vrhovi celo brez imen in lastnikov. Antarktični sporazum med državami, ki si sicer samo v formalnem smislu lastijo dele celine, prepoveduje kakršnekoli pristope na vrhove, razen na Mt. Vinson in nekaj sosedov, tako da pokrajina tudi danes ostaja brez sledov človeške dejavnosti, kot je bila skozi milijone let. Postavili smo višinske šotore, jih vkopali v podlago, narezali ledene bloke za vetrobrane in iz njih postavili okrogel prostor brez strehe, ki bo služil stranišču. Vse biološke odpadke je potrebno zbirati v za to pripravljenih vrečah, ki k sreči prav hitro zmrznejo, plastične steklenice, napolnjene z urinom, pa je vsaj kratek čas mogoče uporabljati za grejte stopal in prstov med počitkom v šotorih. Okoli tabora smo postavili zastavice, ki nam omejujejo gibanje na ledeniku, predvsem zaradi varnosti, kajti ledenik je na gosto razpokan, in zaradi pravil, ki jih postavlja ALE in se dotikajo varovanja okolja.

Chris nam je zapovedal nekaj ur počitka, preden naj bi se odpravili do prvega višinskega tabora na približno 3.500 m nadmorske višine. Nihče od nas se ni zavlekel v šotor, govorili smo o trenutku, ki ga doživljamo, o podobnih že doživetih izkušnjah, ki se nikakor niso mogle primerjati s to, in izkoristili slabih dvajset pod ničlo za fotografiranje brez rokavic in obraznih mask, kar pretekle dni ni bilo tako lahko. Sončne celice so s polno močjo polnile akumulatorje, plinski gorilniki pa so z glasnim šumenjem rezali tako težko pričakovano brezvetrje na gori, zadišalo je po kuhani hrani, vzdušje je bilo popolno. »Half an hour boys,« je po šestih urah pognalo kri po žilah. Pripravili smo vse za na pot in namestitve prvega višinskega tabora. Ko so bile sani naložene in dereze pripete, smo se v dolgi navezi

odpravili po razpokanem, nagnjenem ledeniku proti rami na severni strani gore. Hoja je bila prijetna, vodja Chris je skrbel za nenaporen tempo, višino sem komaj občutil. Oblečeni smo bili le v dve plasti in brez debelih puhastih jaken, oslabljen južni veter je skrbel, da nas sonce ni ogrelo. Na levi so zijale ogromne ledeniške razpoke, ki poleg vremena, nizkih temperatur in višine predstavljajo edino resno grožnjo na gori, ki tehnično ni zahtevna.

Po slabih sedmih urah sanjske ture smo zasadili zastavice okoli višinskega tabora. Nekoliko bolj vetrovno mesto kot baza, vendar obsijano s soncem, ni nudilo prijetnega zavetja, zato smo se kaj hitro zatekli v šotore in nič mi ni bilo žal denarja za »ta boljšo spalko«. Bob je imel klasične težave z višino, ostali pa poleg rahlega glavobola in že običajne nespečnosti nismo imeli težav. V kolikor bi bili vremenski pogoji ugodni, naj bi za vzpon na vrh in nazaj porabili štiri do pet dni. Sam se vedno nagibam k hitrim variantam, ki so se še vedno izkazale za dobre, saj čakanje na najboljši trenutek po navadi ne prinese le-tega. Vsak zase smo v šotorih pojedli odmerjen paket hrane in ravno ko sem se začel pogrezati v tako zelen spanec, je Chris sklical bojni posvet. Po radijski zvezi je z ledenika dobil vremensko napoved za naslednjih osemindeset ur, ki za naslednji dan ni prinašala dobrih novic. Vetrovi naj bi se okrepili, temperature pa se nekoliko spustile. Odločili smo se, da poslabšanje preživimo v šotorih v taboru, potem pa se kar se da hitro dvignemo čim višje, morda celo do samega vrha, brez dodatnega višinskega tabora, kajti dolgoročna napoved je približno po enem dnevu poslabšanja napovedovala le kratko vremensko okno, v katerem nam morda uspe.

Odločitev nam je bila pravzaprav vsem pogodu, saj nas je neustaljen dnevno-nočni ritem dobro vrgel iz tira. Natopili smo nekaj snega, se zavlekli v šotore, pojedli nekaj slaščic... Prebudil me je šele ropot šotorske stene. Vetrovi so se občutno okrepili in kljub sončnemu vremenu se mi ni zdelo pametno vzpenjati po izpostavljenem grebenu. Ryan je bil očitno že nekaj časa buden: »Morning honey,« sem komaj razumel skozi neoprensko obrazno masko. Glede na puhasto jakno in očala okoli »ta debele« kape sem sklepal, da gremo ven. »You are late,« se mi je posmehoval in mi z nenavadnim iskrenjem v očeh dal vedeti, da gre zares. Chris se je odločil, da se pomaknemo stopnico višje. Na poti so postavljene fiksne vrvi, ki so jih zapustili predhodniki. Vrvi glede na relativno nizko tehnično zahtevnost bolj varujejo pred hudimi sunki vetra, ki bi lahko vsakogar dvignili od tal in potem...

Odpravili smo se v parih, vzeli le en šotor, ki naj bi v naslednjem višinskem taboru služil le kot nujno zavetje, kar za vse skupaj, če bi bilo potrebno. Sani in opremo za pripravo hrane smo pustili v snežni luknji ob šotorih, vse, kar naj bi potrebovali, pa strpali v nahrbtnike. Bob, ki je že nekaj časa tožil o slabšem počutju, se je opotekal pred mano. Termometer se je spustil na dobrih štirideset pod ničlo, kar pri sunkih okoli sto kilometrov na uro naredi še najbolj vsakdanja in enostavna opravila nemogoča. Dehidracija na višini alpinista kaj hitro prisili k opustitvi

ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

cilja in poleg drugih nečloveških razmer lahko pripelje pred »končno sodbo«, zato je stalno pitje priporočljivo in nujno. Vse lepo, dokler ni potrebno tekočino tudi odtočiti. Lulanje kar tako brez flaške in neoprenske zaščite je za organ v nekaj trenutkih lahko naravnost pogubno, kar sem malodane izkusil dan pred tem, ko se mi je »zanohtalo« na nepravem koncu. Sedaj vem in raje držim, vsaj do kakšne snežne luknje ali šotora.

Naklon pobočja čez štirideset stopinj in na čase skoraj steklast led je zahteval zbranost, mirne živce in zaupanje kolegu na drugem koncu vrvi. Počutil sem se dobro, saj sem pogled skoraj dvajset kilogramov težjega ameriškega specialca čutil na svojem hrbtu, razumela sva se brez besed, čutila drugega bolečino in utrujenost, kakor bi se poznala že dolgo, kakor bi nekoč že hodila skupaj. Pod nami so se odpirali pogledi, ki jih ni uzrlo mnogo oči, zbadanje v zamrznjenih pljučih, neskončno počasni koraki, smrtonosen mrz in hlastanje za zrakom so bili potisnjeni daleč v podzavestno razmišljanje, razkrojeni s toplino ponosa, ki jo je prinašal sleherni višinski meter. Morda je bila ravno moja noga tista, ki je stopila na to mesto prvič, odkar smo sploh tu, na tem malem svetu, vendar tako raznolikem; vročem, vlažnem, suhem, ravnem, strmem, mrzlem in ledenem. Najbrž smo bili v dotičnem trenutku najbolj osamljena skupina ljudi na planetu, prepuščeni le samim sebi, brez možnosti pomoči v primeru nesreče ali pomanjkanja hrane. Bolj ko smo se zavedali tega dejstva, močnejše so bile vezi med nami, ki jih ne vidimo, ne opisujemo, pa so vendar edino, česar smo se lahko oklenili, ko je bilo zares težko.

Počasi smo se približevali predelu, kjer je imel vodja namen postaviti še en šotor in izkopati snežno luknjo. Lotili smo se težaškega podviga. Delovali smo usklajeno in brez napak, tako da nam veter in mrz nista povzročila večje škode. Tu namreč ni življenja za ljudi, ni življenja za karkoli, kar sploh lahko živi. Skoraj do solz sem se namučil pri enostavnem zlaganju vrvi, nisem smel sneti očal, maske, rokavic. Koža lahko zamrzne v nekaj trenutkih, utrujenost pa povzročajo že najpreprostejši gibi. Priprava enostavnega tabora nam je vzela skoraj dve uri, izrezane kocke trdega snega smo si postavili za vetrobran, tako smo lahko postavili šotor, posedli v zavetje in si počasi uredili misli.

Dve uri počitka, strmenje v ledeno neskončnost pod nami in popolnoma modro nebo nad nami spremeni dožemanje, ki smo ga vajeni iz samoumevnega vsakdana. Iskanje resnice in pomena obstoja je za pet ljudi iz različnih svetov in filozofij postalo enostavno in jasno. Živimo za trenutek, eden za drugega, za skupni cilj, ki je tako blizu, zaviti v ledene, pajčevinaste oblake, ki soncu ukrivljajo močne brezozonske žarke, za cilj, ki je bil nekaj let le točka s številko na dnu zaprašenega globusa. Vse ostalo je v večni led ujeta skrivnost. Po parih urah dvomljivega počitka nas je Chris spoznal za dovolj velike, da se spopademo z zadnjimi metri. Spominjal sem se svojih preteklih tur, dihanja skozi slamico na Aconcagui, sprehodov po Patagoniji, izgubljenih kolegov na Matterhornu, smučanja z Mont Blanca, plezanja po Dolomitih, domače Kredarice in moje zelene Begunjščice. Prav vsi trenutki, prečiščeni nikoli utrujenih strahov, so bili združeni v topli skodelici zmag nad vsem in vsemi, ki se bojijo svojih sanj.



Vrh najvišje gore na Antarktiki, Mt. Vinson, 4900 m.

Potovanje v Rim

Vesna Džubur

Lepo in sončno marčevsko vreme me je spodbudilo k razmišljanju o potovanju. Na željo moje hčere Diane sva se odpravili v Rim. Nisem mogla verjeti, dami se je želja uresničila. Po dolgih letih, potem ko sem davnega leta 1978 vrgla kovance v Fontano di Trevi in si zaželela priti še enkrat v Rim.

Moja hči Diana je skrbno načrtovala najino potovanje v lastnem aranžmaju. Ko sva vzleteli iz Trsta proti Rimu, je bilo vreme sončno, jasno in sveže. V letalu, polnem potnikov, sva uživali v panoramskih razgledih in v klepetih o najinih potepih po Rimu. Po pristanku v Rimu sva se usedli v avtobus Alitalia do glavne postaje, kje sva vstopili v mestni avtobus št. 78 do najinega hotela. Hotel je bil v ožjem centru mesta, v bližini trga Piazza Navona, majhen, udoben, urejen klasično-sodobno v prepoznavnem italijanskem slogu. Imeli sva vtis udobja in intimne ob prijaznem odnosu hotelskih uslužbencev in počutili sva se kot doma. Najine želje so bile obiskati, videti in doživeti čim več.

Potovanje v Rim je pravzaprav potovanje v preteklost, ki je zaznamovana z različnimi zgodovinskimi obdobji. Rim je zakladnica umetnosti, arhitekture, znamenitosti, ki so bogata mešanica antičnih, renesančnih, baročnih in sodobnih stavb. V njem so postavljeni temelji civilnega prava, demokracije, gledališča in vseh ostalih duhovnih civilizacijskih vrednot.

Rim, glavno mesto Italije, dežele Lacij in pokrajine Rim, se razprostira na bregovih reke Tibere in na sedmih mestnih gričih. Je eno največjih evropskih mest z 2,7 milijona prebivalcev. Je središče stoletne umetnosti in zibelka krščanstva. Upravičeno nosi več vzdevkov: Caput mundi (prestolnica sveta), La città eterna (večno mesto), Limen Apostolarum (apostolski prag), La città dei sette colli (mesto na sedmih gričih) ali enostavno Urbe (mesto). Lahko rečemo, da je mesto neskončne umetnosti cerkva, muzejev, trgov z vodnjaki in veličastnimi spomeniki. Znotraj Rima se nahaja Vatikan, neodvisni teritorij svetega sedeža. Zgodovinsko središče Rima in Vatikan sta na Unescovem seznamu svetovne dediščine. Mesto je sedež mednarodnih institucij, kot so Mednarodni sklad za razvoj gospodarstva, Organizacija za prehrano in kmetijstvo, Svetovni program za živila.

Tako odlična arhitekturna zgradba mesta omogoča pešcem čudovit potep, tako da sva se ob najinem obisku mesta odločili za to možnost. Videli sva veliko cerkva, muzejev, galerij, spomenikov, trgov, parlament, sodišče, različne četrti mesta, izpostavila bi judovsko



Moja hči Diana na Trgu svetega Petra v Vatikanu.

ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

četrta, Vatikan, Trg sv. Petra, baziliko sv. Petra, veliko zanimivih restavracij, kavarn, slaščičarn, veliko trgovin, še posebej v ulicah Via del Corso in Via Veneto.

Z zemljevidom v rokah sva šli skozi vijugaste ulice, tlakovane s kockastimi ploščami, zapolnjene s picerijami, majhnimi restavracijami ter drugimi priljubljenimi atrakcijami tega zanimivega mesta.

Že prvo jutro v Rimu sva pričeli z raziskovanjem okolice najinega hotela. Dan sva začeli z značilno skodelico kapučina in pecivom v eni od najbolj znanih rimskih kavarn Café *Sant'Eustachio*. Le-ta se nahaja nedaleč od najinega hotela na istoimenskem trgu. Kavarnica, ki je nekoliko oddaljena od mestnega vrveža, je priljubljeno sestajališče Rimljanov. Čudovit vonj kave pa je mogoče zavohati iz vseh bližnjih ulic. Po skodelici kapučina se nisva mogli upreti nakupu vsaj ene vrečke te znamenite kave z željo, da bi si takšno vzdušje ustvarili tudi po vrnitvi domov.

Po kapučinu sva se ustavili v cerkvi Santa Maria sopra Minerva in si ogledali čudovit Berninijev kip slona z obeliskom na trgu Piazza di Minerva ter se odpravili proti trgu Piazza della Rotonda, na katerem se nahaja Panteon, najbolj ohranjena stavba antičnega Rima in hkrati najbolj pomembna stavba v zgodovini arhitekture. Zgradil jo je rimski imperator Hadrijan med 118 in 128 pr. n. št. na mestu, kjer je bil manjši tempelj. Panteon je kupolaste oblike z enako višino in širino s svetlobno odprtino, t.i. okulusom, s čimer daje vtis, da se odpira v večnost. Preddverje je sestavljeno iz 16 korintskih granitnih stebrov. Streha preddverja je bila iz bronastih pozlačenih ploščic, ki so bile

odpeljane v Carigrad v času cesarja Konstantina. Večkrat je bila prenovljena, zadnjo obnovo pa je izvedel papež Pij IX. Okrogla luknja na strehi, premera 9 m, služi v prezračevalne in klimatske namene. Okulus ni namenjen zgolj dekoraciji, temveč predvsem zmanjšanju mase strehe.

Beseda panteon izhaja iz stare grščine (pan – vse, theos – bog) in pomeni svetišče, posvečeno vsem bogovom. Tako je bilo v notranjosti sedem vdolbin s sedmimi kipi glavnih planetnih bogov, in sicer Apolona, Diane, Jupitra, Marsa, Venere... Papež Bonifacij IV. ga je posvetil cerkvi v čast Mariji kraljici mučencev. Danes so v njem grobovi vladarja Viktorija Emanuela II., kardinala Consalvija, velikega umetnika Raffaela Santija. Na levi strani je grob vladarja Umberta I., ki je bil ubit leta 1900, in njegove žene Margarite (1926). Panteon je postal sinonim za vse zgradbe sveta, ki služijo enakemu namenu. Po njegovem vzoru je nastal pariški tempelj, ki velja za spominski tempelj vseh pomembnih oseb francoskega naroda.

Od Panteona sva se napotili na trg Piazza Navona. Je družabno središče Rima, mesto za zabavo, uživanje v ulični glasbi, v hrani, številnih restavracijah, v ogledovanju slikarskih ustvarjalnih del, ki zapolnjujejo trg vsak dan. Skratka, trg živi pozno v noč. Občudovanja vreden je predvsem zaradi dela slavnega arhitekta Berninija – Fontana dei Quattro Fiumi. Fontana simbolizira štiri velike reke sveta (Nil, Ganges, Donavo in Rio de la Plata). Isti arhitekt je zgradil tudi drugo fontano – Fontana del Moro.

Trg je obkrožen z razkošnimi zgradbami, kot so Palača Pamphilj, cerkev sv. Neže, z druge strani je veliko majhnih lepo urejenih restavracij in kavarn.



Kolosej.

S trga sva se napotili po prečnih ulicah z diskretnimi lučmi, zapolnjenih z majhnimi restavracijami z mizami in stoli na prostem, kjer je bilo največ gostov. Pred vhodom vsake restavracije so table z jedilnikom, ob njih pa nastavljene pletene košarice, napolnjene s svežo zelenjavo, obešeni venci posušenega paradižnika, venci s česnom, razkošne simpatične porcelanske figure kuharja s kapo na glavi, kuharsko žlico v roki in nasmehom na obrazu.

Vstopili sva v eno izmed restavracij, urejeno z luksuznim pohištvom. Usedli sva se za pogrnjeno mizo, sredi mize je bila zanimiva porcelanska vaza z rožami in jedilnik z usnjenim ovitkom. Naročili sva značilne italijanske jedi. Za predjed znane italijanske grisinije in solate s paradižnikom in mozzarella, prelito z olivnim oljem. Kot glavno jed zase sem naročila popečeno zelenjavo s parmezanom, Diana je naročila špagete alla carbonara.

Naslednji dan sva obiskali še znane rimske trge: Piazza Venezia, ki predstavlja stičišče prometnih poti, ob njem pa Palazzo Venezia – z njenega balkona je Mussolini navduševal množice s fašističnimi idejami. Sredi trga je vodnjak, obkrožen z nimfami in konji.

Piazza di Trevi je trg, na katerem je najbolj znana Fontana di Trevi. S svojo velikostjo zapolnjuje majhen prostor na trgu, ki je stisnjen med ozke stranske ulice. Ime je dobila po treh ulicah (tre vie), ki se stekajo na trgu. Nekoč je to mesto označeval viadukt Vergine. Voda je pritekala iz izvira, ki ga je čudežno našla devica. Vsakdo, ki se želi še enkrat vrniti v Rim, mora preko desnega ramena vreči kovanec v vodnjak.

Zvečer sva se odpravili na trg Piazza di Spagna, priljubljen boemski trg, vedno poln obiskovalcev. Ima obliko peščene ure z obsežnimi stopnicami, okrašenimi s cvetočimi azalejami. Nad španskimi stopnicami kraljuje cerkev, ki so jo naročili Francozi in je del samostana, ki ga je postavil Ludvig XII. leta 1503. Dvodnelno pročelje je leta 1584 izdelal Giacomo della Porta.

Obvezna točka naših obiskov je Vatikan. Dolgo ime je Vatikanska mestna država in je najmanjša neodvisna država na svetu, tako po površini kot po številu prebivalcev. Popolnoma je obkrožena z mestom Rim. Je dom papeža in predstavlja ozemlje svetega sedeža, osrednje oblasti rimskokatoliške cerkve. Ime je dobil po griču Vatikan z desne strani reke Tibere. Je povsem samostojen, ima svojo civilno in pravosodno upravo, pošto, banko, časopis, radijsko postajo, železniško postajo in trgovine. Ustanovljen je bil leta 1929.

Za vatikanskimi zidovi je bazilika sv. Petra, Sikstinska kapela, bujni vrtovi, muzeji z zbirkami egipčanske, etruščanske, grške, rimske, starokrščanske, renesančne in sodobne umetnosti ter svetovno etnografsko zbirko.

Bazilika svetega Petra (lat. Basilica Sancti Petri) je ena od najznamenitejših zgradb v Vatikanu z izrazito kupolo. Je največja cerkev v krščanskem svetu in najsvetejše mesto krščanstva – sprejme 60.000 ljudi. V njej sta pokopana sv. Peter, Jezusov apostol in naslednik, ter 1. rimski škof.

Ob najinih sprehodih in ogledih sva občudovali čustveno, duhovno in ustvarjalno bogastvo umetnikov, ki so ga vtakali v



Piazza di Spagna.



Spomenik Vittorio Emanuele - Zdržena Italija.

monumentalne arhitekturne oblike. Prevezli so naju razsežnost, vsebina in sporočilo.

Colosseum (Kolosej), razkošen simbol Rima in velik arhitekturno-gradbeni podvig, je bil zgrajen na nekoč močvirnatem zemljišču, služil pa je za zabavo občinstva, bojevanje med gladiatorji in divjimi živalmi, kristjane pa so metali levom. Zabave so trajale dneve in dneve, dokaj krute, vendar brezplačne. Znan je tudi kot Flavijški amfiteater, ker so ga zgradili cesarji rodbine Flavijcev (Vespazijan, Tit in Domicijan). Ime Kolosej je dobil zaradi svoje velikosti ali po velikanskem kipu Nerona v podobi sončnega boga. Stavba je zgrajena v sedmih koncentričnih krogih v štirih nadstropjih in dosega višino 57 m. Za 50.000 obiskovalcev so zgradili 76 vhodov v obliki lokov, med katerimi so bili nastavljeni kipi. Nastavljene so bile cesarske lože. Skozi vrata življenja so prihajali borci, ki so pozdravljali cesarja z rekom »Ave Cesar morituri te salutant« (Pozdravljen Cezar, v smrt odhajajoči te pozdravljajo). V počastitev prvega krščanskega cesarja Konstantina Velikega je zgrajen slavolok in poimenovan po njem. Na tem predelu se vidi velikanski forum s spomeniki različnih vladarjev, med katerimi je spomenik Julija Cezarja, Avgustov Trajanov, Neronova zlata hiša...

Villa Borghese je park, drugi po velikosti, ki se nahaja v središču mesta. Je oaza miru, majhno zeleno mesto z gozdovi, alejami, fontanami, starimi vilami, muzeji, galerijami, športnimi igrišči in živalskim vrtom. Sodi med najslovitjše parke na svetu. Muzej in galerija Borghese sta nameščena na mestu nekoč borgezijskega kazina, ki ga je postavil Scipione Borghese, nečak papeža Pavla V. Sam kardinal je zbiral umetniška dela, danes razstavljen v tem poslopju, njegovi dediči pa so nadaljevali s tem delom. Leta 1902 je muzej prevzela italijanska država.

V Villi Borghese so številna umetniška dela, ki vsekakor zbujajo občudovanje obiskovalcev. Znani so kip Davida, kip Venere, Apolona, Dafne – dela umetnika Berninija (1624). V galeriji je vrsta dragocenih slik znanih slikarjev, Raffaella, Botticelija, Caravaggia. Med tujimi slikarji so slike Rubensa, Mandekensa itd. Posebna dvorana je posvečena Tizianu (Sveta in posvetna ljubezen).

Druga vila v parku Borghese, ki sva si jo ogledali, je Villa Giulia, ki je muzej in sodi med najlepše med vsemi. V muzeju so eksponati iz etruščanske kulture. Njihova starodavna civilizacija je močno vplivala na Rimljane. Razstavljene so številne lončene posode, črne barve, okrašene z reliefi, tudi grške vaze, egiptovska stekla, ker so jih Rimljani kot trgovci prinašali z drugih območij.

Številni pisatelji so v Rimu poiskali navdih za svoja pisateljska dela. Goethe je v njem napisal Italijansko potovanje, Lord Byron delo Don Juan, Alberto Moravia romana La Romana in La Cioccaro, Mark Twain Američana v Evropi.

V Rimu so nastali svetovno znani nagrajeni filmi, kot so Ben Hur, ki je dobil 11 oskarjev, Kleopatra z Elizabeth Taylor in Richardom Burtonom, Rimske počitnice z znano Audrey Hepburn itd.

Vsako leto se v Rimu oblikujejo nove modne smernice, ki jih ponujajo zveneča imena italijanske in svetovne mode: Gucci, Prada, Bulgari, Armani, Trussardi.

Čprav je Rim sodobna urbanizirana prestolnica, je edinstven po svoji lepoti, svojem šarmu in duši. Star je 3.000 let, preživel je različne vojne, požare, rušenja, ureditve, še vedno pa je vitalen.

Vsekakor odpotujte v Rim in ne pozabite na kovance!

»DT Swiss ali CrankBrothers, to je zdaj vprašanje!«

Marjan Kordaš

Kolegice in kolegi, se še spominjate plakatov, ki jih je pripravil *CINDI Slovenija* za osveščanje o zdravem načinu življenja? Velikanske slike kolesa (bicikla), sestavljenega iz sadja in zelenjave? Kolesi tega zelenjavnega bicikla sta bili rezini pomaranče, prerezani pravokotno na krljce. Njihovo stičišče os, meje med krljci napere (špice), beli in oranžni del lupine pa platišče in gume.

Se pravi, *vzrok* za moj zapis spodaj je spominski ovinek zgoraj. Pa vendar sem z njim odlašal. Namreč, zdravniki s(m)o teoretično prav gotovo zgled zdravega življenja, v praksi pa, kot je znano, je teorija največkrat težko izvedljiva. V tem smislu bi bil moj zapis za *Isis* prav gotovo *an unpublizable paper*.

Povod za moj zapis pa se je pojavil v začetku aprila 2012, ko sem za našo revijo po *uradni dolžnosti* pripravljaj povzetke zanimivih člankov iz časopisov avstrijskih zdravniških zbornic. Medtem ko slednji večinoma obravnavajo medicino kot stroko, znanost in umetnost, se revija *Ärzte exclusiv* posveča predvsem (materialnemu) standardu avstrijskih zdravnikov (dragi avtomobili, drage ure, hiše ob jezerih in morjih, plemenitenje denarja, nepremičnine, investicije itn.). No, eden teh prispevkov (reklama za avto) me je spodbodel, da njegove priredbe nisem opremil le z ustreznim komentarjem, temveč sem se odločil tudi za ta zapis. Moj motiv, za kaj gre in kaj primerjam, pa bo bralec, če bo zdržal, lahko prebral na koncu.

Torej:

Po nekaj mesecih čakanja sem v juliju 2007 dočkal naročeno kolo KTM (KTM-07). S težo 9,7 kg je nekako primerljiv s kakim *BMW* spodnjega razreda. S kolesom sem bil tako zadovoljen, da sem takoj naročil še enega, enakega; dobil sem ga spomladi 2008 (KTM-08).

Kakovost je izjemna. Doslej nobenega servisa, le pri KTM-07 sem moral nekajkrat centrirati kolesi. Pri KTM-08 pa sem moral takoj po dobavi zamenjati nosilec zadnjega menjalnika (prodajalec mi je takoj dostavil novega). Navodila za sprotno vzdrževanje sem dobil na spletu.

Tako sem z obema bicikloma srečno kolesaril do avgusta 2011, ko mi je števec pri KTM-07 pokazal 10.000 km. Seveda sem kolesaril nemoteno še naprej, hkrati pa se začel spraševati o življenjski dobil ležajev.

Seveda jih je mogoče odpreti, očistiti in namazati in znova zatesniti pred prahom in vodo, ampak...

Po dolgem tuhtanju sem se odločil pri KTM-07 njegovi izvorni kolesi (pesti, napere in platišči tovarne *DT Swiss*) zamenjati z novima. Novi kolesi naj bi imeli poleg novih ležajev tudi bolj sodobno sidranje naper med pestom in platiščem. Tovrstno sidranje naper sem prvič videl v sijajni kolesarski trgovini v Innsbrucku v maju in juniju 2009. Takrat, pred kontrolnim pregledom moje prostate (postavljanje indikacije za brahiterapijo karcinoma) ter pred posegom sem – sam ter s svojo moralo ne na psu, temveč na jazbečarju – v tej kolesarski trgovini videl kolesi firme *CrankBrothers*. Razmišljanje o konstrukciji je bil eden od mehanizmov, s katerim sem poskusil olajšati svojo stisko. Zato – če verjamete ali ne – je v mojem spominu med karcinomom prostate ter kolesoma *CrankBrothers* trdna patogenetska povezava...

Podobno sidranje naper je v zadnjih letih razvila tudi tovarna *DT Swiss* s kolesi *Tricon*. Podatki o cenah in različnih izvedbah so na spletu.

In spet po dolgem tuhtanju sem se odločil za *CrankBrothers*. Tudi zato, ker so napere na platišče pritrjene na posebne izbokline. Platišče tako nima lukenj in je zato zelo trdno. Tako ima eno kolo 2-krat po 6 parov (levo-desno) simetričnih naper, vsega skupaj samo 24. Različica *Cobalt 3* (premer 26 col) ima zunanjo širino platišča 24 mm, ki je dovolj univerzalna za različne dimenzije gum. Po dogovoru mi je dobavitelj na obe kolesi vgradil zavorna koluta Shimano XTR (180 mm) ter namestil gumi Ritchey 26 x 1,4 slick.

Dobavni roki za tovrstne izdelke so kar dolgi. In tako, med čakanjem, me je obsedlo vprašanje, ali bo samo zamenjava obeh koles dovolj za obnovo KTM-07. Medtem ko je veriga skoraj potrošni material, sta poleg obeh koles najbolj obremenjena še dva sklopa: zobniki na gonilniku (44-32-22) in zobniški venec (kaseto) na osi zadnjega kolesa. Tako sem med čakanjem naročil še zobnika 44 in 32 za gonilnik ter kaseto (9 stopenj, 11-34) tajvanske tovarne KCNC. Cena slednje ter obeh zobnikov je bistveno povečala celotno ceno obnove, za slovenske razmere skoraj majhno premoženje.

Ko sem vse naročeno prejel, sem nekaj dni občudoval (občudoval!) kakovost izdelkov. Posebno pesti obeh

koles ter kaseto KCNC. Že embalaža slednje je bila posebnost; izstopal je napis »Designed in U. K., machined in Taiwan«.

Seveda sem pred premontažo stehal stari in novi par koles. Ker imata oba para enako konfiguracijo, je teža primerljiva. Povedna pa le, če je teža novega para manjša. In res je bila teža manjša kar(!) za 290 g! Hm, hm!

Montaža in premontaža je bila užitek, zamenjava obeh zobnikov na gonilniku pa tudi preskus mojih psihomotoričnih spretnosti in moči ter orodja (s posebej zahtevano trdoto izvijačnih nastavkov *Torx*).

S tako »generalno obnovljenim« KTM-07 sem doslej (marec–april 2012) prekolesaril približno 500 km. Vključno srednje dolge (40–60 km) proge z vsoto višinskih razlik 300–700 m, ki vključujejo vzpone okoli 10 %. Sicer je tudi z novim parom koles bicikel nujno poganjati, a morilski vzpon npr. iz Hrastnice do Sv. Andreja, ali od Kroke na Jamnik, se mi zdi prava otročarija. No, morda pa ne le zaradi novih koles...

Tako obnovljen KTM-07 ima – verjetno prek homeopatsko-bioenergijsko-ajurvedskih silnic, mhm – pozitiven vpliv tudi na KTM-08. Tako s slednjim – četudi ni obnovljen – kolesarim enako kot z obnovljenim KTM-07!!

Če je bil pred obnovo KTM-07 primerljiv z *BMW* spodnjega razreda, se mi zdaj zdi primerljiv s kakim *Porschejem* spodnjega razreda. Tudi zaradi videza (estetike). Vredno je omeniti glasno izražena mnenja mimoidočih, ki se spoznajo na kolesa. Takrat se skoraj počutim kot ženska z diamantno ogrlico v krogu svojih oboževalcev in občudovalcev (diamantov)...

Povod za moj zapis o obnovi KTM-07 je bila fotografija, objavljena v *Ärzte exklusiv* 03/12. Ki kaže avto *BMW* in njegovo testno voznico, zdravnico, specialistko za fertilizacijo *in vitro*. A gospa doktor (tako *Ärzte exklusiv*) je takšnega videza, da bi po moji presoji na sebe preusmerila večino, vsaj 95 odstotkov, vseh pogledov, ki bi se morali usmeriti na *BMW* (glej sliko v *Isis* 2012; 5: 28).

Tako sem načrtoval fotografsko vzporednico. Da bi svoj zapis opremil s sliko obnovljenega KTM-07 z njegovim lastnikom. Da bi od občudujočih pogledov na bicikel z novima kolesoma vsaj manjšina, kakih 5 odstotkov, doletelo tudi kolesarja ob njem.

Kdor bi primerjal obe sliki, bi brž ugotovil, da fotografija avtomobila *BMW* in ženske pravzaprav propagira nezdravo življenje ter žensko poniža v tržni objekt. Nasprotno pa da revija *Isis* propagira fizično aktivnost. Kak zlobnež bi pa zadevo obrnil na denarno plat in primerjal, kaj si zdravnik lahko privošči tu, pri nas, in kaj si zdravnik lahko privošči tam.

A tovrstna primerjava zgoraj bi bila le akademske narave in brez praktične vsebine. Povedna pa se mi zdi različica, namreč, priložena le fotografija zadnjega kolesa ter kasete KCNC pri obnovljenem KTM-07. Vidijo se nادرnosti, tudi sidrenje in dvodelna sestava naper.

Se pravi, vredno je kolesariti z dobrim kolesom. Omogoča užitek, ki daleč presega tegobe napora. Oboje pa bistveno prispeva h kakovosti življenja.



Satirično glosistične, logične in resnične ob stavkah

Tomaž Rott

Uradna izjava: »Če stavka javni sektor, dela izgubo«.

- a) Vendar kako, če pravijo, da javni sektor troši trdo prisluženi denar realnega sektorja. Z nedelom med stavko se vendar ne trošijo sicer potrebna sredstva za njihovo dejavnost.
- b) Dodatno pa oblast prihrani denar, ker jim za netrošenje sredstev med stavko noče plačati.
- c) Morda pa oblast posredno priznava podatke resne študije pod pokroviteljstvom New Economic Foundation iz leta 2009, ki navaja, da vsak funt za plačo delavca v realnem sektorju ustvari 12 funtov, in nadalje še iz sveta javnega sektorja: funt za plačo čistilca v bolnišnici ustvari 10 funtov, funt za plačo vzgojiteljice ustvari devetkrat večjo vsoto družbene vrednosti, kot jo prejme s plačo. Verjetno bi podobne podatke lahko izračunali za zaposlene v šolstvu in zdravstvu. Le tako bi si lahko razložili izgube zaradi stavk v »porabniško požrešnem« javnem sektorju.
- č) Namerno pa se pozablja na podatke iz iste študije, da za vsak funt ustvarjene vrednosti bančniki porabijo 7 funtov, oglaševalci 11,5 funta, davčni svetovalci pa kar 47 funtov. Tako lahko razumemo, da prekomerno delo v bančništvu (vključno z neupravičenim nesmotrnim kreditiranjem) povzroča dejanske izgube. Pa tudi, da nočejo stavkati...

Glede na strokovne izjave gospodarstvenikov, da so upokojenci paraziti, predlagam:

Da se dopolni knjiga parazitologije z novo vrsto. Ob tem pa tudi razloži evolucijske pobude in vzroke naše politike, ki pogojujejo nastanek te vrste. Pred tem pa zaradi razumevanja tudi preveri biogenetsko stopnjo izobrazbe pobudnikov nove terminologije.

Pri tem predlagam dve podvrsti: 1. Pasivni paraziti, ki so v svojem življenju mnogo vložili v razne sklade, pa od tega dobili relativno malo. 2. Aktivni paraziti v javnih, upravnih in podobnih službah prijateljsko-nepotistične etiologije.

In še dejstvo: »Ob eni predhodnih stavk zdravnikov se je delo na patologiji občutno zmanjšalo«.

Zato se ob zadnji stavki stavkajočim niso pridružili zdravniki, da ne bi preveč varčevali...



Nekateri bodo stavkali verjetno še nekaj let ...

Polihistorstvo (in varčevanje?)

Tomaz Rott

Ponosni smo na ljudi iz preteklosti, ki so imeli široko izobrazbo in predvsem znanje ter svoje interese na različnih strokovnih področjih, kjer so dosegli tudi svetovno slavo in priznanja. Omenim naj samo dva, Janeza Vajkarda Valvazorja in Žiga Zoisa.

Danes pa so se *posamezne stroke* že tako razširile, da *zahtevajo specializacije in superspecializacije*, kar je nam vsem v medicini blizu in razumljivo. Malo je ljudi, ki bi lahko obvladovali vse veje enega samega področja, pa če vzamem za primere samo interno medicino, kirurgijo ali patologijo. Razumljiva posledica tega je tudi, da učbenikov ne more več pisati le en strokovnjak, ampak povsod po svetu pri pisanju knjig sodeluje več avtorjev iz različnih subspecialističnih vej. Pa vendar se pri nas dogaja, da skušajo nekateri, ki so nekritični in nerealni, ali pa jim manjka ustrezno strokovno znanje, pri svojem strokovnem in organizacijskem delu združevati različne stroke, brez ustrezne logike in logistike.

Vsako resno zastavljeno strokovno delo zahteva *ustrezno logistiko*: ustrezne prostore, ustrezno opremo, širok razpon diagnostičnih metod (ki morajo biti vsaj hitro na razpolago na kraju samem), ustrezno kadrovske zasedbo (na kraju samem in ne le začasno zaposlene iz drugih krajev), in ne nazadnje določeno minimalno število strokovnih storitev, diagnostičnih in terapevtskih, ki omogočajo zadostno izkušnost in uspešnost določenega kolektiva. Tega pa moramo ocenjevati zgolj z objektivnimi metodami in ne zgolj subjektivnimi merili.

Da smo še *daleč od ustrezne organiziranosti*, me prepriča stanje pri nas. Zato me čudijo razprave in dejanja v zdravstvu, ki segajo od najvišjih organizacijskih in strokovnih ravni navzdol.

1. *Rangiranje ustanov, posameznikov*. Npr. izjava ministrstva za zdravstvo (ne zdravje), ki meni, da je pomembno merilo uspešnosti in vrhunske usposobljenosti zavoda zadovoljstvo bolnikov. Gotovo je to eno od meril za oceno, vendar manj pomembno. Lep sprejem in nasmeh v bolnišnici je za bolnika res lahko »žegen«, vendar lahko včasih še manj vreden kot »Blažev žegen«, ker se ne zaveda organizacijsko-strokovnih pomanjkljivosti.

Še tako dobronamerne ocene ustanov in posameznih zdravnikov imajo zaradi različnih vzrokov relativno majhno, če sploh, vrednost. Upoštevanje manj bistvenih meril, kot je npr. počutje bolnikov, je s strokovnega stališča zelo zavajajoče. Znani so primeri odličnih sanatorijev, priznanih zasebnih bolnišnic po Evropi



in po svetu, ki so se zapletli v nestrokovno, moralno oporečno in škandalozno početje. Verjetno si tega ne želimo, saj le nekaj spodrseljavev lahko spodkoplje dejavnost naše stroke. Kljub temu, da je med ljudmi zdravniški poklic še vedno cenjen in spoštovan, pa se pojavlja več (ne)upravičenih odškodninskih tožb, (ne)upravičene kritike zdravstva, tudi zaradi počasnega in nepreglednega razčiščevanja zapletov... In zaradi posameznikov trpi ugled celotne stroke. Ko sem pregledoval sezname bolj ali manj uspešnih zdravnikov na določenih področjih, se z nekaterimi rezultati vsekakor ne morem strinjati, ker določene stroke poznam. Če bi moral izbirati ustreznega zdravnika, bi si izbral povsem druge. Zdravnik kirurg ni mehanik, ki popravlja določeno statično stanje okvarjenega avtomobila, ampak ima opraviti z bitjem, ki se od primera do primera večkrat nepredvidljivo individualno odziva na isti poseg. Ocenjevanje tudi težko zajame možnost nepredvidljivih zapletov pri istovrstnih operacijah. Kakšna pa je »kolateralna« škoda, če pridejo taki sezname med laike, pa niti nima smisla razmišljati. Osebo bi tako javno zaznamovanje meni osebo pomenilo več kot opomin ali začasen odvzem licence.

2. Protislovne in včasih kar nestrpne, bolj in manj argumentirane razprave med zagovorniki pediatrije in splošne oz. družinske medicine. Strinjam se s tistimi, ki trdijo, da specialisti družinske medicine ne morejo nadomestiti pediatrov, in obratno, pediatri niso dovolj usposobljeni za zdravljenje odraslih ali ostarelih oseb. Res so lahko izjeme, ki s trdim delom in nadpovprečnim znanjem to lahko obvladajo – takih pa je izredno malo. Nekajtedensko izpopolnjevanje na področju pediatrije je podobno kot v sklopu specializacije patologije nekajmesečno izpopolnjevanje iz sodne medicine; kljub temu si ne bi upal samozavestno nastopati niti kot priča, kaj šele kot izvedenec v z delom povezanih razpravah na sodiščih. Tudi nekdanji specializanti kirurgije in interne, ki so imeli v svojem programu tudi izpopolnjevanje na patologiji, marsikdaj niti ne vedo, kako poslati material za določene preiskave, včasih pa niti, kaj pričakujejo od preiskave.
3. Prav tako se mi zdi iracionalno, da *prvenstveno internistični oddelek hoče obvladovati pri zdravljenju raka tudi kirurgijo in radioterapijo*, čeprav tega nimajo na razpolago v ustanovi. Pri tem si zaradi pomanjkanja lastnega kadra *pogodbeno lasti redno zaposlene iz ustreznih oddelkov terciarne dejavnosti*,

UKC, ter podira in slabi strokovno-organizacijske, raziskovalne in pedagoške dejavnosti teh ustanov, ki naj bi bile vrhunske ali pa so bile vrhunske in so nato zaradi tega strokovno osiromašene stagnirale.

Res da so razdalje v Sloveniji relativno majhne, vendar je pretočnost prometa, posebno ob prometnih konicah in v turistični sezoni, slaba. Tako vse, ki odhajajo iz svoje ustanove po opravljenem delu, gotovo utruja in jim zmanjšuje psihofizično kondicijo pri nadaljnjem popoldanskem delu. Zakaj ne bi uredili tega dodatnega predvsem kirurškega ali internističnega dela, ki zahteva zapletene instrumentalne postopke (za vse tiste, ki si ga želijo, posebno pri fizično aktivnejših in sposobnih mlajših velikokrat iz razumljivih potreb pri ustvarjanju lastne družinske infrastrukture), v isti oz. lastni ustanovi in ga tudi podobno stimulirali kot v oddaljenih ustanovah. Izkoristili bi že urejeno materialno infrastrukturo, lažje bi se izognili morebitnim zapletom, ker bi imeli v določenih centrih na razpolago vse ustrezne službe, izvajalci pa bi bili manj fizično obremenjeni. Ugovori, da to zakonsko ni mogoče, so le za tiste, ki ne želijo sprememb oz. nočejo prilagajanja zakonov delavcem. Zakonodaja mora upoštevati realno stanje, ki je lahko tudi finančno sprejemljivejše. Ne sme biti le rezultat skupščinskega odločanja poslancev, ki razmer in dela v svoji medsebojni odvisnosti večkrat sploh ne poznajo ali nočejo razumeti.

4. Da nekateri *usmerjeni oddelki, ki že itak selektivno zbirajo bolnike na določenem področju zaradi baje premajhnih zmogljivosti večjih centrov*, kljub temu, da niti nimajo ustreznih pogojev logistike, kot je omenjeno zgoraj, *širijo svoje dejavnosti še na druga strokovna področja*. Osebo ne bi nikoli zaupal nekomu, ki meni, da je uspešen internist, kirurg, nevrolog, patolog, endokrinolog, psihiater in morda še družinski zdravnik – seveda vse hkrati. Glede na splošno medicinsko izobrazbo imam lahko o vsaki stvari svoje mnenje in prepričanje, ki pa še zdaleč ni pravilno. Če se ozrem samo po krogu svojih znancev in prijateljev, bi marsikdo od nas glede na nekdanj pridobljeno znanje sploh ne bil več med živimi. Podcenjevanje včasih usodnih bolezni, ki so danes vsaj delno obvladljive, pa je posledica neznanja, kakšne zaplete lahko zdravljenje praviloma vedno prinese, včasih v ožjem, včasih v širšem razponu. Tudi v tem je jedro nekritičnosti v obvladovanju različnih specialnosti in subspecialnosti.

V našem prostoru bi morali večkrat razmišljati, katere stroke razvijati v enem samem centru (kar ne pomeni, da je to nujno Ljubljana) in katere je glede na zgornje postulate (prostorske zmogljivosti, oprema, stalna kadrovska zasedba – pri tej je še največ problemov, zagotovljeno minimalno število posegov brez selekcioniranja bolnikov glede zahtevnosti) primerno razvijati bi-, tri- ali multicentrično. Zaenkrat pri tem žal prevladuje lobiranje in ne strokovni argumenti.

Lahko mi marsikdo oporeka, da je na svetu več klinik s polidisciplinarnim pristopom:

- res je, vendar imajo desetletno ali stoletno tradicijo, ki bi jo radi pri nas na hitro ustvarili na plečih bolnikov,
 - res je, vendar jim racionalna logistika omogoča hitro posredovanje v primeru vseh morebitnih zapletov,
 - imajo ustrezno **lastno** prostorsko, kadrovsko, laboratorijsko, tehnološko opremo, ki je racionalno izkoriščena, zato so storitve cenejše.
5. Neracionalnosti. Vsak oddelek, ki se bolj ali manj intenzivno ukvarja z določeno problematiko, hoče obvladovati vso tehnologijo, ki je lahko zelo draga in še dražja ob omejenem številu preiskav. Marsikdo, ki ima nekaj več podjetniškega duha, moči in finančnih možnosti, si skuša zagotoviti širok razpon zahtevnih preiskav, ne glede na to, da bo morda nekatere potreboval le nekajkrat v letu ali celo enkrat v nekaj letih. Pri mnogih preiskavah imajo sicer zelo dragi reagenti omejen rok trajanja. Že iz tega je mogoče sklepati, da so take vrčičarske zahteve finančno škodljive. Tako početje je finančno iracionalno in razsipno. Celo v cenениh ameriških serijah je mogoče videti, da pošiljajo material za določene preiskave le v določene centre, kar zmanjšuje stroške preiskav.

Danes postaja moderna molekularna patologija in z njo povezana medicinska genetika. Pa imamo samo v Ljubljani najmanj 4 do 5 oddelkov oz. ustanov, ki se ukvarjajo z njo. Metoda je predvsem uporabna pri razumevanju etiopatogeneze določenih bolezni in tako posredno pomembna za genetsko svetovanje mladim zakoncem. Morda se motim, vendar se mi vseeno zdi, da mnogi medicinci, posebno starejše generacije, ne obvladajo dovolj te stroke, da bi jo znali tudi praktično uporabiti, dodatno pa mnogi biologi, ki se z njo ukvarjajo, ne poznajo dovolj

medicinskih problemov. Zato je včasih vprašljiva ustrezna uporaba te metodologije pri genetskem svetovanju, še posebno pri boleznih, s katerimi se redko srečamo.

Pri nas pa so te dejavnosti in logistika razdrobljene, zato so nekatere preiskave dražje kot v tujini in posegi na čakalni listi, prav tako že nekaj časa ni zadovoljiva ustrezna in dovolj kakovostna kontrola storitev – tu smo pred leti napravili velik korak nazaj. Razen klinično patoloških seminarjev so praktično povsem izumrle obravnave o nejasnih in nepričakovanih smrtih.

In še ena zadeva se mi zdi nesprejemljiva. V diagnostično-terapevtskem procesu nosi polno odgovornost lečeči zdravnik. Kljub temu marsikdaj ni zaželeno ali je celo prepovedano, da interno in predvsem javno zaradi vprašljivih (pol)uradnih direktiv ne sme izreči svojih pomislekov glede razmer in delovanja zdravstvene dejavnosti, predvsem ustanove, v kateri dela. Dvomim, da vodilni uslužbenci lahko pravno sprejemajo vso odgovornost za delo zdravnikov, verjetno si tega tudi ne želijo.

Iz navedenega si upam trditi: da je še kar nekaj rezerv, ki bi lahko pocenile zdravstvene storitve; da bi ustrenejša organizacija dela pripomogla k izboljšanju delovnih razmer v prid zdravstvenim delavcem in predvsem bolnikom; da bi morali organizacijske vzvode prepustiti tistim, ki jim je obzorje širše od lastnih interesov; da bi morali vztrajati pri taki zakonodaji, pri kateri ne bi bilo potrebno iskati včasih nujnih, vendar tudi dražjih obvodov itd.; da bi vsakdo delal predvsem tisto, kar najbolje zna v normalnem in racionalnem okolju, ne pa da išče svoje preživetje ali preživetje ustanove s heterogenimi storitvami. Na drugi strani pa ob zagotovljenih finančnih sredstvih nista produktivni pretirana samozavest in samozadostnost ter včasih lahko celo neproduktivna neskladnost s celotnim zdravstvenim sistemom. Argumentirano pretehtana celovita zdravstvena dejavnost je najboljši branik pred vsemi pretresi, individualistično razcepljena pa najbolj ranljiva in obvladljiva.

Nismo vsi Zoisi, ki bi se ukvarjali z gospodarstvom, naravoslovjem, mineralogijo, botaniko itd., pa še Zoisi pri svoji vsestranskosti ni bil le en sam! Žiga je bil res gospodarstvenik, naravoslovec, ornitolog in mineralog (po njem zoisit, afr. varianta tanzinit), z botaniko pa se je ukvarjal njegov brat Karl (po njem imenovane *Campanula zoysii*, *Viola zoysii*, tropske trave *Zoysia*).



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 9000 copies. Postage for the Journal Isis paid at the 1102 Ljubljana post office.

The name of the journal is by the Isis, an Egyptian goddess, of all the gods and goddesses. The legend describes her as both the sister and the wife of Osiris, the first king in history. Isis had healing powers. She could also give new life into the body with her wings. According to the legend, her power extended all over the world. Each person is a drop of her blood. She was considered as the founder of medicine. A detail on a granite sarcophagus of Ramses III from the XXth dynasty shows her as a symbolic picture. This image and her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people, the drops of blood from the goddess Isis.

The President of the Medical Chamber

Prim. **Gordana Kalan Živčec**, M. D.

gordana.kalan-zivcec@zzs-mcs.si

The vice-presidents of the Medical Chamber

Prof. **Mitja Košnik**, M. D., Ph. D.

Sabina Markoli, D. M. D.

The President of the Assembly

Uršula Salobir Gajšek, M. D.

The vice-president of the Assembly

Diana Terlevič Dabič, D. M. D.

Executive board of the Medical Chamber of Slovenia

The president of the Educational council

Prof. **Rafael Ponikvar**, M. D., Ph. D.

The president of the Professional medical committee

Prof. **Radovan Hojs**, M. D., Ph. D.

The president of the Primary health care committee

Assist. **Antonija Poplas Susič**, M. D., Ph. D.

The president of the Hospital health care committee

Prof. **Mitja Košnik**, M. D., Ph. D.

The president of the Dentistry health care committee

Sabina Markoli, D. M. D.

The president of the Legal-ethical committee

Prim. assist. **Danica Rotar Pavlič**, M. D., Ph. D.

The president of the Social-economic committee

Jana Wahl, M. D., M. Sc.

The president of the Private practice committee

Prim. assist. **Dean Klančič**, M. D.

Legal and General Affairs Department

Vesna Habe Pranjič, L. L. B.

Finance and Accounting Department

Nevenka Novak Zalar, B. Sc. Econ., M. Sc.

Health Economics, Planning and Analysis Department

Nika Sokolič, B. Sc. Econ.

Head of CME/CPD Activities

Mojca Vrečar, M. B. A.

Head of Postgraduate Medical Training,

Licensing and Registry Department

Tina Šapec, L. L. B.



Tasks

The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists. Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.

The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:

Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.

Maintaining a register of members and issuing membership cards.

Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.

Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.

Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.

Organising professional seminars, meetings and other types of professional medical development.

The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia.

Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.

Determining doctors' fees and

The Medical Chamber Of Slovenia

Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province. The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

participating in agreeing the prices of health care services.

Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.

Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional salaries.

Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.

Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.

Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.

Assisting members to find suitable locums during their absence.

Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.

Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.

Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.

Monitoring alternative methods of treatment.

Deterring prohibited and unacceptable medical practices.

Providing a free permanent consulting service to members.

Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.

