

ISIS







Foto: Andrej Zore

Še zadnja priložnost

V veliki večini ste se kolegice in kolegi na zadnjih volitvah odločili za spremembe v vrhu stanovske organizacije. Volilni cirkus ni bil nič kaj prijazen do udeležencev, še manj do vas volilcev. Stvari že presegajo meje dobrega okusa in v nadaljevanju bo potrebno razmisliti o nadaljnji usodi podobnih volilnih spopadov za zdravniški prestol. Preveč spominjajo na politične kampanje, preveč je obljub in prazne vsebine in predvsem domala prazne dvorane soočenj kandidatov. Še dobro, da smo slovenski zdravniki v drugem poskusu le uspeli zaključiti agonijo nesklepčnosti in tako dati ZZS še eno in morda zadnjo priložnost, da odigra svojo vlogo in poslanstvo, ki ji je bilo namenjeno ob njeni ustanovitvi. Rezultate volitev sprejemam kot veliko podporo in še večjo odgovornost. Bolj kot kaj drugega, se bojim izgube vašega zaupanja. Zato še enkrat zahvala za izraženo podporo.

Na zadnjo Skupščino ZZS smo se morali novoizvoljena ekipa povabiti kar sami. Ni in ni šlo s povabili,

kaj lahko bi se zgodila Skupščina brez novoizvoljene ekipe. In naposled veličasten trenutek. Več kot eno uro smo poslušali, kako dobro se je delalo do sedaj. Imenitni rezultati, sanjska ekipa, vse obljubljeno postorjeno. Vsem ljubečim zahvala, vsem razdiralcem odpuščanje. In še ti slednji, ki so sicer v večini, so se očitno zmotili na volitvah.

Če odmislimo zapuščino v tistem najbolj neprijetnem ozadju človeških razsežnosti, imamo Domus medica, sicer lepega videza. Morda nekoliko preveč stekla in marmorja, katerega kolegice in kolegi še ne sprejemate povsem za svoje domače stanovsko okolje. Tisto, kar bo v nadaljevanju dalo potrebno toplino hiši, je pristno sožitje vseh zdravniških organizacij, ki sestavljajo zdravniški dom. Iz tega razloga se je tudi rodila ideja o zdravniškem domu in kar 15 let smo hranili del članarine za ta namen. Vse več je interesnih skupin v zdravniški hiši in sodeč po razmišljanjih in željah kolegov stomatologov se bo prav kmalu pojavila nova.

UVODNIK

In tudi nič hudega ni to, le da bo prevladoval razum in strpnost pri vselej potrebnem usklajevanju v komuni.

Porazdelitev pristojnosti med zdravniškimi organizacijami je ključnega pomena za dobro počutje in trdnost *Domus medica*. Po nekaj razgovorih vodstev zdravniških organizacij so nakazane rešitve za odpravo vseh morebitnih nesoglasij, od stališč pri dogovarjanju za splošni dogovor, do različnih gledanj pri izvajanju javnih pooblastil v zvezi s specializacijami in licenciranjem. Zdravniške organizacije so enotnega mnenja, da mora »stroka« delovati po načelih avtonomnosti in neodvisnosti v okviru najstarejše stanovske organizacije – SZD. Vsekakor bolj angažirano in učinkovito, kot se to dogaja znotraj sedanjih RSK, in z višjimi etičnimi standardi. Nedelujoča »stroka« je velika cokla razvoju slovenske medicine v bližajočih se časih ekonomskih restrikcij in prilaganju slovenskega zdravstva novim razmeram. Tam, kjer zanesenjaško deluje, je nihče ne sliši. Stanje na tem področju je zaskrbljujoče, vsekakor slabše, kot je bilo pred 10 leti.

Zbornica mora kar se da hitro in premišljeno zaključiti nekatere postopke, ki so močno zaznamovali njeno podobo in tudi vseh nas. Postopkovne napake s tem v zvezi bo potrebno obžalovati in se opravičiti vsem vpletenim. Sodišča so že razsodila pred nami in še tečejo postopki. In kaj bomo končno rekli v stanovski organizaciji, kjer teče v zvezi s tem sila nenavaden postopek ugotavljanja večje strokovne pomanjkljivosti? Zanesljivo ne bomo nasledili teorijam o medijskem linču in žrtvovanju naše kolegice v ta namen, kakor tudi ne bomo prezrli dejstva, da gre za izjemno redek in zahteven primer diagnostike in neuspešnega zdravljenja v težavnih razmerah. Morda pa lahko tudi upamo, da je nesrečni dogodek pustil za seboj potrebne strokovno-organizacijske spremembe v dotičnih ustanovah, da do ponovitve česa podobnega ne more več priti.

Ne glede na bližnje odločitve upravnega postopka je že danes jasno, da takšno razreševanje spornih medicinskih postopkov nima prihodnosti. Razmišljanja in ukrepanja o odvzemu licence se morajo seliti pred kolegijske organe ZZS in zato so potrebne spremembe zakona o zdravniški službi.

Čas pred nami ni prav obetajoč glede razmer v zdravstvu. Nekaj prispeva svetovna kriza, še bolj politika brez idej v preteklem desetletnem obdobju. Monopoli in plačna uravnilovka na domači sceni močno zavirajo konkurenčnost zdravstva v EU. Le upamo lahko, da odliv dobro izobraženih domačih zdravnikov v svet ne bo prevelik, kakor tudi odhod domačih bolnikov v zdravstvene ustanove sosednjih držav. To slednje bi znalo močno zamajati domače zdravstvene finance.

Nova ekipa je deloma stara že preverjena, nekaj kolegov in kolegic prinaša potrebno svežino. Primopredaja je za nami, o njej boste obveščeni v naslednji številki. Problemov in težav na ZZS je veliko in o njih ni moč spregovoriti v tem uvodniku. Strategija dela Zbornice in posameznih Odborov je v pripravi in bo predstavljena Skupščini skupaj z obsežnimi posegi v sam Statut ZZS.

Po dolgem času ponovno pišem uvodnik. Spominjam se takih z veselimi in optimističnimi vsebinami, in tudi takih z bolj žalostnimi. Čas ni več naklonjen sajenju rožic, žalostnih napovedi se tudi radi izogibamo, zlasti v uvodnikih. Naj bo tudi tokrat tako in ostanimo pri preverjeni, realistični, a dolgočasni oceni razmer in pričakovanj v bližnji prihodnosti.

Z lepimi pozdravi

Andrej Možina



Impressum

LETO XXI., ŠT. 12, 1. december 2012
natisnjeno 9150 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

PRESEDNIK / PRESIDENT

prim. Andrej Možina, dr. med.

UREDNIŠTVO / EDITORIAL OFFICE

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

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

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

TEHNIČNA UREDNICA, LEKTORICA / EDITOR, REVISION

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

UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI / EDITORIAL BOARD AND JOURNALISTS

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

TAJNICI UREDNIŠTVA / SECRETARY

Marija Cimperman
Slavka Sterle

OBLIKOVANJE / DESIGN

Andrej Schulz, Primož Kalan
VisArt studio, Ljubljana

RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN PRIPRAVA ZA TISK - DTP

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

TRŽENJE / MARKETING

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

TISK / PRINTED BY

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

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

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

Navodila avtorjem

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

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

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

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

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

Poročila s strokovnih srečanj

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

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

Nekrologi

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

Izjava uredništva

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

Letna naročnina

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

ISIS

Sodelovali

Dušan Baraga, dr. med., Zdravstveni
dom dr. Božidarja Lavrića Cerknica •
Prim. prof. dr. Elko Borko, dr. med.,
Maribor • **Monika Bračko**, dr. dent.
med., Zdravstveni dom dr. Adolfa
Drolca Maribor • **Vesna Cafuta**,
Centralna medicinska knjižnica •
Asist. mag. Tatjana Cvetko, dr. med.,
ZD Koper • **Prim. Marko Demšar**,
dr. med., Ljubljana • **Prof. dr. Eldar
M. Gadžijev**, dr. med., Preddvor
• **Milica Gregorič Kramberger**,
dr. med., Univerzitetni klinični
center Ljubljana, SPS Nevrološka
klinika • **Mag. Željko B. Jakelič**,
dr. dent. med., Zasebna ordinacija
Jakelič, Jesenice • **Prof. dr. Albert
Juteršek**, dr. med., Kamnik • **Prim.
Gordana Kalan Živčec**, dr. med.,
Zdravstveni dom Postojna • **Doc.
dr. Zalika Klemenc Ketiš**, dr. med.,
ZD Velenje • **Marina Klemenčič**,
univ. dipl. biokem., Fakulteta za
kemijo in kemijsko tehnologijo,
Ljubljana • **Prof. dr. Boris Klun**, dr.
med., Ljubljana • **Maša Knehtl**, dr.
med., Univerzitetni klinični center
Maribor, Klinika za interno medicino
• **Prof. dr. Miloš F. Kobal**, dr. med.,
Ljubljana • **Akad. prof. dr. Marjan
Kordaš**, dr. med., Ljubljana • **Prim.
izr. prof. Pavle Kornhauser**, dr.
med., Ljubljana • **Prim. Mojca Kos
Golja**, dr. med., Ljubljana • **Doc. dr.
Pavle Košorok**, dr. med., Iatros – dr.
Košorok, d. o. o. • **Prim. doc. dr.
Nevenka Krčevski Škvarč**, dr. med.,
Univerzitetni klinični center Maribor
• **Prim. mag. Slavica Lahajnar
Čavlovič**, dr. med., Onkološki inštitut
Ljubljana • **Rok Maček**, dr. med., ZD
Celje • **Mag. Nina Mazi**, dr. med.,
Ljubljana • **Prim. Andrej Možina**, dr.
med., Zdravniška zbornica Slovenije
• **Mag. Dušan Nolimal**, dr. med.,
Inštitut za varovanje zdravja RS •
Prim. Marjeta Potočnik, dr. med.,

Zavod RS za transfuzijsko medicino,
Ljubljana • **Asist. dr. Tanja Premru
Sršen**, dr. med., Univerzitetni klinični
center Ljubljana, SPS Ginekološka
klinika • **Nada Puharič**, dr. dent.
med., ZOP NADA, d. o. o., Ljubljana
• **Mag. Martin Rakuša**, dr. med.,
Univerzitetni klinični center Maribor
• **Andrej Rant**, dr. dent. med.,
Ljubljana • **Prof. Vildana Repše**,
Glasbena šola Tartini, Ljubljana
• **Stanka Ritonja**, dr. dent. med.,
Osnovno zdravstvo Gorenjske, ZD
Škofja Loka • **Dr. Andrej Robida**, dr.
med., Bled • **Prim. doc. dr. Danica
Rotar Pavlič**, dr. med., Zdravniška
zbornica Slovenije • **Prof. dr. Tomaž
Rott**, dr. med., Ljubljana • **Gorazd
Sajko**, dr. dent. med., Zdravstveni
dom dr. Adolfa Drolca Maribor
• **Prof. dr. Dušan Sket**, dr. med.,
Ljubljana • **Ksenija Slavec**, študentka
medicine na MF v Ljubljani • **Prof.
dr. Igor Švab**, dr. med., Univerza v
Ljubljani, Medicinska fakulteta •
Diana Terlevič Dabič, dr. dent. med.,
DIDENT, d. o. o., Škofja Loka •
Prim. dr. Iztok Tomazin, dr. med.,
Osnovno zdravstvo Gorenjske, ZD
Tržič • **Prof. dr. Janez Tomažič**, dr.
med., Univerzitetni klinični center
Ljubljana, Klinika za infekcijske
bolezni in vročinska stanja • **Prim. dr.
Alenka Trop Skaza**, dr. med., Zavod
za zdravstveno varstvo Celje • **Gregor
Veninšek**, dr. med., Univerzitetni
klinični center Ljubljana, Bolnišnica
dr. Petra Držaja, Center za vojne
veterane • **Prof. dr. Vito Vrbič**, dr.
dent. med., Ljubljana • **Prof. dr.
Zvonka Zupanič Slavec**, dr. med.,
Medicinska fakulteta Univerze v
Ljubljani, Inštitut za zgodovino
medicine



Avtor logotipa: Primož Kalan
Oblikovanje naslovnice: Andrej Schulz

Kazalo

■ UVODNIK

Še zadnja priložnost 3
Andrej Možina

■ ZBORNICA

Seminarji in delavnice za člane
Zdravniške zbornice Slovenije 8
Razpored seminarjev in prijave 12

■ IZ EVROPE

Vjesnik dentalne medicine 3-4/12 14
Vito Vrbič
Evropske zdravniške zbornice so sestankovale v Zagrebu 15
Boris Klun
Kaj pa plače zdravnikov v Sloveniji? 16

■ ZDRAVSTVO

Kriminalizacija človeških napak v zdravstvu 17
Andrej Robida
Poročilo o sistematskih
zobozdravstvenih pregledih 2011/2012 23
Monika Bračko, Gorazd Sajko

■ FORUM

Odgovor na odgovor 26
Pavle Kornhauser
Novinarji in zdravstvo 26
Marko Demšar
Odstop, ki bi bil samo znamenje poraza 3 27
Gordana Kalan Živčec
Popravek neresničnih navedb v
Dnevnikovem članku »Končuje se
burno obdobje Gordane Živčec Kalan« 27
Nada Puharič
Downshifting – koristi za posameznika in družbo 28
Tomaž Rott
Božično voščilo 29

■ INTERVJU

Revija Zdravstveno varstvo je s pridobitvijo faktorja
vpliva dosegla pomembno mednarodno uveljavitev 31
Danica Rotar Pavlič

■ IZ ZGODOVINE MEDICINE

Razvoj pediatrije in otroške bolnišnice v Ljubljani 34
Zvonka Zupanič Slavec
Centralni otroški dispanzer v Ljubljani 41
Zvonka Zupanič Slavec

■ OBLETNICA

Prof. dr. Marjan Pajntar,
dr. med., dipl. psih. – osemdesetletnik 48
Tanja Premru Sršen
Ciril Pleško, dr. dent. med. – osemdesetletnik 49
Diana Terlevič Dabič, Stanka Ritonja

■ ZANIMIVO

Veliko priznanje Slovenskega
zdravniškega društva prim. prof. Erihu Tetičkoviču 51
Martin Rakuša
Strokovni sestanek MHS SZD in ZDZZKS in
100-letnica smrti dr. Josipa Vošnjaka 52
Elko Borko
Dr. Josip Vošnjak – zdravnik, pisatelj in narodni buditelj 54
Elko Borko
Informacije ne poznajo meja ali »just don't
stop asking questions« 57
Vesna Cafuta
Z dežja pod kap: v zdravem ali v zdravo 59
Albert Juteršek

■ MEDICINA

Izšel je nov učbenik Družinska medicina 60
Danica Rotar Pavlič, Igor Švab
Hemovigilanca v Sloveniji v letu 2011 61
Marjeta Potočnik

Revščina je najpoglavitejši vzrok za nižjo precepljenost v ZDA, skrbi naraščanje oslovskega kašlja 67
Alenka Trop Skaza

Tečaj »Novi pristopi k učenju kakovosti v stalnem podiplomskem izobraževanju zdravnikov družinske medicine« 68
Rok Maček, Zalika Klemenc Ketiš

Kognitivni dan 69
Milica Gregorič Kramberger

Invazivni postopki zdravljenja bolečine 70
Slavica Labajnar Čavlovič, Nevenka Krčevski Škvarč

Novosti pri diagnostiki in zdravljenju kronične vnetne črevesne bolezni 73
Tatjana Cvetko, Dušan Baraga

Kongres Evropskega združenja za koloproktologijo – Dunaj 2012 75
Pavle Košorok

8. kongres evropskega združenja za geriatrično medicino 76
Gregor Veninšek

Prva mednarodna konferenca o dobrem počutju prebivalcev mest ter zaposlenih na delovnih mestih 78
Dušan Nolimal

19. poletna nefrološka šola v Budimpešti 81
Maša Knehtl

■ S KNJIŽNE POLICE

Črt Kanoni: Moj oče, psihiater Kanoni 83
Miloš F. Kobal

Mariano Rugale, Miha Preinfalk: Blagoslovljeni in prekleti 84
Marjan Kordaš

Christopher McDougall: Skrito plemo, ultratekači in največja tekma, ki je svet ni videl 86
Nina Mazi

Dean Karnazes: Ultramaratonec. Izpovedi neustavljivega nočnega tekača 88
Nina Mazi

■ STROKOVNA SREČANJA 90

■ MALI OGLASI 98

■ ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

49. tradicionalno srečanje slovenskih in hrvaških upokojenih zdravnikov 100
Mojca Kos Golja

Nastopa orkestra »Camerata medica« v poletju 2012 104
Pavle Košorok, Marina Klemenčič, Vildana Repše
Ko harmonija glasbe in slikarstva vzame dih 106

Ksenija Slavec
Drevo 110
Andrej Rant

Vem, o vem za vse 110
Andrej Rant

Lisica 110
Andrej Rant

Utrinki 110
Tomaz Rott

Kratki aforizmi v beli halji z geografskim poreklom 111
Janez Tomažič

Zadnja majska sobota 111
Iztok Tomazin

Tradicionalni pohod na Okrešelj 116
Željko B. Jakelič

Generacija medicincev, ki smo se na fakulteto vpisali leta 1962, je proslavila 50-letnico vpisa 117
Dušan Sket

Literarno kolesarjenje v poletju 2012 118
Marjan Kordaš

■ ZAVODNIK

Tako razmišljam o tem našem času 121
Eldar M. Gadžijev

Seminarji in delavnice za člane Zdravniške zbornice Slovenije

Februar

Nujna medicinska pomoč za ekipe v zobozdravstvu (delavnica)

Namen tečaja je, da osveži in obogati znanje in veščine s področja temeljnih postopkov oživljanja in defibrilacije ter prepoznavanja in pravičnega ukrepanja ob nekaterih nujnih stanjih (tujki v zgornjih dihalih, akutni koronarni sindrom, akutna možganska kap, motnje zavesti, anafilaktična reakcija).

Tečaj je namenjen doktorjem dentalne medicine in njihovim timom.

Tečaj obsega:

- predstavitev vzrokov za nenaden zastoj življenjskih funkcij,
- prepoznavo zastoja življenjskih funkcij,
- pravilno ukrepanje ob zastoj življenjskih funkcij (temeljni postopki oživljanja in uporaba avtomatskega defibrilatorja),
- uporabo pripomočkov pri oživljanju
- skrb za varnost in uporabo zaščitnih sredstev pri oživljanju,
- shema aktivacije službe nujne medicinske pomoči,
- predlog seznama opreme, ki se uporablja za nujna stanja,
- reševanje zapletov, ki se pojavljajo med oživljanjem,
- prepoznavanje in ukrepanje ob tujkih v zgornjih dihalih, akutnem koronarnem sindromu in akutni možganski kapi,
- prepoznavanje, najpogostejši vzroki in ukrepanje ob nenadnih motnjah zavesti,
- prepoznavanje in ukrepanje ob anafilaktičnih reakcijah.

Tečaj je sestavljen iz teoretičnega in praktičnega dela, ki sta prilagojena posebnostim obravnave nujnih stanj v zobni ambulanti. Praktični del je sestavljen iz vaj na modelih in ravnanja z opremo. Simulacija primerov je pripravljena tako, da predstavimo primer pacienta v zobni ambulanti, zobozdravnik in njegova medicinska sestra pa morata pravilno ukrepati. Ostali opazujejo dogajanje, na koncu sledi analiza ter ocena pravilnosti ukrepanja.

Tečaj vodi mag. Mitja Mohor, dr. med., spec. splošne in urgentne medicine, vodja službe NMP ZD Kranj s sodelavci.

Februar

Komunikacija in razumevanje drugačnosti (seminar)

Seminar je namenjen zdravnikom in zobozdravnikom, ki želijo osvojiti veščine komuniciranja, ter v nadaljevanju v obliki štirih delavnic nudi tudi **training 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 življenja. 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.

Marec

Kako rečem »NE« brez občutka krivde (delavnica)

Kdaj prijaznost postane ustrežljivost in z njo škodimo sebi?

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

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

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

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

Februar

Verbalna in neverbalna komunikacija (delavnica)

Udeleženci delavnice bodo vadili osnove komunikacije: jasno izražanje in tehnike aktivnega poslušanja ter razumevanja sporočil. Seznanili se bodo tudi z miselnimi programi – prepričanji, ter se naučili, kako jih prepoznavamo in kako jih spremenimo.

Cilji delavnice so:

- trening razumevanja sporočil,
- trening korakov aktivnega poslušanja,
- trening načinov jasnega izražanja,
- prepoznavanje in obvladovanje čustvenih odzivov,
- razumeti, da si z mislimi sami kreiramo prihodnost, in
- razumeti, da imamo vpliv na misli, ter zavestna izbira naravnosti (občutkov) – trening tehnike.

Marec

Učinkovito reševanje konfliktov (seminar)

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 seminarja se bodo naučili, **kako uspešno razreševati konfliktne situacije**. Ozavestili si bodo tudi, katere strategije zavzemamo v konfliktnih situacijah. Cilji seminarja so: trening strategij reševanja konfliktov, konfrontacija s sogovornikom, trening odstranjevanja ovir pri doseganju soglasja, prikaz in trening tehnike odpravljanja notranjih (osebnih) konfliktov.

Marec

Konfrontacija – doseganje soglasja (delavnica)

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

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

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

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

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

Februar

Januar

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.

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, multikompenzacija, financiranje v zasebni dejavnosti, nadzori in inšpekcije ter drugo. Podroben program bo objavljen v naslednji številki revije Isis in na spletnih straneh zbornice.

Vtisi udeleženca seminarja in delavnic o komunikaciji:

Željko Gajić, dr. dent. med.:

»Menim, da je bilo predavanje in obe delavnici izjemno poučno in da nam bodo zelo pomagali v naši prihodnosti, tako pri našem delu in odnosih s sodelavci in pacienti, kot tudi pri naši osebni rasti in odnosih do družine in prijateljev. Bilo mi je zelo všeč in prepričan sem, da se bom podobnih delavnic udeležil tudi v bodoče.«

V pripravi

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 psihosocialni 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>	februar: 13. 2. 2013	9.00–16.00	na spletu	predvidoma 5,5
2.	Verbalna in neverbalna komunikacija <i>(delavnica)</i>	februar: 14. 2. 2013	9.00–16.30	na spletu	predvidoma 6
3	Učinkovito reševanje konfliktov <i>(seminar)</i>	marec: 14. 3. 2013	9.00–16.30	na spletu	predvidoma 5,5
4	Konfrontacija – doseganje soglasja <i>(delavnica)</i>	marec: 15. 3. 2013	9.00–16.30	na spletu	-
5	Kako rečem »NE« brez občutka krivde <i>(delavnica)</i>	marec: 21. 3. 2013	9.00–16.00	na spletu	-
6	Specializirani intenzivni tečaj slovenskega jezika za zdravnike in zobozdravnike	datum do objavljen kasneje	17.00–20.30	na spletu	-
7	Seminar o utrujenosti	v pripravi	9.00–16.00	na spletu	v postopku
8	Spori na delovnem mestu in zakaj je koristna mediacija	februar: 15. 2. 2013	9.00–16.00	na spletu	5
9	Mediacijske veščine in mediator v zdravstvu <i>(delavnica)</i>	marec: 7. 3.–5. 4. 2013 (vsak četrtek in petek)	9.00–16.00	na spletu	5
10	Nujna medicinska pomoč <i>Delavnice za ekipe v zobozdravstvu</i> <i>Program in informacije najдете na zbornični spletni strani</i>	december: 8. 12. 2012 februar: 16. 2. 2013	8.00–15.30	<i>mic@zsz-mcs.si</i>	8

Svoja vprašanja in predloge lahko pošljete na: mic@zsz-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>



Vjesnik dentalne medicine 3-4/12

Vjesnik dentalne medicine izdava Hrvatska komora dentalne medicine (HKDM).

Iz vsebine:

Strokovni članki

- M. Soldo, M. Stipetić Mravak: Suha usta

Avtorja v članku obravnavata mehanizem nastanka sline, vzroke, klinično sliko, testiranje in zdravljenje kserostomije.

- V. V. Boras, M. R. Knežević: Orofacialna granulomatoza

Avtorici omenjata pogostnost, diagnostiko in terapijo omenjene granulomatoze.

- V. Lajnert: Uporaba okluzijske, pozicijske plošče (splint)

V članku najprej navaja pet teorij o pomembnosti oz. učinkovitosti okluzijske plošče, nakar opozarja na pravilen izbor le-te pri zdravljenju čeljustnega sklepa.

- I. Miletić, I. Anič, I. Bago, A. Baraba: Stekleno-ionomerni cementi

Avtorji najprej obširno in poglobljeno obravnavajo njihovo kemično sestavo in fizikalne lastnosti, proces strjevanja in vezanja na zobno substanco. Omenjajo tudi proces odpuščanja fluoridov iz njihovega sestava (karies), ne omenijo pa možnosti škodljivega vpliva teh cementov na zobno pulpo (metakrilat). V zvezi s tem naj omenim pred leti v ta namen organiziran kongres (Ženeva), kjer so strokovnjaki in raziskovalci zahtevali od proizvajalcev, da morajo v svojih prospektih opozoriti na omenjeni škodljivi učinek. To so proizvajalci nato nekaj časa upoštevali, nakar so to začeli opuščati.

- T. Dobbertin: Estetska rekonstrukcija zoba s kompozitom Kalore GS

Avtor navaja vse teoretične prednosti omenjenega kompozita ter klinični primer rekonstrukcije abradiranega zoba z njim.

- A. Zulijani: Luske iz keramike Cerinate

Avtorica najprej navaja razdelitev keramičnih materialov, nato pa prednosti keramike Cerinate za izdelavo lusk in klinične primere.

- T. Pezelj: Izdelava lusk iz HeraCeram

V članku navaja kemične in barvne lastnosti HeraCeram in v slikah predstavi faze izdelave štirih zgornjih sekalcev iz omenjenega keramičnega materiala.

- I. Puljić: Izdelava prevlek iz LS2 IPS keramike

Avtor opisuje tečaj za zobne tehnike v Futuri Dental iz Zagreba, v katerem je več udeležencev izdelalo isti pacientki prevleke na štirih zgornjih sekalcih iz omenjenega materiala, pacientka pa je končno izbrala njej všečne prevleke za cementiranje.

Preventiva

Obeležje svetovnega dneva ustnega zdravja 2012 v Komiži na Visu

Znano je, da HKDM prav vsako leto organizira to obeležje vedno na drug način in na drugem mestu. Medtem ko se je to zgodilo lani na Reki, je letos splitsko področno središče HKDM organiziralo (J. Bučan) zanimivo in odmevno obeležje v Komiži na otoku Visu. Ciljna skupina te preventivne akcije so bili otroci iz vrtca in šolarji od 1. do 4. razreda OŠ. Otroci in starši so bili seznanjeni s pomenom preventive in z vzdrževanjem ustne higiene. V akciji so sodelovali študenti in profesorji dentalne medicine iz Splita ter sponzorji Novodent, Apolonija, Albidus in CroDent.

Jubilejni 10. mednarodni kongres preventive v dentalni medicini v Šibeniku 14. in 15. septembra 2012

Kongres, na katerem je bilo okrog 300 udeležencev, je v povezavi z obeležjem svetovnega dneva ustnega zdravja organiziral predsednik splitskega področnega središča HKDM, N. Vidović, ki hkrati vabi na ponovno srečanje v letu 2013.

Projekt preventive kariesa v Osijeku in osiješko-baranjski regiji

HKDM je spodbudila obširen preventivni projekt, prvi na Hrvaškem, ki se je začel v Osijeku in je bil namenjen ustni higieni predšolskih in šolskih otrok. V tednu dni predavanj, delavnic in prikazov je imel množično udeležbo, saj ga je obiskalo 2.000 otrok, zadnji dan pa 10.000 otrok, staršev in



drugih meščanov. Organizatorji so hvaležni številnim medijem (časopisom, TV-hišam in radijskim postajam) za popularizacijo dogodka, ki naj bi se v prihodnosti razširil na širšo regijo.

Poročila o kongresih

4. Mednarodni regionalni kongres o implantatih (Competence in Implant Esthetics)

Zagreb, 21. in 22. septembra 2012

P. Kobler poroča, da je kongres potekal v organizaciji HKDM in Sanitaria dental, d. o. o., ki zastopa podjetje Straumann, enega največjih in najuspešnejših proizvajalcev dentalnih implantatov. Predavali so domači (A. Perković, M. Jakovac, I. Anić, I. Ristić in Z. Kovač) ter tuji predavatelji (iz Švice S. Hermann, vodja Inštituta dentalnih znanosti (DSI) v Zürichu in Inštituta Zuerich Periodontics, ter J. Kunkela iz Češke).

Obravnavane teme so se nanašale na:

- uporabo laserja v dentalni medicini,
- regenerativno parodontalno terapijo,
- odločitev med endodontskim zdravljenjem zoba ali vstavitvi-jo implantata,
- dileme v implantološko-protetični rehabilitaciji.

HKDM je v program vključila tudi predavanje V. Sriča, profesorja EF v Zagrebu: Zdravstvo in stomatologija v viziji > Hrvaška 2020 (hotel Esplanade, kjer je potekal kongres, je pogosto shajališče udeležencev različnih stomatoloških srečanj, pogosto tudi iz Slovenije. Tudi na tem kongresu, katerega sem se udeležil na povabilo prof. Z. Kaića, HKDM, jih je bilo nekaj).



Mednarodni kongres za etiko in zakonodajo v dentalni medicini – International Dental Ethics and Law Society

H. Brkić poroča, da je bilo na kongresu v Leuvnu, Belgija, od 22. do 24. avgusta 2012 preko 100 udeležencev iz 25 držav. Združenje obravnava na področju dentalne medicine etiko, deontologijo, zakonodajo in sodno medicino. Osnovne teme letošnjega kongresa so bile dentalni turizem, kontrola kakovosti, zdravljenje izven meja države in sodnomedicinski vidiki dentalne medicine. (Kongresa so se s Hrvaške udeležili H. Brkić in I. Čuković-Bagić s Stomatološke fakultete v Zagrebu in Z. Kaić iz HKDM, nihče pa iz Slovenije, ker menda sploh nismo včlanjeni.)

Prevedel in priredil Vito Vrbič

Evropske zdravniške zbornice so sestankovale v Zagrebu

Hrvaška zdravniška zbornica je septembra gostila sestanek evropskih zdravniških zbornic iz srednje Evrope in balkanskih držav, ki so predstavile svoje probleme in videnja v prihodnosti.

Na splošno je moč ugotoviti, da se večina zbornic, ki so bile ustanovljene po padcu političnih režimov pred dvajsetimi leti, bori z organizacijskimi problemi, s pomanjkanjem denarja, s pritiski politike in s stalnimi, ne vedno posrečenimi reformami.

Na drugi strani pa države z dolgotrajno tradicijo čutijo pomanjkanje zdravnikov ali pa se ubadajo z viški v bolniških blagajnah in razmišljajo, ali ne bi bilo koristno zmanjšati prispevkov (Nemčija).

Pomanjkanje zdravnikov in migracija: Avstrija potrebuje med 3.000 in 7.200 zdravnikov. Leta 2030 bi se to število utegnilo povečati na 30.000, če medicinske fakultete ne bodo povečale vpisa.

Romunija, ki ima s članstvom v EU lahek dostop na evropski trg, je največji izvoznik zdravnikov, v zadnjih dveh letih jih je emigriralo neverjetnih 4.000. To ne samo slabi državne finance, saj je denar za izobraževanje, tudi če morda ni dobro, vržen proč.

Po drugi strani pa se povečuje število zdravnikov, ki se bodo upokojili. Predstavnica Srbije je povedala, da je od skupnega števila zdravnikov (31.498) največja skupina (9.046) starih od 50 do 60 let, skupina pod 30. letom pa šteje vsega 880 zdravnikov. Kot glavni vzrok navaja povprečno plačo, ki naj bi znašala okrog 500 evrov.

Nekateri reformni ukrepi, kot so bili predstavljeni, so težko razumljivi, radikalni in govorijo o hudem pomanjkanju povezave med ministrstvi in zbornico.

Češki predstavnik je na primer govoril o normativih za majhne bolnišnice z eno operacijsko dvorano, kjer naj bi en zdravnik

oskrboval 60 postelj za urgentne bolnike, dodatno pa še 250 postelj za ostale. Ali pa. Kazen za kršitev zdravniške tajnosti znaša 40.000 evrov, za nepooblaščen vpogled v medicinsko dokumentacijo pa 20.000 evrov.

Albanski predstavnik je povedal, da se izvaja obsežna reorganizacija zdravstva. Zbornica je vsem ukinila licence in sedaj uvaja pravila za »kontinuirano izobrazbo zdravnikov in točkovanja izobrazbe in na tej osnovi naj bi se izdajale nove licence, ki bodo veljale pet let«. Kdor ne bo zadostil pogojem, bo moral opravljati izpit na medicinski fakulteti in če mu še tam ne bo uspelo, pred komisijo profesorjev iste fakultete.

Prim. doc. dr. Danica Rotar Pavlič je zastopala Zdravniško zbornico Slovenije s predstavitvijo dela pravno-etičnega odbora, kar se je smiselno vključevalo tudi v nadaljevanje sestanka, za okroglo mizo o »mediaciji kot alternativnem načinu reševanja sporov«. Njenemu prispevku so v uredništvu revije (L.N.) namenili največ prostora.

Vir: Liječniške Novine, oktober 2012

Boris Klun

E-naslov: boris.klun@gmail.com



Kaj pa plače zdravnikov v Sloveniji?

V letošnji dvojni številki revije Isis (št. 8-9, 1. avgust 2012) je bil na strani 15 objavljen povzetek članka iz avstrijske revije Österreichische Ärztezeitung (št. 10, 25. maj 2012) z naslovom Reforma plač v Vorarlbergu: Konkurenca s strani sosedov, ki ga je pripravil akad. prof. dr. Marjan Kordaš. Ti podatki verjetno kažejo t. i. »razred velikosti« zdravniških plač v teh deželah.

Za primerjavo objavljamo podatke o plačah zdravnikov in zobozdravnikov v Sloveniji, ki zdravnikom in zobozdravnikom pripadajo po kolektivni pogodbi za zdravnike in zobozdravnike v RS. Prikazano je bruto plačilo za polni delovni čas (brez

plačila dežurne službe in nadur). Prikazano bruto plačilo tudi ne vključuje dodatkov. Se pravi, slednji podatki kažejo »razred velikosti« zdravniških plač v Sloveniji.

Zdravniška zbornica Slovenije in tudi ostale ustanove (Fides, ZZZS, Ministrstvo za zdravje RS) nimajo podatkov o dejanskih povprečnih plačah zdravnikov in zobozdravnikov, prav tako ni podatkov o povprečnih plačah zdravnikov in zobozdravnikov, ki bi vključevale plačilo dežurne službe in nadur.

Podatke za Slovenijo je pripravila vodja oddelka za zdravstveno ekonomiko, plan in analize Nika Sokolič, univ. dipl. ekon.

	Slovenija				Vorarlberg, Avstrija	Južna Nemčija	Vzhodna Švica
	Plačni razred	Mesečna bruto plača	Letna bruto plača		Letna plača	Letna plača	Letna plača
Zdravnik specializant II (2-4 leta)	37-52	1.807-3.255 €	21.687-39.058 €	Turnusni zdravnik v drugem letu izobraževanja	Skoraj 39.000 €	52.100 €	80.200 €
Zdravnik specializant III (4 leta in več)	38-53	1.880-3.385 €	22.555-40.620 €				
Zdravnik/zobozdravnik brez specializacije z licenco	40-55	2.033-3.661 €	24.396-43.935 €				
Zdravnik specialist III	42-57	2.199-3.960 €	26.386-47.520 €	Zdravnik specialist, mlajši od 45 let	73.400 €	98.800 €	139.700 €
Zdravnik specialist IV	43-57	2.287-3.960 €	27.442-47.520 €				
Zdravnik specialist V/VI	45-57	2.473-3.960 €	29.681-47.520 €	Zdravnik specialist, star 55 let	82.700 €	98.800 €	154.000 €

Kriminalizacija človeških napak v zdravstvu¹

Rešitev ali poguba za paciente?

Andrej Robida

»Največja ovira za preprečevanje napak v zdravstveni dejavnosti je kaznovanje ljudi za človeške napake«.

Lucian Leape, Harvard School of Public Health

»Ključ za izboljšanje varnosti pacientov in naše lastne je v naših rokah in ni res, da je morda zelo malo narobe«.

Andrej Robida, Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave

I Uvod

Varnost pacientov ni, kar večina izmed nas misli, da je. Ni tisto, kar smo vedno delali in še vedno počnemo. Varnost pacientov je najbolj pomembna sprememba v zdravstvu, ki se je pričela okrog leta 1990. To se na škodo pacientov in nas samih ni zgodilo v Sloveniji. Gre za novo uporabno znanost, ki je za vedno spremenila obraz sodobne medicine. Pri nas na te spremembe še čakamo.

Zdravstveno oskrbo lahko izboljšujemo le, če se zavedamo, da njena kakovost in varnost ne sloni samo na ramenih zdravstvenih strokovnjakov, ampak je v veliki meri odvisna od tega, kako so stvari v zdravstveni ustanovi urejene ali neurejene, in od poznavanja načinov, kako uspešno reševati vsakdanje probleme. Tako je uspeh zdravljenja pacientov odvisen od več prvin: pacienta samega, zdravstvenih in nezdravstvenih strokovnjakov, ki delajo v zdravstvu, nalog, ki jih je treba opraviti, delovnega okolja, orodij in tehnologij, ki jih uporabljamo, zunanjih dejavnikov in povezanosti med temi prvinami (Robida, 2013). Vsako od teh prvin in povezave med njimi je moč meriti z namenom, da ugotovimo, ali so skladne z najboljšimi praksami, standardi in normami (Robida, 2009a).

Kljub napredku tehnologije in vedno večjega znanja, bo zdravstveni sistem še vedno slonel na ljudeh. Za zdravstveno osebje so delovne obremenitve vedno večje, kar povzroča stres in utrujenost. Razvoju je vedno težje slediti in delajo se nove stvari, velikokrat z minimalnim ali celo nikakršnim usposabljanjem. Kompetence in pooblastila se med poklicnimi skupinami spreminjajo. Na kratko, okolje, kjer se odvija zdravstvena obravnava, je zrelo za razvoj problemov, ki jih povzročajo sistemske pomanjkljivosti.

Približno 80 odstotkov varnostnih incidentov ima vzroke v sistemih in procesih (Leonard, 2004). Če smo še tako veliki strokovnjaki, če se še tako trudimo, to ne more preprečiti nastajanja napak v vedno bolj kompleksnih sistemih. Napake se bodo

dogajale. Ključnega pomena je oblikovanje sistemov in procesov tako, da čeprav se bo napaka zgodila, ne bo dosegla pacienta.

2 Napake v zdravstveni dejavnosti

Napaka je neuspeh načrtovanih dejanj za doseg cilja (Reason, 1997). Napake so lahko *tehnične*, kjer gre za pomanjkljivosti aparatov ali potrošnega materiala, ali pa zaradi človeške pomanjkljivosti. Tehnične napake so v današnjih časih redke. Človeška napaka je sociološko poimenovanje, ko posamezniku pripišemo napako, in gre za splošno strinjanje o tem, kaj naj bi posameznik naredil drugače, kot je naredil ter je tako *nenamerno* povzročil ali bi lahko povzročil nezaželen izid. Razumemo jo kot človeško dejanje ali vedenje, ki nenamerno odstopa od pričakovanih dejanj ali vedenja. Sem spadajo spodrsrljaj, lapsus in zmote (Robida, 2009b). To niso pravniški pojmi, ampak psihološki in opisujejo delovanje človeških možganov. Človeške napake lahko nastanejo kot dejanje storitve ali opustitve (na primer napaka izvedbe: predpis napačnega zdravila; napaka opustitve: neizvedba neke potrebne preiskave).

Značilno za napako je, da ni namerna. Pri človeških napakah posamezniki žele napraviti stvar dobro, a delajo v nepopolnem sistemu, ki ima polno latentnih pomanjkljivosti in napak.²

V drugih človeških dejavnostih govorimo, denimo, o železniški nesreči, prometni nesreči, letalski nesreči, balonarski nesreči in podobno. To je pomembno zaradi tega, da se nesrečo razišče brez pristranskosti. V zdravstvu pa tako medicinska kot pravna znanost govorita o *zdravniški napaki* ali napaki medicinske sestre ali o *strokovni napaki* in ti izrazi že *a priori* okrivijo zdravnika, medicinsko sestro ali drugega zdravstvenega strokovnjaka. Ta poimenovanja so prevzeli tudi mediji in druge javnosti. Že pred mnogimi leti je profesor Milčinski (1982) govoril o nesrečah pri zdravljenju³, kar bi bil primeren izraz in bi šele analiza pokazala, kaj so bili vzroki za nesrečo.

Pomembno je tudi povedati, **kaj napaka ni.** Napaka ni namerno dejanje, ki ima namen škodovati pacientu (zlonamerna kršitev),

² *Latentne napake* in pomanjkljivosti so vrzeli v varovalih, ki so ustvarjene nezavedno in so rezultat predhodnih odločitev načrtovalcev, regulatornih teles in menedžerjev v sistemu. Te luknje so v vseh kompleksnih tveganih sistemih, ker odločevalci ne morejo napovedati vseh možnih scenarijev delovanja sistema ali procesa (5 Reason 1997). Posledice teh odločitev se ponavadi pokažejo šele čez daljši čas. Nekateri jih imenujejo tudi nevarna stanja in zajemajo lahko opremo in potrošni material, posameznike, time, naloge, organizacijske dejavnike itd.

³ Tu je mišljeno zdravljenje v najširšem pomenu in ne pomeni samo terapevtskih posegov ali drugih terapij.

¹ Prispevek je bil predstavljen in objavljen v zborniku 5. Boškinovih dni: Trajnostni razvoj na področju kakovosti in varnosti v Kranjski Gori 20. in 21. septembra 2012. Članek je nekoliko prirejen.

in tudi ne lahkomišelnost kršitev pravil, ali neprofesionalno obnašanje. To razločevanje je ključno, če želimo delati v zdravstveni ustanovi in državi, ki je zavezana k pravični kulturi, kar Slovenija pri obravnavanju napak ni. Dejavanja z namenom škodovati pacientom so redka in predstavljajo področje, kjer so disciplinski ukrepi in/ali kaznovanje upravičeni.

3 Zakaj je merjenje in sporočanje odklonov in napak pomembno?

Brez merjenja ne vemo, kako delamo, ne vemo, kakšni so rezultati našega dela. Prav tako brez merjenja napak in skorajšnjih napak⁴ ne moremo izboljšati svojega dela, dela tima, oddelka ali ustanove. *Edini namen merjenja in sporočanja napak je izboljševanje izidov za pacienta in v primeru škodljivih dogodkov zaradi napak njihovo preprečevanje.* Vendar velja opozoriti, da se pri preprečevanju napak ne smemo zadovoljiti samo z odpravljanjem tistih napak, ki jih osebe sporoča, ampak moramo zdravstveno prakso izmeriti s pomočjo presoje lastne zdravstvene prakse in drugih presoj. Postopek presoje lastne zdravstvene prakse je obsežno opisan tudi v slovenski literaturi, a se malo uporablja. Brez ciljne presoje lastne zdravstvene prakse preboja za izboljševanje kakovosti in varnosti ne bomo dosegli (Robida, 2009a).

Do nedavnega je prevladovalo mnenje, da do napak v zdravstveni dejavnosti prihaja poredkoma. Javnosti so jih zaznale le kot senzacionalna medijska poročanja. Resnica je drugačna in do nje so se nekatere države prikopale s pomočjo raziskav, kjer niso več pomembna mnenja eminentov, ampak dejstva. Posledice škodljivih dogodkov so milijoni uničenih življenj po vsem svetu in razsipavanja milijarde evrov za podaljšane hospitalizacije, izgubo dohodka, invalidnosti in odškodninske tožbe (Vries, Ramrattan, Smorenburg, Gouma in Boermeester, 2008).

Pri nas raziskave o prevalenci napak na bolnišnični ali primarni ravni nimamo, čeprav se je raziskava o prevalenci napak v bolnišnicah resno načrtovala že pred več kot enim letom in se je zanjo usposobilo več kot dvajset raziskovalcev, je do sedaj zaradi birokratskih ovir in nedodelitve skromnih virov še ni bilo moč izvesti.

4 Kultura obtoževanja

Slovenija je ena izmed redkih razvitih držav, ki obravnava ljudi, ki so naredili človeško napako, kot hudodelce.

4 Skorajšnja napaka je napaka, ki bi lahko pripeljala do zdravstvene škode za pacienta, a do škode ne pride, na primer zaradi pravočasne ugotovitve napake in preprečitve možnih posledic za pacienta (25 Kristensen et al., 2007).

5 Škodljiv dogodek je nenameravana poškodba ali komplikacija, ki jo je povzročilo zdravljenje in ne narava same bolezni in ki je zahtevala podaljšano hospitalizacijo, povzročila invalidnost ali smrt ob času odpusta iz zdravstvene obravnave in bi se jo dalo, ali pa tudi ne, preprečiti (Veterans Health Administration, 2012; Boxwala et al, 2004). To pomeni, da vsak škodljiv dogodek še ni napaka. Lahko je tudi komplikacija. Pri tem moramo biti pošteni, ko jo razkrijemo pacientu in je nemoralno in neetično ravnati tako, da škodljivi dogodek zaradi napake pripišemo komplikaciji.

Vsem poznan scenarij je približno naslednji: Takoj po napaki zdravstveni strokovnjaki naredijo vse, kar je mogoče, da bi posledice napake omilili. Čeprav je prva žrtev neurejenih sistemov in procesov pacient in njegovi svojci, je druga žrtev zdravstveni strokovnjak, ker je prizadet zaradi škodljivega dogodka, ki ga je doživel pacient. To je še posebej travmatično, če gre za dolgotrajen odnos s pacientom. Naslednja negativna stvar, ki se mu lahko zgodi, so neupravičeni odkriti, še večkrat pa zakriti komentarji kolegov in osebja iz drugih poklicnih skupin (Wu idr. 1991).

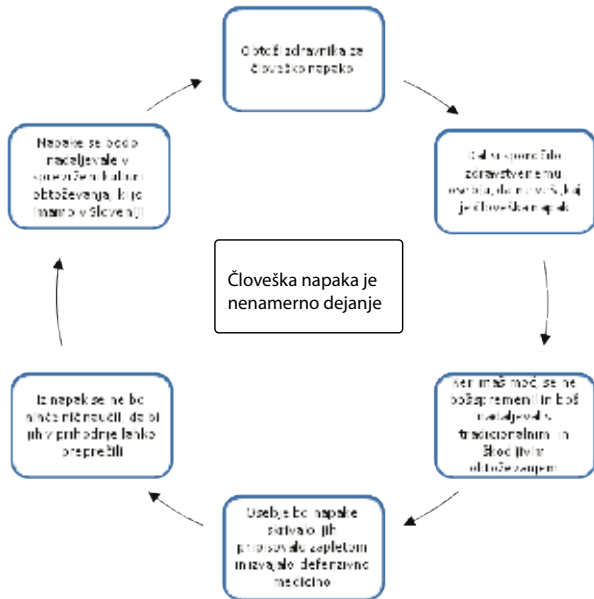
Sledi analiza napake, če je bila sporočena v sistem za sporočanje napak, v kolikor ga ustanova ima, ali če se je pritožil pacient in/ali svojci, ali če je bila napaka sporočena v nacionalni sistem sporočanja opozorilnih nevarnih dogodkov, ali če se je za napako izvedelo iz medijev. Analize pri nas ne znamo izvesti na podlagi znanstvenih dokazov o sistemskem in sistematičnem pristopu. Ponavadi izberemo dva strokovnjaka iz iste poklicne skupine, ki ji pripada tisti, ki se mu je zgodila napaka, in gledamo samo posameznika ter njegovo ravnanje primerjamo s standardom ali pravili te stroke. Ko se ugotovi, da se je zmotil ali da je bil nepazljiv, je za komisijo, ki analizira napako, konec zgodbe. Pri tem se zanemari vse druge okoliščine, ki so zdravstvenega strokovnjaka pripeljale do tega, da je ravnal, kot je ravnal. Tisti, ki analizirajo napako, se ne zavedajo, da je človeška napaka le simptom in ne vzrok zanjo. Ne poiščejo osnovnih vzrokov in prispevajajočih dejavnikov, ki bi, če bi jih razpoznali in odstranili, podobne napake v prihodnje lahko preprečili. Vzroki pa so največkrat prikriti v sistemih ali procesih zdravstvene obravnave (Vincent, Taylor-Adams, Chapman, Hewet, Prior in Strange, 2000; Derganc in Robida, 2012).

Naslednja stvar, ki se lahko zgodi, so dolgotrajne odškodninske tožbe in v našem pravnem sistemu tudi kazenske ovadbe, saj se človeške napake obravnavajo kot zločin.

Še preden se vmešajo v ugotavljanje krivde posameznika stanovske organizacije in sodstvo, so na potezi mediji. Poročila v medijih so taka, da napako pripišejo posameznemu zdravniku ali medicinski sestri ali drugemu zdravstvenemu strokovnjaku. Tiskanem medijem gre samo za zvišanje naklade, elektronskim pa za povečano gledanost. Obema gre torej za denar in jim niso mar ne pacienti, ki so utrpeli škodo za zdravje, ne zdravstveni strokovnjaki, ki so druga žrtev škodljivega dogodka zaradi napake in doživljajo mnoga podobna čustva kot pacienti in njihovi svojci (Scott, Hirschinger Cox, idr., 2009). Mediji s svojimi objavami utrjujejo pri ljudeh globoko zakoreninjeno sprevrženo željo po maščevanju, ki prispeva samo k napačnemu mišljenju, da ko je nekdo obtožen, je bilo s tem pravici zadoščeno. Kakšni pravici le, če je šlo za človeško napako?

Posledice tega nosijo tako bodoči pacienti kot prizadeti zdravstveni strokovnjaki, ki stvari niso naredili »zanalašč«.

Približno polovica zdravstvenih strokovnjakov poroča, da so se počutili kot druga žrtev (Aasland in Forde, 2005). Simptomi in znaki pri zdravstvenih strokovnjakih, ki smo jih obtožili za



Slika 1: Začarani krog obravnavanja človeških napak v zdravstvu v Sloveniji – napake obravnavajo zdravstvene ustanove, stanovska združenja in sodstvo na enak ali zelo podoben nepravičen način.

napako, so podobni tistim pri akutni stresni motnji, ki se kaže kot otopelost, anksioznost, odtujenost, depersonalizacija, zmedenost, depresija, agitiranost in podoživljanje dogodka. Poleg tega gre še za občutek sramote, krivde in dvoma o lastni sposobnosti (Schwappach in Boluarte, 2009). Prisotno je tudi pomanjkanje koncentracije, slab spomin in motnje pri opravljanju običajnih vlog. Simptomi lahko trajajo dneve in tedne. Nekateri trpijo dolgotrajne posledice, ki so podobne *posttravmatski* stresni motnji s podoživljanjem, z nočnimi morami, izogibanjem situacij, povezanih z dogodkom, motnjami spanja in razdražljivostjo (Waterman idr., 2007; Shanafelt idr., 2011). Nekateri zdravstveni strokovnjaki zapustijo poklic in celo naredijo samomor (Lander idr., 2006).

Analiza napak se morda zdi kakšnemu vodstvu zdravstvene ustanove, stanovskim organizacijam in pravosodnemu sistemu preprosta. Iščejo »gnila jabolka« ali »grešne kozle«. Nihče pa ne pogleda globokih lukenj v zdravstvenem in pravosodnem sistemu.

Da ne bi ostalo samo pri teoriji, si lahko prikličete v spomin sodno in parasodno ter medijsko obravnavanje primera tragične smrti Bora Nekrepa, ki bo čez nekaj let lahko služil kot učni primer slabe prakse analize škodljivih dogodkov zaradi napak.

4.1 Luknje v zdravstvu na področju varnosti pacientov

Metoda obtoževanja in sramotenja posameznikov, ki se tradicionalno in trdovratno uporablja v zdravstveni stroki za zmanjševanje škodljivih dogodkov zaradi napak, je *najneuspešnejši možen način njihovega preprečevanja*. Slabšega sistema enostavno ni. Človek se

čudi, zakaj se je tako držimo, kot da je to edini možni način izboljševanja varnosti pacientov, saj naj bi bili zdravstveni strokovnjaki inteligentni in visokoetični ljudje. A če pogledamo izobraževalni sistem na medicinskih fakultetah in mnogih visokih zdravstvenih šolah in fakultetah, in tudi specializacijo zdravnikov ter uvajanje v vsakdanje delo novih medicinskih sester ter drugih zdravstvenih strokovnjakov, vidimo, da je glavni poudarek na tehničnih veščinah in, kar se varnosti pacientov tiče, na opozarjanju o pozornosti, pazljivosti in osredotočenosti na naloge, za katere smo zadolženi. Tradicija obtoževanja posameznika se prenaša iz roda v rod, ker ni nikogar, ki ima dovolj vpliva, da bi jo prekinil. S tem ustvarimo prepričanje, da človeška napaka pomeni pomanjkanje znanja, profesionalnosti in pazljivosti. Vzrok leži v tem, da tisti, ki so odgovorni za izobraževanje zdravstvenih strokovnjakov, ne poznajo novega, sistematičnega in sistemskega, na znanosti slonečega pristopa k varnosti pacientov in obravnavi napak. Zato se ni čuditi, da 80 odstotkov zdravstvenih strokovnjakov čuti moralno sramoto, če so vpleteni pri napaki (Robida, 2004).

Neznanje o ravnanju z napakami in varnostjo pacientov obstaja tudi na ravni stanovskih organizacij. Ukrepi za odpravo napak so tako usmerjeni samo v posameznega zdravstvenega strokovnjaka. Te predpiše stanovska organizacija, s parasodnimi postopki (Živčec Kalan in Mežnar, 2010), kar ne sramoti samo konkretnega zdravnika, ampak vse zdravnike. Poleg neznanja pristopajo k temu nevarnemu početju morda tudi zato, ker se ne zavedajo sindroma ranljive organizacija (Reason, Carthey, de Leval, 2001), in pa tudi zato, ker morda ravnaajo podobno kot pravni sistem, ki kriminalistično preganja zdravstvene strokovnjake zaradi človeških napak, ki se končajo s škodo za pacienta. Mogoče je za tem ravnanjem tudi mišljenje (mišljenje še ni dokaz), da bodo tradicionalni in zastareli postopki v zdravstvenih ustanovah, stanovskih organizacijah in na sodiščih tako ustrahovali zdravstvene strokovnjake, da se bodo vseskozi tresli in s tem po nekem »zdravilskem« čudežu postali bolj pozorni, nikoli raztreseni, ne bodo ničesar pozabili, ne bodo nikdar neskrbni, se nikoli zmotili in bili vedno pazljivi, skratka perfektni. Morda je to način za doseganje našega skupnega cilja – preprečevanje napak s škodo za zdravje pacienta. O tem močno dvomim, saj prihaja zaradi takega nevarnega in zastarelega pristopa, ki ignorira znanost o varnosti pacientov, do vedno pogostejšega izvajanja defenzivne medicine in do skrivanja napak in posledičnega zaprtega začaranega kroga, neprebojnega za učenje (slika 1). Napak zaradi tega ne znamo preprečiti (Robida, 2010c). A luč na koncu tunela je zasvetila v nekaterih državah že pred več kot dvajsetimi leti, medtem ko pri nas še vedno tavamo v temi in se držimo kot pijanec plota zastarelega načina obravnave napak, ki ima vrhunec v kriminalističnem preganjanju ljudi zaradi nenamernega škodovanja pacientu – zaradi človeških napak.

4.2 Prepada v pravosodnem sistemu na področju varnosti pacientov

Naš pravosodni sistem zagovarja kriminalizacijo napak in za zdravstveno stroko so pomembne »zlasti inkriminacije, v katerih je kot storilec predvidena posebej kvalificirana oseba v svojem opisu prepovedanega ravnanja (med zakonskimi znaki

inkriminacije) pogosto navajajo kršitev pravil stroke« (Korošec, 2004).

Kazenski zakonik v svojem 179. členu inkriminira malomarno zdravljenje.

(1) Zdravnik, ki pri opravljanju zdravniške dejavnosti iz malomarnosti ravna v nasprotju s pravili zdravniške znanosti in stroke in tako povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje, se kaznuje z zapornom do treh let. (2) Enako se kaznuje

(a) zdravstveni delavec, ki pri svoji zdravstveni dejavnosti ravna v nasprotju s pravili stroke, pa pri tem povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje ali....

O ravnanju v nasprotju z zdravniško stroko lahko odločajo le strokovnjaki z medicinskega ali drugega zdravstvenega področja – medicinski izvedenci. To pomeni, da so izvedenci tisti, katerih mnenje se upošteva pri ugotovitvi, ali je nek zdravstveni strokovnjak ravnal v nasprotju s pravili medicinske stroke in znanosti (Korošec, 2009). Problem nastopi, ker se malo zdravstvenih strokovnjakov in medicinskih izvedencev zaveda, da ravnanje v nasprotju z zdravniško stroko skoraj brez izjeme pomeni, da gre za človeško napako, redkeje za rutinsko kršitev pravil, kršitev pravil z razlogom, lahkomiiselno ravnanje, in še redkeje za zlonamerno (naklepno) dejanje.

Malomarnost⁶:

26/I KZ-1)i – »storilec ne ravna s potrebno pazljivostjo, s katero po okoliščinah in osebnih lastnostih mora in je zmožen kaj storiti ali opustiti«.

Pri temeljni opredelitvi malomarnosti ni več zavestne in voljne sestavine, ampak se malomarnost opredeljuje kot *premajhna stopnja pazljivosti* pri ravnanju posameznika (Selinšek, 2009). Poleg tega se ne obravnava ravnanje, ampak posledice ravnanja. Če se mi zgodi napaka, ker sem se zmotil pri diagnozi in posledično pacienta tudi napačno zdravil, in se potem postavi pravilna diagnoza nekje drugje ter uvede zdravljenje skladno z diagnozo in pacient preživi, se ne zgodi nič. Ne dobim povratne informacije o tem, kako bi se zmoti v prihodnje izognil, večjemu neprofesionalno opazko pred starši, kakšen nesposobnež sem (da se milo izrazim). Če pacient umre, sem kriminallec in morda celo morilec.

Pravo ne razmišlja o preprečevanju napak na drugačen, na znanosti o varnosti pacientov osnovan način, ampak očitno meni, da bo s kaznovanjem posameznikov za človeško napako uredilo problem varnosti pacientov. Zato tudi ne čuti nobene potrebe po *dekriminalizaciji človeških napak in zaščite zaupnosti sporočanja napak in dokumentov, ki nastanejo pri sistematični analizi globljih vzrokov za napako*, ki se izvede znotraj zdravstvene ustanove, kot so to, na primer, naredili Danci (The Danish Act on Patient Safety, 2003) in Američani (Patient Safety and Quality Improvement Act, 2005). V večini držav

6 **Malomarnost je pravniški izraz** in se uporablja tako v civilnem kot kaznovanem pravu. Izraz se na splošno uporablja, kadar pacient utрпи škodljiv dogodek, ki ga je povzročilo zdravljenje, a ne spada med komplikacije.

v ZDA je malomarnost (angleško *neglect*) del civilnega prava. Ameriški odškodninski sistem ne dovoljuje kaznovanih sankcij za malomarno vedenje, ker ne gre za namerno povzročena dejanja. Malomarno vedenje vsebuje samo kompenzatorni koncept z namenom kompenzacije žrtve in ne kaznovanja tistega, ki je ravnal malomarno. Malomarnost se pri nas v škodo izboljševanja varnosti pacientov enači z nepazljivostjo, torej s človeško napako (lapsusom, spodrsrljajem in zmoto), medtem ko znanost o varnosti pacientov tega pojma ne uporablja oziroma ga razlaga s pojmi rutinske kršitve ali kršitve z razlogom. Kriminalna malomarnost (pri nas v pravu imenovana huda malomarnost) pa pomeni objektivno ugotovitev, da naj bi se oseba zavedala, da prevzema znatno in neupravičeno tveganje za povzročitev neželenega izida, kar v zdravstvu označujejo kot lahkomiiselno vedenje (angleško, *reckless conduct*). Tako do kriminalizacije napak ne prihaja, če je škoda za zdravje nastala kot posledica človeške napake (Model Penal Code (1962) Section 2.02. General Requirements of Culpability).

Škodljivo dejanje, povzročeno iz malomarnosti, naj bi bilo v zdravstvu prag za kompenzacijo pacienta in ne za kaznovanje, saj tisti, ki je ravnal malomarno (po našem kazenskem zakoniku zato, ker ni bil pazljiv), torej v tistih primerih, kjer so lapsus ali spodrsrljaj ali zmota vodili do škodljivega dogodka.

Ko se obsodi posameznega zdravstvenega strokovnjaka za »kriminalno dejanje«, to je za človeško napako, se javnostim pove, da je bilo pravici zadoščeno. Tako imamo vsi mir, do naslednje napake, ki se konča s smrtjo ali hudo škodo za zdravje pacienta, ker se na strani preprečevanja napak nič ne zgodi oziroma se dela velika škoda pacientom, zdravstvenim strokovnjakom in bolniški blagajni – torej nam vsem, ki plačujemo prispevke za zdravstveno zavarovanje. Pravici se seveda ne zadosti, saj kaznovanje posameznika, ki je opravljal svoje normalno delo v nepopolnem sistemu, ogroža pravico pacientov do varne zdravstvene obravnave, pravico zdravstvenih strokovnjakov, da delajo v urejenem okolju, in pravico ljudi do dostopnosti do zdravstvenih storitev.

S takim načinom obravnave napak smo pri nas zaradi neznanja o na dokazih utemeljenem sistemskem pristopu k varnosti pacientov in sistematičnem pristopu k analizi napak sprožili normalno človeško reakcijo – skrivanje napak, kjerkoli je to možno. Z zamolčanjem napake se ne bo nikomur nič zgodilo, pacient se ne bo pritožil, saj se mu običajno razloži, da se mu je le trenutno poslabšalo zdravje ali da je prišlo do zapleta. Analize napake tako ni in ne vmeša se nobena zunanja institucija. V letalstvu, kjer so se najprej lotili sistemskega pristopa k varnosti ob nesrečah, so na začetku tudi govorili o »pilotovi napaki« in pilote kaznovali z odvzemom licenc in podobno, če so ti nesrečo preživeli ali če se je nesreča končala brez škode ali če je šlo za skorajšnjo napako. Zato so se piloti začeli posluževati molka, znanega med mafijo kot »omerta«, kar pomeni »kodeks tišine«. To zapre ljudem usta in pomeni tudi nesodelovanje s pristojnimi za analizo dogodka (Dekker, 2007). Se sliši znano za sedanje ravnanje v slovenskem zdravstvu?

5 Pravična kultura

Pravična kultura je ozračje zaupanja, kjer ljudje vedo, da jih bodo obravnavali pravično in jim je jasno, kje je meja med sprejemljivim in nesprejemljivim delovanjem in obnašanjem. Je del celotne kulture varnosti. Pravična kultura pomeni, da se zavedamo, da usposobljeni zdravstveni strokovnjaki delajo človeške napake (lapsuse, spodrsaljaje in zmote), da se priznava, da bodo celo usposobljeni zdravstveni strokovnjaki razvili nezdrave norme, kot so rutinske kršitve in kršitve z razlogom, in da imamo ničelno toleranco do lahkomišelnega vedenja (Robida, 2010a,c).

Pravična kultura razločuje med človeškimi napakami, lahkomišelnim vedenjem⁷, kršitvami z razlogom⁸, rutinskimi kršitvami⁹ in zlonamernimi (naklepnimi) dejanji. V disciplinske postopke in kriminalistične obtožbe sodijo zlonamerna dejanja, kamor sodi tudi zloraba pacientov, škodljivi dogodki, ki jih je povzročil zdravstveni strokovnjak, ko je bil pod vplivom alkohola ali nedovoljenih substanc, in tisti, ki je zavedno ravnal lahkomišelnost z neupoštevanjem znatnega in nesprejemljivega tveganja in s tem povzročil pacientu škodo za zdravje. Vendar tudi v teh primerih velja poudariti, da je treba dogodek analizirati, saj so morda v vsakem takem dogodku skrite tudi latentne napake. Med disciplinske postopke pa sodi tudi neprofesionalno obnašanje. Pri analizi napak je že v samem začetku potrebno razločevati med temi dejanji, sicer bomo imeli vsako človeško napako za kriminalno dejanje in varnost pacientov popolnoma uničili, saj se bodo napake nadaljevala brez kakršnih koli izboljšav (Marx, 2001). Tako izgubljajo vsi, predvsem pacienti in zdravstveni strokovnjaki, ki so žrtve zastarelih in škodljivih postopkov. Na ugledu pa trpijo zdravstvene ustanove, stanovske organizacije in pravosodni sistem, saj se vedno več ljudi zaveda, da te ustanove delajo škodljivo za varnost pacientov.

Pomembno je tudi vedeti, da pravična kultura ni osnovana na resnosti posledic, ki so doletele pacienta, ampak se ozira na obnašanje, na primer, če nočemo uporabiti protokola »varna kirurgija« (Robida, 2008), to zahteva disciplinske ukrepe, čeprav zaradi tega ni prišlo do nobene škode za pacienta.

7 **Lahkomiselne kršitve in vedenje** je zavedno neupoštevanje velikega in neupravičenega tveganja ter zavedanja, da je velika možnost, da bo prišlo do škode. Vzrok temu je velikokrat vprašljiv in škoda je velikokrat pričakovana posledica, **vendar ni nameravana**. Posameznik postavlja svoj lasten interes pred interes pacienta; zaveda se, da je velika možnost za škodo za zdravje pacienta; odgovornost je v celoti na strani posameznika. Na lahkomišelnost vedenje je treba odreagirati z disciplinskimi ali kaznovalnimi postopki.

8 **Kršitve z razlogom** - Gre za občasne namerne odklone od protokolov ali postopkov, kjer je kršitev z dobrim razlogom. Tu gre velikokrat za dober namen, saj se s temi kršitvami lahko izognemo varnostnemu incidentu ali ga ublažimo. Imenujemo jih tudi potrebne ali situacijske kršitve, ker je to edina možna pot za rešitev problema in bi bilo delovanje skladno s pravili neprimerno za dano situacijo.lah

9 **Rutinske kršitve** - preskočimo nek korak v postopku. Gre za bližnjice v nekem procesu ali postopku, ki so lokalno sprejemljive ali pa so sprejemljive tudi za menedžment.

5.1 Načela pravične kulture

1. Osebe nima strahu niti drugih zadržkov za sporočanje odklonov in napak, tudi lastnih, a je zavezano tudi k poklicni odgovornosti.
2. Posameznik ni odgovoren za latentne napake v sistemu, na katere nima vpliva.
3. Človeške napake predstavljajo interakcijo med ljudmi in sistemi, v katerih delajo.
4. Spremenjena organizacijska kultura v zdravstvu in pravosodju, ki trdi, da so za vse napake odgovorni posamezniki.
5. Zaveštno kršenje in zanemarjanje jasnih tveganj za paciente je dosledno sankcionirano – lahkomišelnost ravnanje, kršitev profesionalnih norm, na primer ponarejanje zdravstvene dokumentacije, delo pod vplivom alkohola ali prepovedanih substanc, namerno neupravičeno škodovanje pacientom (Marx, 2001).

5.2 Zakaj je pomembno ustvariti pravično kulturo?

S pravično kulturo ustvarimo ozračje zaupanja. Zdravstveni strokovnjaki bodo sporočali odklone in napake, vključno z napakami brez škode za pacienta in skorajšnjimi napakami, ker bomo izgnali kulturo obtoževanja in strahu med osebjem in s tem omogočili, da postanemo učeča se organizacija. Z ustvarjanjem pravične kulture ustvarimo tudi sistem odgovornosti za nesprejemljivo vedenje in se zavemo, da je zaželeno preverjanje kompetenc ter notranje in zunanje presoje, in da bomo vedeli, da po končanju sistematične analize globljih vzrokov za napako lahkomišelnost in neprofesionalno vedenje in določene kršitve spadajo pod disciplinsko presojo. A pred tem se moramo soočiti z ovirami pri vzpostavljanju pravične kulture in jih odpraviti, ker bo samo želja po pravični kulturi zadržala status quo. Samo želja je premalo. S samo željo se ne bomo premaknili tja, kjer bi radi bili. Potrebna so osredotočena dejanja z uskladitvijo celotnega sistema varnosti pacientov z vsemi deležniki.

5.3 Ovire pri vzpostavljanju pravične kulture

Ovire so družbene in pravne, saj mora biti »nekdo kriv« za škodljivi dogodek. Pri tem pa zahtevamo odgovornost »za nazaj«. Odgovornost za »naprej« pomeni na področju varnosti pacientov vzpostavitev celotnega sistema varnosti pacientov. O odgovornosti za »naprej« se nikdar ne pogovarjamo, niti ni določena, saj bi ta lahko doletela vodstvo zdravstvenih ustanov, regulatorje in plačnike zdravstvenih storitev. Vodstva zdravstvenih ustanov skoraj brez izjeme dodelijo premalo virov za usposabljanje osebja za področje varnosti pacientov in vzpostavitev celotnega sistema varnosti. Težko se najde nekoga, ki bi imel dovolj spoštovanja in zaupanja med sodelavci, da bi vodil in vzdrževal sistem varnosti, in premalo je tudi interesa med osebjem za varnost pacientov. Tretja ovira je regulativa in problem nezaščiten dokumentacije, ki jo tisti, ki analizirajo napako, zberejo med analizo. Do nje ima dostop policija. In ko se to zgodi, se lahko poslovimo od vseh naporov izboljševanja

varnosti pacientov. Nekatere države so zaščito dokumentacije zakonsko uredile. V naši državi raje »zadostimo pravici«.

Pomembne ovire pa so tudi v nas samih, ker se zdravstveni strokovnjaki ne zavedamo ali premalo zavedamo, da nismo samo mi odgovorni za izide zdravstvene oskrbe. Premalo storimo, da bi se usposobili za varnost pacientov in da bi spodbudili vodstvo za vzpostavitev celotnega sistema varnosti pacientov ter zahtevali od regulatorjev, da naj sistematično uredijo predpise za izboljševanje varnosti pacientov in zdravstvenih strokovnjakov na osnovi znanstvenih dokazov in ne na osnovi mišljenj nekaterih »eminenc«.

6 Zaključek

Naš sistem obravnavanja napak je kaznovalno naravnano na posameznega zdravstvenega strokovnjaka in ne na zdravstvene ustanove in druge institucije v zdravstvu z neurejenimi sistemi in procesi s polno latentnih napak, v katerih delamo zdravstveni strokovnjaki. Učenje je prekinjeno, ker je zdravstvene strokovnjake strah zaradi kulture obtoževanja, ki preprečuje razvoj kulture varnosti. Napake se ne sporočajo in če se, jih ne znamo analizirati, pacienti težko pridejo do upravičenih odškodnin in zdravstvene strokovnjake se kriminalistično preganja zaradi tega, ker imajo človeške možgane.

Ljudje delamo napake, ki vodijo do nesreč. Nesreče poškodujejo ljudi in povzročajo smrti. Tradicionalna, pri nas standardizirana rešitev je obtoževanje ljudi, ki so bili vpleteni v nesreči. Ko odkrijemo, kdo je naredil napako, smo problem rešili. Pravilno? Napačno! Problem je redko v posamezniku, problem je v sistemih. Kaznuj in zamenjaj ljudi in napak ne bo več? Spremeni sistem, v katerem delajo ljudje, in napake boš v prihodnje preprečil.

Kazenski zakonik se najbrž še dolgo ne bo spremenil. Mar sikaj lahko storimo sami. Nehajmo se sprenevedati, ko pride do napake, naučimo se, kako se napake analizira in kako se jih preprečuje, uvedimo v svoje zdravstvene organizacije pravično kulturo, ki bo potegnila mejo med nenamernimi napakami in nesprejemljivim vedenjem, in opozarjamo pravno stroko in medicinske izvedence, naj se zavedajo celotnega problema varnosti pacientov. Nobene potrebe pa ni, da bi se odgovornost izgubila, če bi spremenili disciplinski in kazenski sistem. Šlo naj bi za drugačno vrsto odgovornosti, za odgovornost, ko mora posameznik preprečevati svoje in napake drugih z usposabljanjem za varnost pacientov in napake sporočati v sistem za sporočanje napak na lokalni in nacionalni ravni. Če se ne usposabljam za varnost pacientov, če svojih napak in napak drugih ne sporočamo, smo naredili napako z najhujšimi posledicami – vzdrževanje sistema, kjer se misli, da napak ne bo več, ko bomo nekemu zaradi človeške napake odvzeli licenco ali ga proglasili za kriminalca. Tisti, ki bodo vpeljali sistem varnosti s pravično kulturo, bodo pri sebi izboljšali varnost pacientov ter bodo sčasoma pritegnili tudi druge v zdravstvu, regulatorje in zakonodajalce. Tako kot zdravstveni strokovnjaki ne delamo v neki praznini, ampak je naše delo pod vplivom mnogih dejavnikov v delovnem okolju, se bo morala tudi sedanja zakonska ureditev obravnavanja napak prej ali slej ozreti malo dalj okrog sebe.

Zdravstvene ustanove in strokovne javnosti ter sodstvo nimajo več nobene druge izbire, kot da se resno vprašajo: »Zakaj se kljub začasnemu odvzemanju licenc in kriminalizaciji napak te še vedno dogajajo?«

Ključ za izboljšanje varnosti pacientov in naše lastne je v naših rokah in ni res, da je morda zelo malo narobe.

Kultura obtoževanja je največja napaka, ki preprečuje izboljševanje varnosti pacientov. Nadomestiti bi jo morala pravična kultura. Pravična kultura nikakor ne izključuje odgovornosti posameznika. Je uravnoteženje med neobtoževanjem posameznika za človeške napake in kaznovanjem za nesprejemljivo vedenje.

Da ne bo vse letelo samo na druge. Kaj delam sam, kot upokojeni zdravnik? Pišem takale stvari, ki jih malo ljudi vzame resno. Ponosen pa sem, da mi je uspelo uvesti in izvajati program »Varnost pacientov« na drugi stopnji študija zdravstvene nege v neki majhni visoki zdravstveni šoli, edini in prvi v Sloveniji, in da je bila šola izbrana za ovrednotenje večpoklicnega kurikula varnosti pacientov s strani Svetovne zdravstvene organizacije. Vem, da je to premalo. Morda kdo lahko pomaga, da bi se stvari sistemsko spremenile?

Literatura:

1. Aasland OG, Forde R. Impact of feeling responsible for adverse events on doctors' personal and professional lives: the importance of being open to criticism from colleagues. *Qual Saf Health Care* 2005; 14: 13-7.
2. Dekker S. *Just Culture*. Aldershot: Ashgate Publishing; 2007.
3. Derganc M, Robida A. Poročilo ekspertnega nadzora. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije; 2012.
4. Kazenski zakonik. Uradni list Republike Slovenije št. 55/2008
5. Korošec D. *Medicinsko kazensko pravo*. Ljubljana: Cankerjeva založba, 2004.
6. Korošec D. Kazniva napak v zdravstvu – Kazenska odgovornost. V: *Etika v belem – 7. Posvet – Napaka v zdravstvu in njena obravnava*, 2009 Okt 23–24; Bled: Agencija za management; 2009.
7. Lander LI, Connor JA, Shah RK, et al. Otolaryngologists' responses to errors and adverse events. *Laryngoscope* 2006; 116: 1114–20.
8. Leonard M, Frankel A, Simmonds T, with Vega K. *Achieving Safe and Reliable Healthcare: Strategies and Solutions*. Chicago, Illinois: Health Administration Press, 2004.
9. Marx DJ. *Patient Safety and the "Just Culture": A Primer for Health Care Executives*. New York: Columbia University, 2001.
10. McGlynn, E A et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med*. 2003; 348: 2635–45.
11. Milčinski J. *Medicinska etika in deontologija*. Ljubljana: Univerzum, 1982.
12. Model Penal Code (1962) Section 2.02. General Requirements of Culpability. Dostopno na: http://www1.law.umkc.edu/suni/CrimLaw/MPC/Provisions/model_penal_code_default_rules.htm (Dostop: 9. 8. 2012).
13. Pajntar M, Leskošek B. Rezultati projekta: »Kakovost v zdravstvu Slovenije«. *Zdrav Vestn*. 2002; 71: 765–71.
14. Patient Safety and Quality Improvement Act. Public Law 109–41 109th Congress; 2005.
15. Reason J. *Managing the risks of organisational accidents*. Aldershot: Ashgate Publishing; 1997.
16. Reason J T, Carthey J, de Leval MR. Diagnosing "vulnerable system syndrome": an essential prerequisite to effective risk management. *Quality in Health Care*. 2001; 10 Suppl II: ii21–ii25.
17. Robida A. Opozorilni nevarni dogodki : kakovost v zdravstvu. *Zdrav Vestn*. 2004; 73: 681–687.
18. Robida A. Operacija/poseg na napačnem pacienntu, napačnem mestu ali napačna operacija/poseg – ali jo dobra timska komunikacija lahko prepreči? V: Kramar Z, Kraigher A, eds. *2. strokovni seminar-Učimo se varnosti od najboljših – prikaz dobrih praks*, 2008 Apr 10–11; Bled. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice; 2008.

19. Robida A. Pot do odlične zdravstvene prakse. Ljubljana: GV Planet; 2009a.
20. Robida A. Pojem napake v zdravstvu. V: Etika v belem – 7. Posvet – Napaka v zdravstvu in njena obravnava, 2009 Okt 23–24; Bled: Agencija za management; 2009b.
21. Robida A. Varnost pacientov, napake, sindrom ranljivega sistema in pravična kultura. V: Berkopec M (ed). Vrednote v zdravstveni negi – 2. Dnevi Marije Tomšič; 2010 jan 21–2; Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto; 2010a.
22. Robida A. Varnostni zaplet pri pacientu – nova znanost, stara praksa. V: Reberšek Gorišek J, Kraljič S, eds. Odgovornost v zdravstvu – 19. posvetovanje – Medicina in pravo; 2010 Mar 26–27; Maribor: Univerzitetni klinični center; 2010b.
23. Robida A. Kako priti do večje varnosti pacientov. V: Kramar Z, Kraigher A, eds. 3. strokovni seminar – Učimo se varnosti od najboljših – prikaz dobrih praks, 2010 Apr 22–23; Gozd Martuljek. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice; 2010c.
24. Robida A. Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov: Sistematična analiza globljih vzrokov napak. Bled: Prosunt. V tisku 2013.
25. Schwappach DL, Boluarte TA. The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organizational accountability. *Swiss Med Wkly* 2009; 139: 9–15.
26. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, et al. The natural history of recovery for the health care provider 'second victim' after adverse patient events. *Qual Saf Health Care* 2009; 18: 325–30.
27. Selinšek L. Temeljno o razlogih za izključitev kaznivega dejanja, 2009. Dostopno na: www.pf.uni-mb.si/datoteka/liljana_selinsek/ (Dostop 23. 8. 2012)
28. Shanafelt TD, Balch CM, Dyrbye L, et al. Special report: suicidal ideation among American surgeons. *Arch Surg* 2011; 146: 54–62.
29. The Danish Act on Patient Safety, Act No. 429 of 10/06/2003.
30. Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewett D, Prior S in Strange P. How to investigate and analysis clinical incidents: Clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. *BMJ*. 2000; 320: 777–81.
31. Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The Incidence and nature of nn-hospital adverse events: A systematic review. *Qual Saf Health Care* 2008; 17: 216–23.
32. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2007; 33: 46776.
33. Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, et al. Do house officers learn from their mistakes? *JAMA* 1991; 265: 2089–94.
34. Živčec-Kalan G, Mežnar B. Odgovornost zdravnika z vidika Zdravniške zbornice. V: Reberšek Gorišek J, Kraljič S, eds. Odgovornost v zdravstvu – 19. posvetovanje – Medicina in pravo; 2010 Mar 26–27; Maribor: Univerzitetni klinični center; 2010.

E-naslov: andrej.robida@prosunt.si
www.prosunt.si

Poročilo o sistematskih zobozdravstvenih pregledih 2011/2012

Dispanzerska zobozdravstvena služba za otroke in mladino zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor
Monika Bračko, Gorazd Sajko

Karies ali zobna gniloba je bolezen, ki jo povzročajo mikroorganizmi in je povezana s prehrano, značilnostmi gostitelja in predvsem s pravilno ustno higieno. Je bolezen, ki se začne tiho, pri otrocih hitro napreduje in za seboj pušča ireverzibilne poškodbe zobnih tkiv. Bolezni zob so pri nas tako množične, da jih z zdravljenjem ne moremo obvladati, razmeroma hitro pa jih zajezimo z dobro pripravljenim in dosledno izvajanim preventivnim programom (Homan in sod., 1986).

Ker se tega še danes dobro zavedamo, v okviru preventivnega programa, ki je namenjen zgodnjemu odkrivanju, preprečevanju in zdravljenju boleznih ustne votline pri otrocih in mladini, skupaj z vodstvi vrtec, osnovnih in srednjih šol organiziramo zobozdravstvene sistematske preglede. S pridobljenimi podatki lahko sledimo stanju ustne higiene pri otrocih in mladostnikih ter

s tem usmerjamo delo preventivnega kabineta na šolah in pri individualnih obravnavah. Pridobimo si epidemiološke podatke o obolevnosti za kariesom pri otrocih in mladini, KEP (karies, ekstrakcija, plomba) in KEP-indeks otrok v določeni starosti. Pregledi so nam tudi orientacija o uspešnosti dela vsake posamezne šolske ambulante, saj dobimo podatek o saniranosti kariesa v populaciji, za katero ambulanta skrbi (p-indeks).

Določa se tudi prisotnost ortodontskih nepravilnosti pri pacientih, saj smo mladinski zobozdravniki zadolženi za napotitev otrok na specialistično ortodontsko zdravljenje. Na sistematskih pregledih srednješolcev beležimo tudi prisotnost obolenja obzobnih tkiv, ki se zaradi več dejavnikov tveganja pojavlja že pri tej starostni skupini.

Obseg in metodologija dela

V 18 ambulantah našega dispanzerja smo po ustaljeni razporeditvi pregledali 654 predšolskih otrok 44 skupin iz 14 vrtcev mariborske regije in občin ustanoviteljic Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor.

V osnovnih šolah potekajo sistematski pregledi vsako šolsko leto, torej vabimo vse otroke od prvega do devetega razreda. Sodelovalo je 24 osnovnih šol, v statistiko KEP-indeksa šest- dvanajst- in petnajstletnikov pa sta vključeni še dve osnovni šoli, za kateri sta mi podatke posredovali zobozdravnici koncesionarki. Pregledali smo 1.077 otrok prvih razredov, to je šestletnih otrok, 825 dvanajstletnikov sedmega razreda in 840 otrok devetega, zaključnega razreda. V sistematske preglede vključujemo tudi srednješolce prvih in tretjih letnikov, in sicer iz kar 18 mariborskih srednjih šol. Pregledanih je bilo 1.936 dijakov prvih letnikov in 1.767 dijakov tretjih letnikov.

Pri pregledih ugotavljamo število oseb z okvarjenimi zobmi, število KEP in KEP-zob, torej število karioznih, ekstrahiranih (izdrtih) in plombiranih stalnih ter mlečnih zob. Iz teh podatkov se izračuna obolevnost in KEP/KEP-indeks na osebo. Ugotavlja se prisotnost zobnih oblog, ki se točkujeta v treh kategorijah: 0 – brez oblog, 1 – obloge na tretjini ploskev zob, 2 – obloge na dveh tretjinah zobnih ploskev ali več. Pri vseh starostnih skupinah se določa ortodonske nepravilnosti, po katerih pregledane razdelimo v skupino evgnatije, R I/A (nepravilnosti v zobnem loku), R I/K (križni griz), RII/1 (distalna okluzija s protruzijo centralnih sekalcev), RII/2 (distalna okluzija s retruzijo zgornjih sekalcev) in RIII (mezialni griz) po Anglu. Pri srednješolcih ugotavljamo še obolevnost mehkih tkiv, in sicer z 0 se označi zdrava obzobna tkiva, z 1 prisotnost gingivitisisa in z 2 parodontitis.

Rezultati v šolskem letu 2011/2012 in primerjava s prejšnjimi leti

	vrtec	1. razred	12 let	15 let	1. letnik	3. letnik
število pregledanih	654	1077	825	809	1936	1767
kep zob	1859	2759	1129	1850	7564	7494
kep na osebo	2,89	2,56	1,37	2,28	3,9	4,24
ortodonske anomalije	21,00 %	16,00 %	52,50 %	48,80 %	65,00 %	53,00 %

Poročilo sistematskih pregledov leta 2012.

leto	6 letniki			12 letniki		1. letnik		3. letnik	
	obolevnost	kep	KEP	obolevnost	KEP	obolevnost	KEP	obolevnost	KEP
1984				97,9	6,07				
1985	93,7	5,84	0,70						
1986	90,9	5,31	0,48	97,7	4,90				
1987	85,2	4,86	0,44	95,6	4,71				
1988	85,3	4,81	0,35	93,7	4,25	92,20	8,39		
1989	82,3	4,34	0,26	89,3	3,87	99,00	7,60		
1990	79,2	4,40	0,17	88,5	3,56	96,70	6,82	99,00	8,69
1991	78,9	3,92	0,20	85,5	3,23	97,50	6,81	98,90	8,35
1992	75,0	3,97	0,11	83,2	2,91	93,10	5,87	98,70	7,45
1993	78,7	4,15	0,15	80,0	2,75	94,20	5,25	98,10	6,73
1994	78,7	3,89	0,18	76,8	2,65			96,00	6,34
1995	79,1	4,52	0,22	74,4	2,47			95,60	6,21
1996	83,4	3,66	0,18	73,5	2,50			93,80	5,95
1997	77,5	3,68	0,19	73,6	2,50			92,70	5,65
1998	72,3	4,10	0,16	75,3	2,55	90,20	4,87	91,70	5,41
1999	65,6	3,16	0,08	73,1	2,57			90,20	5,32
2000	65,5	3,05	0,08	71,3	2,44			91,60	5,49
2001	57,1	2,66	0,07	73,5	2,59	90,00	4,60	88,00	5,18
2002	60,6	2,73	0,03	68,3	2,29	83,90	4,72	88,20	5,21
2003	63,9	2,79	0,12	68,3	2,14	83,90	4,46	94,50	5,46
2004	70,0	3,17	0,16	65,2	2,05	85,70	4,31	89,20	5,15
2005	67,4	3,25	0,11	63,5	2,05	83,40	4,59	92,50	5,08
2006	69,7	3,31	0,13	61,1	2,02	84,30	4,46	88,80	5,19
2007	71,3	3,53	0,14	54,3	1,57	85,30	4,19	85,40	5,16
2008	72,3	3,38	0,11	60,3	1,70	80,70	4,02	87,10	4,80
2009	67,3	3,16	0,13	54,3	1,76	77,90	3,91	86,40	4,78
2010	66,9	3,15	0,09	54,6	1,61	79,90	3,79	84,00	4,63
2011	64,3	3,12	0,11	49,1	1,38	75,00	3,31	82,10	4,14
2012	69,0	2,56	0,08	48,0	1,37	81,00	3,90	83,00	4,24

Primerjava KEP in obolevnosti v obdobju 1984–2012, Maribor in okolica.

Podatke zbrala: Pavel Kosi, dr. stom., Monika Bračko, dr. dent. med.

Pregled se opravlja klinično z zobnim ogledalcem in sondo. Pri označevanju kariesa se določa tiste lezije, ki potrebujejo konservativno zdravljenje s plombiranjem. Prisotnost oblog se odkriva tudi z barvilom.

Ugotovitve se zapisuje na zbirno poročilo o preventivnih zobozdravstvenih pregledih, v skupnem poročilu za Maribor in okolico se primerjajo podatki od leta 1981 do danes.

Razpravljanje

KEP mlečnih zob je pri predšolskih otrocih zelo neenakomerno porazdeljen, med posameznimi enotami vrtcev so velike razlike. Spodbudno je, da je 36 odstotkov otrok brez kariesa, je pa KEP-indeks toliko višji pri ostalih obolelih posameznikih. Tako na videz nizek KEP vseeno ne sme zavajati, saj se tudi pričakuje, da pri treh letih otroci nimajo karioznih zobkov. P-indeks, ki prikazuje saniranost obolelih zob, je pri tej skupini 0,25, torej je saniran le vsak četrty oboleli mlečni zob. Ta rezultat si lahko razlagamo z relativno velikim številom prizadetih sekalcev zgornje čeljusti, ki se v naših ambulantah redko plombirajo, več je tudi aproksimalnega kariesa kočnikov kot okluzalnih lezij, ki jih lahko učinkovito preprečujemo s preventivnim zalivanjem fisur. Nizek p-indeks nakazuje, da bo potrebno tej populaciji v prihodnje posvetiti več časa, pridobiti zainteresiranost staršev, da se mlečni zobje otrok začnejo čim bolj zgodaj popravljati, ko so uspehi plombaranja še dobri. Vsako leto opažamo, da so pregledi otrok v skupini dober način za premagovanje strahu pred neznanim okoljem ambulate.

KEP osnovnošolcev višjih razredov je še vedno dokaz, da dispanzerski način dela ohranja zdravje zob v zelo široki populaciji otrok. Je utečen model dela, ki zagotavlja, da je vsak otrok vsaj dvakrat letno pregledan v zobozdravniški ambulanti ne glede na to, ali ima težave ali ne. Le na ta način se da doseči, da otroci KEP-indeks pod 3 (priporočilo SZO pri 12-letnikih) zadržijo do končane osnovne šole, ta uspeh v Mariboru beležimo neprekinjeno že od leta 1995.

Otroci, ki imajo pri šestih letih, v prvem razredu osnovne šole, že kariozne stalnike, so predstavniki rizične skupine, pri katerih je utemeljena napotitev otroka k specialistom pedontologom.

Zaradi velikega števila dijakov v mariborski regiji in še vedno višjega KEP-a je dobro, da se sistematsko delo pri tej populaciji nadaljuje. KEP v prvem letniku je višji kot pri osnovnošolcih 9. razreda, čeprav gre za polletno razliko v starosti. To je posledica prihoda novih opazovancev, saj je Maribor mesto s petimi dijaškimi domovi. Vzpodbudno je, da se ustna higiena do tretjega letnika občutno izboljša, kar je zagotovilo za ohranitev ustnega zdravja.

Zaključek

Zobozdravstveni preventivni program za otroke in mladino izvajamo že od leta 1984. Potrebujemo prenovo tega programa, ki nam bo omogočala sodobno računalniško podprto zbiranje in vrednotenje podatkov, ki jih pridobimo na sistematskih pregledih. Preventivni programi so učinkovitejši, če so izvajani

populacijsko, kot pa individualno. Prelaganje vse odgovornosti za ohranitev ustnega zdravja otrok na starše se v praksi izkaže za neučinkovito, saj dopušča, da so najbolj prizadeti posamezniki prezrti. Pomembno je boleznin ustne votline pri otrocih odkriti dovolj zgodaj, ko lahko s preventivnim programom bolezni ustavimo, in ne čakati na vidne posledice, ko je marsikateri zob že izgubljen. Z dobrim sodelovanjem šolstva lahko tudi šolski zobozdravniki izkoristimo pedagoške prednosti dela s skupinami otrok, ki imajo pri prvem stiku otroka z zobno ambulanto marsikatero prednost pred individualnim pristopom, ki sledi organiziranim sistematskim pregledom.

Literatura:

Homan D, Ladjić J, Simonič J, Bartenjev M, Premik, M. Preventivni program v mladinskem zobozdravstvu z globalnimi cilji do leta 2000. *Zobozdrav Vestn* 1986; 41: 112–4.

E-naslov: monika.bracko@zd-mb.si,
gorazd.sajko@zd-mb.si



Odstop, ki bi bil samo znamenje poraza (Isis, 1. oktober in 1. november 2012)

Odgovor na odgovor

Nehvaležno je polemizirati z novinarjem, saj ima za seboj medije, jaz pa sem le občan. Kljub temu odgovarjam na pismo novinarko Diane Zajec, objavljeno v novembrski številki revije Isis, ker me skuša osmešiti in me predstaviti kot neodgovorno osebo. V njenem odgovoru se novinarka ni z besedo dotaknila nekaterih žgočih vprašanj, ki so (bila) v ospredju v Zdravniški zbornici Slovenije, ki sem jih postavil v mojem »pismu bralcem«, objavljenem v Sobotni prilogi dnevnika Delo (sicer v skrajšani obliki), *in extenso* v reviji Isis. Novinarka pa piše o mojem domnevnem kriminalnem dejanju, da sem se vtihotapil v njeno uredništvo.

Res je, da sem ne le enkrat imel pogovore z novinarji v uredništvih časopisa Delo, zlasti z Dragico Bošnjak, ki je bila odgovorna za zdravstvo, v zadnjem obdobju pa za znanost. Spominjam pa se, da sem ob enem od teh obiskov v časopisni hiši stopil v uredništvo Diane Zajec: povedali so mi, da je odsotna. Fantastična zgodba naj bi bila, kot me obtožuje, da sem brskal po njeni pisalni mizi. Sprašujem: zakaj naj bi vohunil, kaj naj bi našel? O tem, da bi me varnostnik spremljal do izhoda

ter da sem dobil prepoved za vstop v novinarsko hišo, ne vem ničesar.

Morda novinarki Diani Zajec ni znano, da sem se sestal z novinarji Dela še naprej, tudi z glavnimi uredniki. Nikoli nisem slišal kakršnegakoli očitka, nasprotno: zadovoljstvo zaradi medsebojnega sodelovanja. Še naprej sem objavljaval v našem vodilnem časopisu prispevke, ko sem ocenil, da so vredni in zanimivi za javnost.

In še to. Diana Zajec je očitno cenila moje delo, sicer ne bi v Sobotni prilogi Dela objavila obsežnega članka po pogovoru z menoj z značilnim naslovom: »Kot ptič feniks...« o pionirskih dosežkih slovenske pediatrije in o humanizaciji hospitalizacije otroka.

Za mene je zadeva zaključena. Zbornica je dobila novega predsednika. Obsodba zaradi smrti dečka Bora Nekrepa ne bo za vse nikoli pravična, ne bo ničesar spremenila v zdravniških medsebojnih odnosih in v našem do bolnika. Življenje teče naprej.

Pavle Kornhauser

Odstop, ki bi bil samo znamenje poraza (Isis, 1. oktober in 1. november 2012)

Novinarji in zdravstvo

Z obema rokama podpišem, kar je prof. Kornhauser navajal o poročanju novinarko Diane Zajec v zvezi z delom zbornice oziroma njene dosedanje predsednice. Poznavajoč vsaj nekatera ozadja o dogajanju v zadnjih letih lahko mirne duše rečem, da je večino objavljenega kazalo na primarno opredelitev pišoče PROTI takratni predsednici in da so povsem izostale neobremenjene razčlemba njenega ravnanja.

V enem od letošnjih uvodnikov je bilo zapisano: »Res je, da so bili dogodki v zvezi z ZZS prvovrstna hrana za medije, ki so z veseljem pograbili, kar smo jim kar sami ponudili... Ne delajmo si iluzij: tudi vnaprej bo tako in le tisto bo našlo svoj prostor v medijih, kar naj bi kazalo zdravništvu, njihova združenja ali posameznike v slabi luči... 5. aprila je bila šestnajstič po vrsti in četrtrič pod pokroviteljstvom predsednika Republike Slovenije prireditev, namenjena zdravnikom,

ki so jim njihovi pacienti izrazili priznanje za delo... Pa ste o tem dogodku prebrali vsaj vrstico?«

S prof. Kornhauserjem se povsem strinjam, da statut zbornice ni pravo vodilo za razreševanje situacij, ki jih prinaša zdravnikovo delo (in napake pri njem). Želeti je, da bi se postopki, ki se jim zbornica ne bo mogla izogniti, vodili hitreje in brez napak, in ne da se predajajo iz rok enega predsednika zbornice v mandat drugega (Bitenc - Živčec Kalan - Možina).

Nikjer pa nisem našel, da bi bila Diana Zajec s strani prof. Kornhauserja izzvana k enostranskemu opisu nekega dogodka, ki z ocenami njenega dela nima prav nobene povezave. Beden umik pred dejstvom, da »konstruktivno kritično« pisanje novinarko v obeh bralcev le ni takšno, kot bi sama želela!

Marko Demšar

E-naslov: demsar@siol.net

Odstop, ki bi bil samo znamenje poraza 3

Novinarki Diani Zajec je Forum stanovske revije Isis omogočil objavo necenzuriranega prispevka. To je veliko več, kot so častitljivi starosti slovenske pediatrije prof. Pavlu Kornhauserju omogočili v dnevnem časopisu Delo celo samo v pismih bralcev. Ker je uredništvo Dela njegov celovit prispevek cenzuriralo, ga je objavil v stanovski reviji Isis. In novinarka je »obračunala« z avtorjem kritičnega razmišljanja o njenem delu z metodo osebne diskreditacije.

Potrebno pa je poudariti tri dejstva:

1. Prof. Kornhauser je v svojem življenjskem opusu naredil za slovensko pediatrijo izjemno delo, ki je imelo dragocene pozitivne učinke na vsakega posameznega otroka, ki se je znašel v bolnišničnem okolju, ali na njegove starše. Tega dejstva ga, Diana Zajec verjetno ne bo uspela nikoli razumeti.
2. Prof. Kornhauser ni v svojem prispevku nikogar žalil. Podal je svoje stališče, ki ga je tudi utemeljil, na kar ga, Diana Zajec ni imela nobenega argumenta, ampak le natolcevanje, ki ga bralci ne morejo preveriti.

Namesto tretjega dejstva pa zgolj citat iz knjige »Zgodbe s ploščate zemlje« Nicka Daviesa (veterana časopisa Guardian, urednika in kolumnista številnih drugih medijev), citiram: »Novinarji lažejo, ponarejajo dejstva, zavestno sodelujejo v širjenju propagande, podkupljivi so, leni in nevedni, ne preverjajo dejstev, pustijo se zavajati vsakemu, ki pride mimo.« (Konec citata). In še citat s strani 159: »Peto pravilo: vedno predstavi obe plati zgodbe. Kadar vsa prejšnja pravila odpovedo in moraš objaviti nekaj »tvegane« , prilepiš na koncu še nekaj izjav druge strani, in zgodba je »uravnotežena« .

Uravnoteženost pomeni, da se ti nikoli ni potrebno opravičiti – saj sam nisi ničesar trdil... Če pa navajamo dejstva, je uravnoteženost zgolj poskus dokazovanja nevtralnosti, v imenu katere se novinarji izognejo opravljanju svoje primarne naloge – iskanju resnice.« (Konec citata).

Koliko resnice je že publicirala Diana Zajec?

Gordana Kalan Živčec

E-naslov: gordana.kalan@gmail.com

Popravek neresničnih navedb v Dnevnikovem članku »Končuje se burno obdobje Gordane Živčec Kalan«

Spoštovana gospa novinarka Mojca Lorenčič, skladno z določbo 26. člena ZMeD-UPB1 seznanjam odgovorno urednico gospo Suzano Rankov in Vas, da želim uveljaviti mojo pravico do čimprejšnje objave popravka napačnih, neresničnih, zavajajočih in ocrnjevalnih trditev iz Vašega članka »**Končuje se burno obdobje Gordane Živčec Kalan**«, Dnevnik, 12. oktobra 2012, str. 5, v katerem je med drugim Vaša trditev, češ, da naj bi bila ».../ netransparentna gradnja doma zdravniških organizacij Domus Medica« tudi vzrok »posledičnega padanje ugleda zbornice.« Vaša

citirana trditev ocrnjevalne narave je docela neresnična in povsem napačna.

Gradnja Domus Medica zdravniških organizacij JE bila v celoti **TRANSPARENTNA**. O gradnji, ki je trajala dve leti, JE bilo slovensko zdravništvo v celoti obveščeno v zdravniški reviji ISIS, kakor tudi na vseh pristojnih organih ZZS, v obdobju celotne gradnje Domus Medica, torej od septembra 2008 pa vse do vvelitve v oktobru 2010.

Domus Medica, dom zdravniških organizacij, je zaradi dobre, poštene, kvalitetne in organizacijsko brezhibno izpeljane gradnje v ponos vsem, prav

gotovo pa bo prihodnost pokazala, da bo doprinesel k zasluženemu ugledu slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov, ki požrtvovalno skrbijo za zdravje, največjo in najpomembnejšo vrednoto vseh nas.

Vaše neresnično in nepreverjeno pisanje nesporno zadeva moje javno, splošno znano povsem transparentno in pošteno delo pri njegovi gradnji.

Za vodjo projekta gradnje Domus Medica sem bila imenovana na 5. seji IO ZZS, dne 25. 09. 2008 s sklepom št. 074/5/2008, bila pa sem tudi pooblaščenca zastopnica za vodenje gradnje tudi za SZD, FIDES in SZZZZS. Članica ZZS sem že od njene ustanovitve leta 1992, tako da sta mi ideja in načrt o gradnji znana že vse od leta 1998, saj je v bistvu gradnja Domus Medica ideja sedanjega, novoizvoljenega predsednika prim. Andreja Možine, dr. med., in še nekaterih naših kolegov.

Sem največja (diamantna) donatorica Domus Medica, saj sem omenjeno zahtevno delo vodenja projekta gradnje Domus Medica ves čas poteka gradnje (dve leti) opravljala **v celoti pro bono** in o njem vedno izčrpno poročala vsem pristojnim organom ZZS, ki so prav **vse faze gradnje tudi potrdili**. Vse odločitve

o gradnji SO bile potrjene najprej na vseh odborih ZZS; na izvršilnem odboru ZZS, na skupščinskem svetu ZZS in nazadnje tudi na seji skupščine ZZS, kjer SO bili s potekom in ceno gradnje seznanjeni prav vsi poslanci.

Navedeno jasno izpodbija Vaše pisanje o »netransparentnosti gradnje /.../« in zatem še v trditvi o »/.../ posledičnem padanju ugleda« ZZS. Obe Vaši trditvi sta povsem napačni, predvsem pa NERESNIČNI.

Ob tem naj dodam, da zaradi kakovostne priprave pogodb z izvajalci del na objektu ni bil sklenjen noben aneks, niti podražitev, kar je bilo v našem gospodarskem prostoru skoraj nemogoče. Cena objekta Domus Medica pa je prav zaradi moje dolžne skrbnosti, glede na ceno m², celo **NIŽJA** kot cena primerljivih objektov.

Zatorej upravičeno pričakujem čimprejšnjo objavo pričujočega popravka.

S spoštovanjem,

Nada Pubarič, dr. dent. med.

E-naslov: nada_pubaric@yahoo.com

Downshifting – koristi za posameznika in družbo

Tomaz Rott

Pred mnogimi leti, ko je bilo aktualno vprašanje zagotovitve prostora v vrtcih, smo se pogovarjali, kako do neke mere vsaj posredno ta problem rešujejo na Nizozemskem. V državi je (bil) uveljavljen družinski davek, ki so ga odmerili od skupnega zaslужka obeh zakoncev. Že ena sama plača je zagotavljala spodobno življenje v družini. Če pa sta bila zaposlena oba zakonca, je bilo njuno delo smiselno le do določene mere. (Pre)velik zaslužek je bil visoko obdavčen in tako pretirano naprezanje v službi ni imelo nobenega smisla, saj je bil neto visokih zaslužkov zaradi progresivnih davkov nestimulativen.

Uslužbenci pa niso imeli problemov z delno, npr. polovično zaposlitvijo. Tako so se na eni strani izognili stresnim situacijam ob napornem delu, verjetno tudi mobingu, v skrajšanem delovnem času pa so bili bolj učinkoviti in bolj zadovoljni.

Na drugi strani pa so se lahko dalj časa posvečali družini, svojim izvenslužbenim dejavnostim, hobijem, rekreaciji itd. In tudi morebitne probleme z vrtci so uspešneje reševali. Po potrebi je bil otrok v varstvu le krajši čas, več pa s starši.

V devetdesetih letih prejšnjega stoletja je ekonomist in družbeni kritik Charles B. Handy iz ZDA pričel razširjati idejo o profesionalnem oz. poklicnem življenju v »nižji prestavi« (*downshifting*), z drugačno, časovno manj zahtevno in osebi bolj prilagodljivo zaposlitvijo ali s skrajšanim delovnim časom, s sicer manjšim zaslužkom, vendar pa s pridobljenim dragocenim časom za svoje lastne in/ali družinske potrebe.

Če je že mogoče razumeti mlade, da se ženejo za čim večjim zaslužkom (saj imajo kot začetniki relativno nizke dohodke in denar potrebujejo za ureditev osnovnih življenjskih potreb), pa je težje razumeti že dobro situirane, ki se ženejo poleg osnovne zaposlitve še z dodatnimi z njihovim delom povezanimi pridobitnimi aktivnostmi. Ob tem nima smisla tudi razpravljati o kakovosti za normalnega človeka prekomernega dela. Poleg tega ne morem mimo ne tako redkih, ki kljub že dolgo časa pridobljenim pogojem za upokožitev dobivajo zaradi položaja visoke dohodke, ki so absolutno neprimerni glede na obseg in včasih žal tudi glede kakovosti njihovega (ne)dela.

Če je njihovo delo nepogrešljivo, bi ga raje urejali s pogodbenimi razmerji, delovno mesto pa prepustili mlajšim. Verjetno ni potrebno biti velematematik za izračun, da bi z dohodki enega samega lahko krili dohodke vsaj dveh, treh ali celo več nezaposlenih mladih.

Čemu tako vztrajanje na položajih, da si lahko z denarjem privoščiš mnogo več, kot je normalno in potrebno. Zaradi prestiža? Vseh dobrin ne moreš odnesti s seboj v grob. Kopičenje bogastva, ki si ga (če verjameš!) niso bili sposobni ustvariti niti naši predsedniški kandidati kljub dolgoletnim visokim in dobro plačanim položajem (v ZDA jim niti volivci ne bi bili naklonjeni, saj v času obilja in sedaj tudi vsesplošnega nekritičnega varčevanja niso bili sposobni poskrbeti niti zase, kako bi šele za državljane).

Nikoli nisem povsem razumel, zakaj mora družbeni proizvod samo rasti in rasti. Prepričan sem, da je eden izmed vzrokov tudi nerealno investicijsko načrtovanje, ohranjanje prestiža v mednarodnem merilu, kjer se tudi ne znamo upreti nekaterim za nas neracionalnim zahtevam (npr. dragi oborožitvi, ukinjanju samopreskrbe – sladkor, ribištvo itd.) v prid koristim velikih.

Downshifting bi ob nekoliko skromnejšem življenju verjetno izboljšal osebne, družinske in širše družbene medsebojne odnose. Omogočil bi lažjo zaposlitev mnogim mladim in tudi nemladim, razrešil bi verjetno številne socialne probleme.

Vendar pa je osnovni problem, da si ga pri nas enostavno ne moremo privoščiti!? In to iz več razlogov. Tisti z visokimi dohodki se tem ne bodo hoteli odpovedati, med drugim tudi zato, da se ne bi okrnili njihov večkrat le umišljeni ugled. Večina pa ima tako nizke plače, da je družina velikokrat tudi z dvema, kaj šele z eno plačo na robu preživetja ali že v revščini. Eden izmed pomembnejših vzrokov za neuspešno uveljavljanje dela v nižji prestavi pa bi bili verjetno pomisleki delodajalcev, ki jim med drugim ne bi bilo po volji le polovično izkoriščanje uspešnih delavcev. Tudi že sama misel na polovično ali kakorkoli skrajšano delovno razmerje je bogokletna, kljub temu, da marsikje nimajo pomislekov pri raznih oblikah

izkoriščevalskega dela, kjer so zaposleni mnogokrat slabo plačani, brez plačanih prispevkov za zdravstveno in pokojninsko zavarovanje in z od dneva do dneva negotovo usodo njihove zaposlitve.

Na drugi strani pa smo pri nas tudi pravi mojstri pri oblikovanju toge in realnemu življenju težko prilagodljive in neživljenjske zakonodaje. Poleg tega pa so za ustrezne pozitivne spremembe potrebna leta in leta.

Vseeno pa vsaj nekateri, verjetno maloštevilni, s solidnimi plačami, lahko pričnejo razmišljati o premiku v naših glavah, o dejanskem smislu poklicnega dela v nižji prestavi ob razumljivo ustrezno manjših dohodkih z manjšim izkoriščanjem različnih materialnih dobrin.

Vsega, kar nabavljamo dan za dnev, verjetno tudi dolgoročno ne potrebujemo. Povedni so podatki, da smo v Sloveniji na evropskem repu glede samopreskrbe, da še vedno premalo skrbimo za zdravo predvsem domačo prehrano (kljub višjim cenam), na drugi strani pa vodimo s prodajnimi površinami trgovskih centrov glede na število prebivalcev. Namesto na lep izlet v naravo, še posebno v lepem vremenu, v našo bližnjo in daljno okolico, ki bi nas lahko telesno in duševno okreplil in obogatil, drvimo v trgovske centre. Tudi še tako majhen lastni prispevek za samooskrbo bi nas nedvomno razveselil, pa ne zato, da bi kaj prihranili, ampak bi nas razveselili lastni slastni pridelki. Hm, kako so bili okusni letošnji češnjevci paradižniki, feferončki in paprike z balkona, ki so nam velikokrat obogatili zajtrk (pa še v pižami jih lahko obiraš).

In vendar bi se pri nakupovanju marsičemu z laskoto odrekli, pa pri tem ostali zadovoljni. Potovanja po svetu so nedvomno zanimiva, če ne potuješ kot »kufer«. Seveda niso vsakomur dana. Kljub obiskom mnogih zanimivih tujih dežel pa me znova in znova presenečajo naši kraji, tako raznovrstno slikoviti ob različnih letnih časih, ob različnih urah in ob različnem vremenu. In to lahko doživljaš skorajda zastoj, srečaš ljudi, ki si jih želel srečati (ali pa se izogneš tistim, ki ti niso preveč pri srcu). Za srečo in zadovoljstvo ni treba mnogo...

E-naslov: tomaz.1945@yahoo.com

Božično voščilo

Spoštovana in draga gospa!

Pred kratkim se je odselila k svoji hčeri vaša sosedka, moja teta, ki mi je poročala o vašem okrevanju.

Povedala je, da sta se pred odhodom še videli, ko ste jo obiskali. Zame je bila to spodbuda, da tudi sam

pridem k Vam na obisk, voščiti praznike. Sklepal sem, da ste si toliko opomogli, da ste spet pri močeh.

Prišel sem dopoldne. Morda je bila deseta ura res prezgodnja za obisk, vprašal sem, ali pridem kasneje, želel sem pustiti darilo. Vse je bilo zavrnjeno.

Voščil sem vam tudi lani, a je voščilo ostalo brez odgovora.

Čutim, da me bolj kot Vi osebno zavračajo tisti, ki Vas imajo radi, pa ne morejo sprejeti, da se je prav Vam zgodila ta nesreča.

Operacija, ki sem vam jo predlagal, je najtežji poseg, ki ga delamo v naši ustanovi. Pri vas sem se zanjo odločil z največjo željo, da vam pomagam! Ne na vrat na nos, ampak po skrbnem premisleku.

Nič si ne očitam, da sem delal malomarno, površno. Vnetje, ki se je tako silovito pojavilo, je bilo praktično neobvladljivo.

Hvaležen sem Vaši hčerki, ki je tako skrbno bedela nad vami. Stalno sva bila v stiku in tudi jaz sem se trudil, da sem poiskal najboljše zdravnike, ki bi znali in hoteli pomagati.

Vem, da ste najhuje prestajali Vi, vendar je bilo tudi meni hudo. Dolgo te operacije nisem več hotel delati. Vendar bolniki s temi težavami nimajo kam iti.

Zdaj te operacije delamo ponovno, vendar zelo skrbno izbiram bolnike, zaradi nesrečne izkušnje morda bolj, kot bi bilo potrebno.

Živeti moram z odgovornostjo, da se lahko vsak poseg, ki ga naredim, zakomplicira. Brez tega poguma – ne predrznosti! – je nemogoče biti kirurg.

Veliko je bilo govora o zdravnikovi odgovornosti. Za vsakega, ki se mi zaupa, se čutim odgovornega. Velikokrat smo se resnično borili s smrtjo. Tudi takrat sem moral biti z mojimi bolniki do konca. Ne po svoji krivdi. Bolezen je bila pač močnejša. Veliko mi je pomenilo, da sem bolnika lahko spremljal kot človek.

Tudi v Vaši bolezni sva se borila na meji življenja. Tisto, česar ne morem razumeti, je to, da ne smem biti ob Vas kot človek. Mislim, da lahko končno besedo rečete le Vi, ki ste vse, kar je bilo hudega, pretrpeli. Tako kot Vi, se tudi jaz sprašujem: »Zakaj se je ravno meni to zgodilo?« Tudi zame je bilo to trpljenje, ki ga moram sprejeti. Ko ga boste sprejeli tudi Vi, sem prepričan, da bo svet postal lepši. Ne zaradi težav, ki jih gotovo še imate, ampak zaradi zavesti, da kljub vsemu, kar ste prestali, še vedno živite, še vedno imate lahko nekoga radi.

Jaz Vas imam zelo rad, tako kot vse moje bolnike. Vedno imamo zdravniki najrajši tiste, s katerimi smo skupaj veliko pretrpeli.

Morda boste letos tudi Vi zmogli in našli moč, da napišete: »Srečen božič!«, kar Vam od srca želim tudi jaz.

Zdravnik, ki Vas ima rad

P.S.: DECEMBER 2012

To pismo brez odgovora, ki sem Vam ga napisal pred dvema letoma, še vedno hranim.

Zdaj prihajajo že četrti prazniki, ko Vam želim voščiti. Lani sem se Vas prav tako spominjal in želel vse dobro.

Letos Vam ponovno pišem. Samo pišem, čeprav bi želel z Vami spregovoriti, Vam stisniti roko. Morda tega ne bom dočakal. Doživljam pa Vašo stisko v obratni smeri, kot so jo doživljali starši nesrečnega dečka Bora.

Tako kot jaz, so se tudi oni želeli pogovarjati. Tudi jaz bi Vas želel slišati, se po teh letih spet srečati z Vami. Le če bi vsi znali prebiti ta zid molka, če bi zaslišali, da tudi srce zna govoriti, bi izginil strah, izjokali bi svojo žalost in sprejeli resnico, ki je v življenju pogosto tudi trpka.

Kadar se to zgodi v medicini, je to mogoče sprejeti le z veliko vero. Vero, da noben zdravnik nikoli namerno ne škoduje svojemu bolniku. To prisegamo s starodavno prisego ob končanju našega šolanja.

Zdravilstvo je kot hoja v hribe. Je lahko prijeten sprehod ali vrhunska plezarija, kjer si želiš zmagati in priti na vrh, pa mnogokrat lahko zdrsnesh in si nato »ližeš rane« in čutiš posledice.

Žal mi je, da smo dočakali čase, ko časopisni oglasi ponujajo pravniško in denarno zadoščenje tistim, ki so od zdravljenja pričakovali čudeže, ki upajo, da se da narediti nemogoče, in to včasih celo zahtevajo.

Ne, zdravniki nismo čarovniki, nismo »bogovi v belem«. Smo le ljudje, ki stojimo pred velikimi preizkušnjami.

Najtežja preizkušnja je življenje samo, ki se na koncu vedno prevesi na tisto stran, kjer človeško znanje ne pomaga več. Tudi to je zdravnikova stiska! Kdaj se s tem sprijazniti? Kdaj sprejeti svojo majhnost? Na koncu vendarle spoznaš, da tudi smrt pravzaprav ni poraz – je mir, je konec trpljenja, je slovo od življenja. Za zdravnika je – neverjetno – tudi smrt del življenja.

Upam, da Vas bodo moja voščila in te misli letos dosegle.

Želim Vam, da čutite neizmerno ljubezen vaših dragih, pa tudi ljubezen človeka, ki ste se mu nekoč zaupali, ki je še danes vaš nekdanji zdravnik in Vas ima rad.

Srečen božič Vam želim!

Vaš zdravnik



Revija Zdravstveno varstvo je s pridobitvijo faktorja vpliva dosegla pomembno mednarodno uveljavitev

Danica Rotar Pavlič

Uredništvo revije Isis se je odločilo za objavo pogovora s prof. dr. Igorjem Švabom, odgovornim urednikom revije Zdravstveno varstvo. Ta je pred kratkim prejela izračun faktorja vpliva, ki znaša 0,452.

Najprej iskrene čestitke za ta pomemben dosežek! Nam lahko na kratko predstavite temeljno poslanstvo revije Zdravstveno varstvo? Katera področja so v obdobju vašega urednikovanja prišla v ospredje oz. katerim ste dodelili (naj)večji pomen?

Ker gre za revijo s področja javnega zdravja, je interdisciplinarna in namenjena razvoju celotne stroke. Spodbujala naj bi strokovne razprave in prek teh vplivala na kakovostno delo na področju javnega zdravja. Prav zato pri njej ne sodelujejo samo zdravniki, ampak tudi drugi poklici znotraj zdravstva in zunaj njega.

Ali ima javno zdravje v Sloveniji položaj, ki je primerljiv s položajem v Evropi? Kako lahko k primerljivosti prispeva revija Zdravstveno varstvo?

K temu, da se javno zdravje v Sloveniji počasi, a zanesljivo izboljšuje, je pripomoglo več dejavnikov, med drugim tudi uvedba smeri *Socialna medicina* v okviru doktorskega študija *Biomedicina*. Naslednji pomemben dejavnik je revija *Zdravstveno varstvo*, ki je postavila visoka strokovna merila za objavo prispevkov, saj s tem spodbuja razvoj stroke in dviguje kakovost znanja na tem področju.

Kakšna pa je ocena branosti revije Zdravstveno varstvo med slovenskimi zdravniki in delavci v zdravstvu oz. kolikšen delež naklade predstavljajo tuji naročniki?

Naklada je že vsa leta sorazmerno majhna: natisnemo okrog 400 izvodov. Vendar ta številka ne odraža dejanskega odmeva revije, ki je prosto dostopna tudi prek spletnih strani, kar je značilno za praktično vse znanstvene revije. Za zdaj je večina bralcev resda še vedno iz Slovenije, saj so na revijo, ki ima 50-letno tradicijo, navajeni. Vendar pa se delež strokovnjakov in bralcev iz tujine nenehno povečuje – zlasti še po tistem, ko smo pridobili faktor vpliva in uvrstitev v Social Science Citation Indeks. Prihaja vse več sporočil, da je branje naše revije zanimivo, prispevki se vse pogosteje citirajo in uporabljajo v izobraževanju.

Zaradi splošne gospodarske krize ima večina slovenskih revij v zadnjem času težave s financiranjem, zato me zanima, kako se vaše uredništvo spoprijema s tem vprašanjem in kako poteka financiranje revije Zdravstveno varstvo?



Težave smo rešili na dva načina. Prvič: nihče od članov uredniškega odbora, vključno z mano kot urednikom, za svoje delo pri reviji ne prejema plačila. Tehnična urednica pa je zaposlena na Inštitutu za varovanje zdravja in tam opravlja še druga dela. Glede na sedanjo finančno krizo bo tako verjetno tudi v prihodnje. In drugič: materialne stroške izdajanja revije v celoti krije Inštitut za varovanje zdravja kot del svoje terciarne dejavnosti, zato se nam ni treba posebej boriti za finančna sredstva od sponzorjev in iz drugih virov, kar je precejšnja prednost. Poleg tega nam to daje še dodatno svobodo v odločanju o tem, kaj bomo objavili.

No, nekatere revije, ki so prav tako dostopne na spletu, so uvedle način plačevanja pred objavo članka. Po zaključnem recenzentskem postopku mora avtor s svojimi sodelavci prispevati večji ali manjši finančni prispevek k objavi. Kako gledate na to?

Takšna usmeritev nekaterih revij je razumljiva, saj si z njo zagotavljajo finančno vzdržnost. Prav zaradi tovrstnega pristopa pa se taka revija preusmeri od tistega, ki želi brati, na tistega, ki želi svoje podatke in rezultate raziskav objaviti. Ker so takšne revije največkrat prosto dostopne, je to dobro tudi za bralce in odmevnost publikacije. Sam sem velik privrženec prosto dostopne strokovne literature; med drugim tudi zato, ker omogoča

vsem, ne samo bogatim, da pridejo v stik z dosežki znanosti. Lahko se zgodi, da imajo raziskovalci iz finančno podhranjenih skupin težave z objavljanjem, če so cene objav previsoke. Tudi naša raziskovalna skupina se kdaj sooča s temi dilemami. Včasih je slišati trditev, da plačilo vpliva na to, ali bo članek v reviji sprejet ali ne. To se pri resnih revijah ne dogaja.

Revija Zdravstveno varstvo je v letu 2002 doživela temeljito prenovu. Takrat ste vpeljali tudi strog recenzentski postopek v skladu s standardi, ki veljajo za ugledne zdravstvene revije. Poleg tega je revija dobila še angleški naslov Slovenian Journal of Public Health, prispevki pa so odtlej objavljeni v slovenskem in angleškem jeziku. Zanima me, kaj je botrovalo tej spremembi in kako so jo sprejeli bralci?

Spremembam, ki ste jih našli, je botrovala izključno želja po čim večji odmevnosti revije. To smo želeli doseči tudi tako, da bi bili članki in izvlečki objavljeni v obeh jezikih. Avtor se lahko sam odloči, ali prvenstveno naslavlja slovensko strokovno javnost, ali pa ga zanima tudi širša odmevnost pri bralcih, ki ne poznajo slovenskega jezika. V tem primeru je članek seveda objavljen v angleščini. Kakšnih negativnih odzivov na to odločitev ni bilo; najbrž tudi zato, ker je velika večina člankov še vedno v slovenskem jeziku. Sicer pa jezik nima nobenega vpliva na odločitev, ali bo članek sprejet ali ne. Najpomembnejša je njegova kakovost.

Kakšno pa je razmerje med domačimi in tujimi avtorji?

Vsaj 80 odstotkov prispevkov je delo slovenskih avtorjev. Le včasih se zgodi, npr. pri tematskih izdajah, da je delež tujih avtorjev večji. Naša želja je, da bi se tudi sicer delež tujih avtorjev povečal, saj to vpliva na odmevnost revije v mednarodnem prostoru, ta pa je pomembna za indeksacijo. Opažamo trend povečevanja objav v angleščini.

Rekli ste, da pri recenzentskem postopku upoštevate merila, ki veljajo v vseh uglednih revijah, zato vas prosim, da bralcem revije Isis na kratko opišete, kako poteka recenzija prispevka. Katere so posebnosti recenzentskega postopka v reviji Zdravstveno varstvo?

Recenzentski postopek poteka po pravilih, kakršna veljajo v drugih uglednih revijah. Ob tem pa imamo tudi nekaj posebnosti. Prejeti članek najprej pregleda tehnična urednica, da ugotovi, ali sploh ustreza zahtevam revije. Prav neverjetno je, koliko avtorjev ne upošteva naših navodil za pripravo prispevkov. Kot urednik potem presodim, ali je članek sploh vreden recenzentskega postopka oz. ali naj ga sploh dam v recenzijo. Če ugotovim, da članek ni kakovosten, moram za mnenje zaprositi še enega od urednikov. Če se oba strinjata, je članek zavržen, ne da bi šel v recenzentski postopek. S takšno obravnavo

prihranimo nekaj dela recenzentom, pa tudi časa avtorjem. Včasih namreč komu tudi odpišemo, da je obravnavana tema sicer zanimiva, zato naj članek po ustreznih popravkih in dopolnitvah ponovno pošlje v objavo.

Kadar se odločimo za recenzentski postopek, članek prevzame eden od urednikov, ki ga pošlje v recenzijo najmanj trem recenzentom, od katerih morata biti dva s področja medicine. Možno je tudi obratno, tj. da sta dva z drugih področij in eden področja medicine. S tem zagotovimo večjo kakovost recenzije in interdisciplinarni pogled na tematiko, saj vemo, da različne stroke različno gledajo na javnozdravstvene probleme. Tak postopek resda zahteva nekoliko več dela, vendar se je doslej izkazal kot zelo učinkovit. Članek je praviloma treba popravljati in ves ta postopek vodi področni urednik. Končno odločitev glede objave sprejemem jaz na osnovi predloga področnega urednika.

Poudarjanje interdisciplinarnosti se pojavlja v številnih razpravah evropskih raziskovalnih in izobraževalnih ustanov. Pravijo, da to lahko predstavlja premik naprej in da je to nekaj novega. Po drugi strani pa vsi, ki se lotevajo interdisciplinarnosti, naletijo na ovire: vsaka disciplina namreč hoče zaščititi svoje področje in omejuje prostor drugi disciplini. Kako pri reviji Zdravstveno varstvo rešujete takšne probleme, če naletite nanje?

Odločitev za interdisciplinarnost se je zelo močno obrestovala, saj smo obogatili kakovost. Glede na javnozdravstvene probleme, ki se pojavljajo v Sloveniji, smo praktično pritegnili vse stroke, ki se s tem ukvarjajo pri nas. S tem smo njihovo znanje na nek način zbrali na enem mestu. Za zdaj ne opažamo, da bi prevladovalo kakšno posebno področje. Zmožnost produkcije strokovnih člankov v Sloveniji, ki je majhna država, je razmeroma majhna. Če želimo spodbuditi objavljanje na določenem področju, ki je bilo po mnenju uredništva slabše predstavljeno, potem pripravimo tematsko izdajo in zanjo imenujemo tudi



posebnega gostujočega urednika. Dosedanje izkušnje so bile zelo dobre, vendar moramo paziti, da s tem ne gremo predaleč.

Zadnje čase lahko veliko slišimo in beremo o plagiatstvu. Dandanes poznamo računalniške programe, s pomočjo katerih je možno primerjati obsežne arhive datotek in odkrivati morebitne primere plagiatorstva. Kako se v uredništvu revije Zdravstveno varstvo lotevate ugotavljanja morebitnega plagiatorstva?

Za zdaj za to skrbijo recenzenti, ki se spoznajo na svoje področje in tako lažje ugotovijo, ali gre za plagiat. Ko se nam je to zgodilo, smo avtorju sporočili, da je njegov prispevek zavržen, ker gre za delo, ki je bilo že objavljeno. Taki avtorji potem pridejo na t. i. »črno listo« uredništva, kar pomeni, da smo pri njihovih morebitnih ponovnih poskusih objave še posebno pozorni. Resno razmišljamo, da bi že rutinsko uporabljali računalniški program, ki omogoča odkrivanje plagiatov. Menim, da bo treba že v dokaj kratkem času sprejeti odločitev, da bomo to prakso uvedli že kar v recenzentski postopek. (V času priprave prispevka je uredništvo revije že vzpostavilo sistem preverjanja plagiatorstva prek programa CrossCheck.)

Bi bili prvo slovensko uredništvo s takšno prakso?

Težko rečem, ker ne poznam sistema dela pri drugih revijah.

Ali ocenjujete, da je v Sloveniji plagiatorstvo velik problem? V mislih imam področje medicine. Sploh vemo, v kakšnem obsegu se pojavlja?

Ta problem na področju medicine morda ni tako velik kot na nekaterih drugih področjih, ki so bila v medijih tudi izpostavljena. Verjetno je problem večji pri izdelavah diplomskih in magistrskih del. Žal ga ne bomo mogli odpraviti, dokler ne bomo imeli učinkovitih metod za odkrivanje tovrstnih primerov. Pritiski na strokovnjake, da objavijo čim več člankov zato, da si pridobijo raziskovalni projekt, se stopnjujejo; podobno je s pehanjem za učiteljske nazive. Vse to sili avtorje, da objavljajo veliko zelo podobnih člankov v različnih revijah.

V letu 2011 ste začeli uporabljati spletno aplikacijo Editorial Manager za podporo urednikovanju. Tako odslej v uredništvu sprejemate le še prispevke, ki so oddani prek nje. Kakšne so vaše izkušnje po uvedbi tega novega načina?

Izkušnje so zelo dobre. Aplikacija je poenostavila in izboljšala recenzentski postopek. Imamo tudi večji red. Ne dogaja se nam več, da bi se kak članek založil ali izgubil. Točno vemo, koliko člankov imamo v recenzentskem postopku in kakšen je odstotek zavrženih člankov. Vsi podatki so zlahka na voljo. Edina slaba stran je, da vsa komunikacija poteka v angleščini in v dopisih, katerih večji del je napisan vnaprej. Kadar se Slovenci pogovarjamo o slovenskih člankih, to včasih izpade nekoliko čudno in nam ni pretirano všeč. Nekateri avtorji so imeli glede tega upravičene pripombe.

Revijo Zdravstveno varstvo navajajo številni mednarodni indeksi. V letu 2011 pa ste prejeli prvi izračun fak-

torja vpliva, ki znaša 0,452. To je vsekakor zelo velik in zavidljiv dosežek, zato me zanima, kako so tekli postopki, ki so privedli do tega rezultata?

Pravzaprav se pri pridobitvi faktorja vpliva nismo posebej angažirali. Do tega je prišlo zato, ker nas je v *Social Science Citation Indeks* povabila institucija *Thomson Scientific*, ki je želela v svojo bazo vključiti več revij iz tega geografskega območja in s področja javnega zdravja. Zaposlili so nas, naj jim redno pošiljamo naše publikacije, revijo so ocenili in ugotovili, da je dovolj kakovostna, da se lahko uvrsti v njihovo bazo. Ko smo bili uvrščeni, so čez tri leta izračunali faktor vpliva revije. Gre za izračun, ki je v bistvu količnik med čistimi citati iz naše revije v uglednih revijah in številom objavljenih člankov.

Revija, ki jo urejate, v teoriji in praksi obsega celoten spekter javnega zdravja. S tem naj bi prispevala k izboljšanju zdravja prebivalcev in zdravstvenega varstva. Zanima me, po kakšnem postopku oz. ključu izbirate uvodničarje? So morda dobrodošle tudi razprave o vlogi etike na področju javnega zdravja? Kako načrtujete teme uvodnikov?

Uvodnike in uvodničarje predlagamo in potrjujemo na sejah uredniškega odbora. Določimo jih večinoma na osnovi prevladujočih člankov v posamezni številki, kar še zlasti velja za tematske izdaje. Revija ponuja tudi možnost »pisma uredništvu«, kjer avtorji lahko izražajo svoja mnenja in stališča. Mi se jih vedno veselimo, ker menim, da je dolžnost revije, da spodbuja strokovno razpravo in skozi take prispevke opozori na nekatere dileme in težave ter morda tudi polemizira glede kakšnih stvari, ki se dogajajo v javnosti.

Kakšni so vaši načrti in cilji za prihodnost?

Prvi cilj je seveda, da revija obdrži ta razmeroma visok faktor vpliva oz. da ne izpade iz SSCI. Prepričan sem, da nam bo to uspelo, saj dobivamo vse več prispevkov, ker so pač avtorji zainteresirani za njihovo objavo. Naslednji veliki cilj pa je uvrstitev v bazo *Medline*, kar pa ne bo tako preprosto. Svetovali so nam, da pridobimo še nekaj članov uredniškega odbora iz tujine in da povečamo odstotek člankov v angleškem jeziku. Sestava uredniškega odbora je stvar uredništva, objave v tujem jeziku pa so stvar avtorjev. Ne mislimo iti v prijavo, ne da bi bili prepričani, da nam bo uspelo. Trenutno ocenjujejo, da je verjetnost za uvrstitev v omenjeno bazo približno 60-odstotna, kar je po mnenju uredništva prenizko. Zato smo se odločili, da se še ne prijavimo. Je pa tudi res, da je bila ta verjetnost še pred letom samo 40-odstotna. Če bo šlo vse po pričakovanjih, v nekaj letih upamo tudi na uvrstitev v bazo *Medline*.

Želim vam, da bi preudarna uredniška politika prispevala k nadaljnji rasti vaše strokovne revije in s tem h kakovosti javnega zdravja v Sloveniji ter ne nazadnje tudi v Evropi. Za pogovor se vam najlepše zahvaljujem.

E-naslov: danica.rotar@gmail.com

Medicinska Ljubljana

Razvoj pediatrije in otroške bolnišnice v Ljubljani

Zvonka Zupanič Slavec

Spoznanje, da otrok ni le pomanjšana oblika odraslega, je v razvitem svetu v začetku 19. stoletja pripeljalo do ustanavljanja prvih otroških bolnišnic. Slovenski kulturni prostor je dobil prvo dobrodelno zasebno organizirano Bolnico kraljice Elizabete (Sissi) z 12 posteljami leta 1865 v Ljubljani, na Poljanah 54, njen protagonist pa je bil dr. Viljem Kovač. Dobrodelnost vplivnih članov takratne kranjske družbe je bolnišnico uspela vzdrževati nekaj let, nato pa je bila leta 1871 opuščena ljubljanska sirotišnica, tista, ki je pošiljala male bolnike in zagotavljala plačilo. Bolnišnica se je postopoma razvijala, širila in njeno vodstvo je pridobilo podporo, prodalo prvotno stavbo in se leta 1889 vselilo v novo stavbo s 30 posteljami na takratni Elizabetini ulici, kasnejši Ulici stare pravde. Po smrti dr. Kovača leta 1888 so v bolnišnici delovali nemški zdravniki in so jo ljudje pogovorno imenovali »nemška bolnica«, šele po 1. svetovni vojni, ko je ustanova izgubila vse premoženje zaradi vojnih kreditov, pa je mesto v njej dobil prvi slovenski pediater dr. Bogdan Derč, ki je s popolno predanostjo bolnim otrokom vse do leta 1948 ostal bolnišnični vodja, njen *spiritus agens in movens*. Z letom 1909 je na Kranjskem dobila svoje mesto tudi šolska medicina z začetnikoma dr. Jernejem Demšarjem in dr. Mavricijem Rusom. Začetki razvoja slovenskega javnega zdravstva, zasnovanega na ideologiji dr. Andrije Štamparja, sovpadajo z ustanovitvijo Higijenskega zavoda v Ljubljani leta 1923, ki ga je dr. Ivo Pirc predano vodil do konca 2. svetovne vojne. S sodelavci so razvili temeljne elemente javnega zdravstva, od laboratorijske dejavnosti do nadzora nad živili in pitno vodo ter asanacije okolja; nadalje so razvijali šolsko medicino, uvajali mlečne kuhinje, ki so preprečevale podhranjenost otrok, vpeljevali šolsko telovadbo in počitniške kolonije ter ustanavljali prve šole za t.i. zaščitne sestre. Najvažnejša pa je bila ustanovitev zdravstvenih domov. Znotraj njih so se razvile službe za varstvo mater in otrok, dispanzerji, ki so z uvedbo sistematskih pregledov spremljali rast in razvoj dojenčkov, malih otrok, predšolskih in šolskih otrok, spremljali so redna cepljenja, organizirano specialistično preverjanje tuberkuloznih obolenj, zdravje oči, ušes, gibal, zobovja itd. Vzporedno so se v času med obema svetovnima vojnama razvile nove institucije socialne pediatrije pod okriljem dr. Matije Ambrožiča in njegovih naslednikov, dr. Boga Dragaša in dr. Anče Konvalinke Tavčar. Ti so sprejemali v t.i. Dečji dom sirote, nezakonske otroke, skrbeli so za njihov sprejem v rejništvo, pomagali materam samohranilkam ... Vse skupaj je izjemno znižalo obolevnosti in umrljivosti otrok vseh starosti. Otroška bolnišnica je z ustanovitvijo popolne Medicinske



Leta 1865 je dr. Viljem Kovač ustanovil prvo otroško bolnišnico pri Slovencih, poimenovano po avstrijski cesarici Elizabeti – Sissi. Ta zasebna dobrodelna ustanova se je nahajala v Ljubljani na vogalu Poljanske ceste in Elizabetine ulice (kasneje Zrinjskega ulice, danes Ulice Papeža Janeza Pavla II.), kjer je danes Dom starejših občanov Poljane.

fakultete postala otroška klinika. Prevezla je tudi pouk pediatrije bodočih zdravnikov in raziskovalno delo ter s preselitvijo v nove prostore na Vrazovem trgu 1 z vse boljšo strokovno opremo nudila klinično oskrbo bolnim otrokom. S silnim razvojem medicine 20. stoletja tudi klinika na Vrazovem trgu ob koncu drugega tisočletja ni več zadoščala potrebam in se je z velikanskim trudom vseh vpletenih zavrtelo kolo razvoja naprej. Leta 2009 so se preselili v nove prostore Pediatrične klinike na Bohoričevi 20 v Ljubljani.



Pionir otroškega zdravstva, ljubljanski mestni fizik in higienik dr. Viljem Kovač (1830–1888) je leta 1865 udeležil zamisel (iz leta 1847) svojega predhodnika dr. Bernharda Pachnerja in osnoval prvo bolnišnico za otroke na Slovenskem (fotoarhiv Inštituta za zgodovino medicine MF UL).



Leta 1889 je bila vseljena nova stavba otroške bolnišnice s 30 bolniškimi posteljami v neposredni bližini prve lokacije na Elizabetini ulici v Ljubljani, kjer je delovala do preselitve na Vrazov trg 1, nato pa na istem mestu nadaljevala svoje delo kot Mestna otroška bolnica (fotoarhiv Inštituta za zgodovino medicine MF UL).

Ker je bila bolnišnica zgrajena v času epidemije tuberkuloze, je imela balkone z ležalnici, obrnjenimi na vzhod, kjer so jetični in rahitični otroci počivali na zraku in soncu. Leta 1955 so bolniški stavbi dogradili Centralni otroški dispanzer, ki je sodeloval z Unicefom. Po bolnišnični prenovi in nadgradnji dispanzerja v 80. letih 20. stoletja so obe stavbi povezali.

Razvoj otroškega zdravstva pri Slovencih

Slovenski prostor ni bil nikoli medicinska provinca. Zdravniki, ki so delovali med Slovenci, so bili sicer pogosto tujci, a tudi domačini, ki so se šolali na bližnjih univerzah: na Dunaju, v Pragi, Padovi in Bologni, po letu 1863 na graški in po letu 1869 innsbruški medicinski fakulteti. V domači prostor so prinašali aktualno znanje svojega časa, res pa je, da so se doma srečevali s težkimi gmotnimi razmerami. Do prosvetljenega absolutizma Jožefa II. (1741–1790) so bile razmere v zdravstvu na Slovenskem podobne kot v okoliških deželah.

Prva otroška bolnišnica pri Slovencih

Organizirano otroško zdravstveno varstvo se je pri nas začelo razvijati leta 1789, ko je bila ustanovljena **ljubljska najdenišnica** na Florjanski ulici, blizu cerkve sv. Florjana v Stari Ljubljani. **Sirotišnica**, ki je domovala v meščanskem špitalu, je v času Ilirskih provinc, ko so Francozi potrebovali prostor za svoje vojake, našla mesto ob porodnišnici na sedanji Dalmatinski ulici v Ljubljani. Pravo bolnišnično zdravljenje otrok pa ima mlajše korenine: ljubljanski magistrat je 23. junija 1847 predlagal dunajskemu magistratu, da se v Ljubljani ustanovi **otroška bolnišnica**, podobno kot dunajska pri sv. Jožefu v



Panoramski pogled iz sredine 20. stoletja na vzhodni del Ljubljane s cerkvijo Sv. Jožefa v ospredju, ob njej je otroška bolnišnica. V ozadju je šentpetersko predmestje s šentpetersko vojašnico in cerkvijo (iz zbirke doc. Janeza Fischingerja).

Wiednu. Magistrat je soglašal, toda leto 1848 je preprečilo uresničitev zamisli. Marčna revolucija je namreč prekržala račune marsikomu, tudi **dr. Bernhardu Pachnerju von Eggendorfu** (1803–1881), ki je spodbujal ustanovitev otroške bolnišnice, še posebej pa medikokirurškemu liceju, saj so ga celo zaprli. Tako je vprašanje otroške bolnišnice ostalo nerešeno vse do leta 1864, ko se ga je ponovno lotil ljubljanski mestni fizik in higienik **dr. Viljem Kovač** (1830–1888). Z javnim oklicem v septembru 1864 je pozval ljubljansko prebivalstvo, naj s prostovoljnimi prispevki podpre prizadevanja za ustanovitev prepotrebne otroške bolnišnice v Ljubljani.

Znan je članek, ki ga je dr. Kovač objavil v Bleiweisovih Novicah 3. maja 1865. V njem opisuje brezupno zdravstveno stanje revnih otrok na Kranjskem, izredno slabe socialne in materialne razmere med prebivalci ter poziva premožne meščane, naj s **prostovoljnimi prispevki podprejo ustanovitev otroške bolnišnice z desetimi posteljami**. Poziv je objavil tudi v glasilu *Laibacher Zeitung*. Sam je obljubil, da bo do konca življenja brezplačno delal za dobro otrok in za leto dni preskrbel brezplačna zdravila pri ljubljanskih lekarnarjih. S svojim predlogom je uspel, podprl ga je tudi takratni ljubljanski župan dr. Etbín Henrik Costa. Ustanovljen je bil t.i. **damski komite**, katerega članice so z dvojezično pisanim sporočilom hodile po mestu in zbirale prostovoljne prispevke. Že v kratkem času so tako gospe zbrale 4000 florintov, za tedanji čas veliko vsoto denarja. Ustanovili so **Društvo za vzdrževanje otroške bolnišnice v Ljubljani** in imeli v juniju 1864 prvi občni zbor pod predsedstvom župana dr. Coste. Prvi člen pravilnika Društva za vzdrževanje otroške bolnišnice je sporočal, da je »namen otroške bolnice z zasebno dobrodušnostjo nuditi otrokom potrebno zdravniško pomoč brezplačno«. Na naslednjih sejah so se sporazumeli za **nakup stare hiše na Poljanah 54**, poznejšega **Jožefišča**, danes doma starejših občanov, na vogalu Poljanske ceste in Ulice Janeza Pavla II. (nekdanje Zrinjskega ulice). Po ustreznih preureditvi so otroško bolnišnico **19. novembra 1865**



Dom duhovnih vaj – najprej Otroška bolnica (1948–1956), nato Mestna porodnišnica (1956–1972) in zatem Inštitut za načrtovanje družine (1972–1990) (foto Blaž Bertonec, 2012).

slovesno odprli. Zvečer je bila v reduti (plesni dvorani) v režiji Luize Pesjakove velika *Béseda* v korist otroške bolnišnice; prinesla je 377 goldinarjev. To je bil eden najslavnejših trenutkov v razvoju slovenske pediatrije, hkrati pa je Ljubljana kot druga v avstro-ogrski državi dobila otroško bolnišnico, četudi skoraj 40 let za Dunajem. V začetku je imela bolnišnica 12 postelj, od leta 1867 pa 17. Otroke je po zaobljubi do leta 1887 **brezplačno zdravil dr. Kovač**, ki je nesrečno umrl zaradi sepse ob inciziji večjega abscesa. Zaradi svoje iniciative o ustanovitvi otroške bolnišnice in dosmrtno brezplačne ordinacije v njej je bil 26. februarja 1866 na magistratni seji izvoljen za častnega meščana Ljubljane. **Otroke so oskrbovale usmiljene sestre. Zdravila** zanje je prav tako **brezplačno dajal lekarnar Albert Ramm**. Poročilo o delovanju bolnišnice v letu 1866 navaja, da je bilo vanjo sprejetih 64 otrok, devet se jih je zdravilo v bolnišnici od prejšnjega leta, umrlo jih je 10, 51 je bilo poslanih domov, 12 pa jih je ostalo hospitaliziranih. Umrljivost je znašala 13,7 odstotka – ta je bila v otroških bolnišnicah sv. Ane in sv. Jožefa na Dunaju 24-odstotna oz. 19-odstotna.

V začetku leta 1866 je dr. Kovač sprožil zamisel o »ustanovitvenih posteljah«, tj. posteljah, za katere premožnejši meščani darujejo večjo vsoto denarja. Ko je bil sam imenovan za častnega meščana, je v ta namen prispeval 1200 goldinarjev, kar je bila za takratni čas velikanska vsota. V naslednjih letih ni bilo velikih sprememb. Bolnišnica je za svoj obstoj potrebovala precej denarja, zato si je pomagala z dobrodelnimi prireditvami. Postopoma pa ji je po začetnem elanu začelo primanjkovati sredstev in ji je grozil celo propad. Rešilo jo je dejstvo, da je leta 1871 prenehala delovati ljubljanska najdenišnica in ji je zato **deželna bolnišnica začela proti plačilu pošiljati bolne otroke**. S temi plačili si je bolnišnica opomogla in je njen odbor predlagal prodajo obstoječega objekta ter nakup zemljišča za novogradnjo. Staro hišo so prodali Vincencijevi družbi za 13.000 goldinarjev in z darilom Kranjske hranilnice (20.000 goldinarjev) **na Streliški ulici zgradili novo bolnišnico**. Gradnja je sicer veliko stala – 32.800 goldinarjev, a stavbni mojster Treo je bolnišnico zgradil solidno in po takratnih zdravstvenih



Pediatrična dejavnost je tekla tudi v tej stavbi na Streliški ulici v Ljubljani (foto Blaž Bertonec, 2012).

predpisih. **Novembra 1889** – 14 mesecev po smrti dr. Vilijema Kovača – so vanjo **preselili prve male bolnike**. Zavod je še naprej ostal **zasebna dobrodelna ustanova**, imel je **30 postelj**, vodila pa sta jo nemška zdravnik, sprva **dr. J. Schuster**, za njim pa **dr. J. Staudacher**. V prvem letu je bila zasedenost le polovična, v naslednjih letih je bilo več sprejemov. Leta 1880 je bilo sprejetih 73 otrok, odpuščenih 53, umrlo jih je 17. Umrljivost je znašala 23,3 odstotka. Leta 1901 so **sprejeli 234 bolnikov**, 180 jih je ozdravelo, 32 umrlo; umrljivost se je torej znižala na 13 odstotkov in se je vidno znižala v primerjavi s prejšnjimi leti. Bolnike so od vsega začetka oskrbovale sestre usmiljenke. Otroci so boleli za različnimi boleznimi. Številne diagnoze



Prvi slovenski pediater, prvi profesor pediatrije, pisec strokovnih in poljudnih knjig o zdravju in boleznih otrok pri nas ter velik človekoljub prof. dr. Bogdan Derč (1880–1958) (fotoarhiv Inštituta za zgodovino medicine MF UL).



Začetnik socialne pediatrije v nekdanji Jugoslaviji in Sloveniji, pediater prof. dr. Matija Ambrožič (1889–1966) (fotoarhiv Inštituta za zgodovino medicine MF UL).



Prva lokacija Državne šolske poliklinike v Ljubljani je bila v lesenih barakah na dvorišču nekdanjega učiteljskega, danes Gimnazije Ledina na Resljevi cesti. Tam so se od leta 1924 odvijali sistematični pregledi šoloobveznih otrok v okviru Štamparjevega javnega zdravstva (fotoarhiv Inštituta za zgodovino medicine MF UL).



Pediatrična klinika na Vrazovem trgu v Ljubljani med 1953 in 2009.

je retrogradno težko potrditi, vseeno pa lahko iz ohranjenih poročil z zanesljivostjo sklepamo, da so bile **najhujša nadloga tuberkuloza, prirojene in pljučne bolezni, koze, bolezn** prebavil z driskami idr. Med otroškimi nalezljivimi boleznimi velja posebej omeniti **davico, ošpice in škrlatinko**. Davica je v 19. stoletju veljala za pravo otroško kugo in je še leta 1894 med obolelimi v Ljubljani zahtevala kar 42-odstotni smrtni davek. Prelomnica v zdravljenju te bolezni je bilo leto **1895**, ko so prvič uporabili **protidavični toksin**. Epidemija se je do leta 1910 ponovila le še enkrat, ko je leta 1900 med 200 obolelimi terjala



Dr. Bogo Dragaš je nasledil Ambrožičevo delo na področju preventivne in socialne pediatrije (fotoarhiv Inštituta za zgodovino medicine MF UL).

20 žrtev. Za **ošpice** še niso poznali pravega zdravljenja in so se proti njim bojevali z različnimi preventivnimi ukrepi, predvsem z izolacijo obolelega in razkuževanjem. V epidemični obliki so ošpice razsajale v letih 1895/96 in 1906. O razsežnosti obeh epidemij pričajo številke: v prvi je zbolelo 557 otrok in jih umrlo kar 50. Največji strah med starši pa je povzročala škrlatinka, in to ne le zaradi visoke umrljivosti, ampak tudi zaradi bolezenskih posledic na srcu ali izgube sluha, težav pri govoru in hoji. V epidemični obliki zasledimo škrlatinko v

letih 1895, 1900, 1901 in 1909. Iz šolskih zavodov so obolele prepeljali na infekcijski oddelek deželne bolnišnice, večinoma pa so jo otroci prebolevali doma. Čas ozdravitve je bil nekoliko daljši kot pri drugih nalezljivih boleznih, okoli šest tednov.

Prva svetovna vojna je hudo prizadela prvo slovensko otroško bolnišnico. **Med vojno** jo je **zasedla vojska in glavnica** se je **porabila za vojna posojila**. Privatni dohodki so usahnili, delno jo je vzdrževala le še Kranjska hranilnica. Leta **1918 je zavod popolnoma obubožal** in ga je v upravo prevzela tedanja deželna vlada za Slovenijo, Društvo za vzdrževanje otroške bolnišnice pa je prišlo pod državno nadzorstvo. Društveno poročilo iz leta 1908 je navedlo kot društveno premoženje poleg vrednosti stavbe še 47.278 kron v obligacijah in gotovini.

V prvih desetletjih 20. stoletja je bila otroška bolnišnična in občasna ambulantna dejavnost omejena samo na Ljubljano in je zajemala skromno število bolnih otrok. Leta **1919 je vodenje** otroške bolnišnice **prevzel dr. Bogdan Derč** (1880–1958), ki jo je vodil do leta 1947. Bolnišnico je našel v obupnem stanju: v njej je bilo 13 hiralcev, tri sestre usmiljenke, perica in hlapec. Delo ni bilo lahko: ustanova ni imela ne laboratorija ne lastne rentgenske naprave, zato je bilo treba s konjsko vprego voziti otroke na preiskave v Splošno bolnico na Zaloško cesto. Leta **1934** je uprava otroške bolnišnice **prešla pod splošno ljubljansko bolnišnico** in je v njej ostala ves čas predvojne Jugoslavije. Sprejemali so otroke do 14. leta starosti, vendar obolelih za škrlatinko, davico in podobnimi nalezljivimi boleznimi niso sprejemali.

Začetki socialne pediatrije pri Slovencih

Vzporedno z razvojem kurativnega otroškega zdravstva se je razvijalo tudi socialno-zdravstveno varstvo otrok. Velik korak naprej je pediatrija v Sloveniji storila, ko ji je dr. Andrija Štampar (1888–1959) iz Beograda poslal slovenskega zdravnika



Otroci z negovalnim osebjem na dvorišču Zavoda za zdravstveno zaščito mater in otrok v Ljubljani (današnja stavba ORL-klinike UKCL) sredi 20. stoletja (fotoarhiv Inštituta za zgodovino medicine MF UL).

prof. dr. Matijo Ambrožiča (1889–1966). Ta, za slovensko in jugoslovansko **preventivno in socialno pediatrijo** pomemben mož, je bil z odločbo Ministrstva za narodno zdravje junija **1923** imenovan za **predstojnika Zavoda za zdravstveno higiensko zaščito mater in otrok**. Na tem mestu je opravil pionirsko delo: **ustanovil otroški dispanzer, dečji dom in posvetovalnico za matere dojenčkov**. Leta **1926** ga je nasledil **dr. Bogo Dragaš**. Pri zavodu je leta 1924 začela delovati enoletna šola za dečje zaščitne sestre; ta pomeni začetek izobraževanja otroških negovalk v Sloveniji. Zaščitne sestre so v Sloveniji postale nosilke otroške nege, strokovne dejavnosti v otroških dispanzerjih in posvetovalnicah ter sodelavke pri socialnopediatrskem in zdravstvenoprosvetnem delu. Zavod je leta 1926 prevzel v upravljanje tudi **Dečji dispanzer v Mariboru**, posvetovalnico za matere in **oskrbovalnico za dojenčke v Trbovljah** ter ustanovil **Državni otroški dispanzer v Lukovici**, kjer je bila leta 1927 ustanovljena prva **otroška rejniška kolonija**, istega leta pa so odprli **posvetovalnico za matere tudi v Hrastniku**. Pred drugo svetovno vojno so bili ustanovljeni še otroški dispanzerji v Šentvidu pri Ljubljani (1928), na Viču (Glince) in v Zgornji Šiški (1936). Poleg teh so med obema svetovnima vojnama delovali še dispanzerji za dojenčke in otroke v Medvodah, Kranju, Trzinu, Logatcu, na Rakeku, v Cerknici, Novem mestu, Cerkljah, Brežicah, Metliki, Celju, Dolnji Lendavi in drugod. Nastale so tudi razne **zaščitne ustanove**, namenjene **gluhonemim in slepim otrokom, drugače prizadetim, sirotam in trpinčenim, prestopnikom in drugim**. Med najvažnejše ustanove te vrste štejejo: **Gluhonemnica** v Ljubljani (1850, 70 gojencev), **Društvo za otroško varstvo in mladinsko skrbstvo** (1908, okoli 500 otrok), **Zdravstvena posvetovalnica v Ljubljani** (1912 prostovoljno ordiniral dr. Derč), **Kranjsko deželno vzgajališče za mladostne** na današnji Povšetovi ulici v Ljubljani (t.i. **prisilne delavnice**), ki se je leta 1929 preselilo v grad Ponoviče pri Litiji. **Zavod za zdravstveno zaščito mater**



Čečeva vila v Ljubljani ob Gruberjevem prekopu je po 2. svetovni vojni postala protituberkulozna ustanova za jetične otroke iz osrednje Slovenije. Karel Čeč (1877–1965) je bil lastnik Katoliške tiskarne v Ljubljani, ki je bila pred 2. svetovno vojno najsodobneje opremljena jugoslovanska tiskarna. Danes je to Pravna fakulteta (po vojni je bila v njej najprej tiskarna Ljudske pravice, zatem Dnevnik), stoji na vogalu Kopitarjeve ulice in Poljanskega nasipa. V Čečevi vili je danes sedež hrvaškega veleposlaništva (foto Blaž Bertonec, 2012).

in otrok s posvetovalnico za matere z dojenčki in malimi otroki ter **otroško polikliniko** je bil ustanovljen leta **1923** in je leta **1935** opravil **124.000 pregledov**.

Začetki šolske medicine v Ljubljani

Šolska medicina na Slovenskem ima korenine v prvem desetletju 20. stoletja. Začela se je leta 1909 z ustanovitvijo **Mestne šolske poliklinike** v Mestnem domu v Ljubljani (današnje Šentjakobsko gledališče). Sprva so si šolsko medicino zamislili kot izrazito preventivno stroko in je zajela tedanjih 4.000 učencev iz Ljubljane. Delo njenih začetnikov **dr. Mavricija Rusa** (1879–1977) in **dr. Jerneja Demšarja** (1875–1961) je bilo temeljito pregledovanje prvošolcev ter skrb za preprečevanje nalezljivih bolezni in higieno šolskih prostorov. Njuno delo sta nadaljevali **dr. Slava Lunaček** in **dr. Mira Kuralt**. Leta **1924** je bila ustanovljena **Državna šolska poliklinika**, ki je tik pred drugo svetovno vojno, leta 1939, dobila sodobno stavbo na Aškerčevi ulici 14. Cerkvena društva in mestne oblasti so ustanovljale številne otroške vzgojne, učne in počitniške ustanove, športna društva in klubi pa so skrbeli za spodbujanje zdravja s telesno vzgojo.

Pediatrična klinika in njeno poslanstvo

Ustanovitev Univerze v Ljubljani leta 1919 je vlivala upanje, da bomo dobili Slovenci več zdravnikov, a so takrat v Beogradu odobrili le prve štiri semestre, tik pred drugo svetovno vojno leta 1940 pa še petega in šestega. Šele 31. julija **1945**



Pediatrična klinika na Bohoričevi ulici v Ljubljani – poslikava Jelke Reichman (foto Blaž Bertonec, 2012).

pa je **Medicinska fakulteta postala popolna** 10-semesterka šola. Med **učne predmete** je bila umeščena tudi **pediatrija**, za **prvega rednega profesorja** pa imenovan zaslužni pediater **dr. Bogdan Derč**. Otroška bolnišnica se je preimenovala v **Pediatrično kliniko**. Dr. Derč je bil kos težavni nalogi, ki mu je bila naložena, in je organiziral kakovosten pouk pediatrije. Predvsem je Derčeva zasluga, da je ob sebi zbral mlade in sposobne sodelavce, med njimi tudi svojega naslednika **dr. Marija Avčina** (1913–1995). Dr. Avčin je s strokovnim znanjem in organizacijskimi sposobnostmi uveljavil na otroški kliniki sodobna načela kurativne, preventivne in socialne pediatrije.

Po drugi svetovni vojni je bila stavba otroške bolnišnice veliko premajhna za tedanje potrebe, zato je postopoma pridobila še tri lokacije, in sicer: **oddelek za večje otroke** v Ulici stare pravde 11 (nacionalizirana Plečnikova stavba Duhovnih vaj pri cerkvi sv. Jožefa nasproti otroške bolnišnice), **oddelek za otroke s tuberkulozo** na Gruberjevem nabrežju 6 in **pediatrično ambulanto** na Streliški ulici 11. To ambulanto je od klinike prevzel leta 1954 na novo ustanovljeni **Centralni otroški dispanzer (COD)** in v njej deloval do konca leta 1955, ko je bila na Ulici stare pravde 2 zgrajena zanj nova stavba. COD je postal osrednji demonstracijski center za izvenbolnišnično, polivalentno zdravstveno oskrbo predšolskih otrok. Ker pa je poleti 1945 nastala popolna Medicinska fakulteta, ki je študente medicine učila tudi pediatrijo in jih vzgajala za zdravnike, je del pediatričnega osebja prevzel pedagoško in znanstvenoraziskovalno delo ter postal **Pediatrična klinika**, terciarna ustanova, usposobljena za obravnavo najtežjih bolnikov. Preostali del je ostal na stari lokaciji kot **Mestna otroška bolnica**. Kliniki je bila leta 1953 dodeljena novozgrajena velika **stavba Dečjega doma na Vrazovem trgu 1**, ki je prinesla izjemno izboljšanje možnosti dela z bolnimi otroki. Vanjo so sprva namestili le **bolne dojenčke**. Za vodjo tega oddelka je dr. Avčin imenoval svojega najbolje usposobljenega sodelavca **dr. Lea Matajca**. Slednji je posodobil klinično obravnavanje bolnih dojenčkov; razen drugih izboljšav je prvi pri nas uvedel intravensko aplikacijo tekočin, elektrolitov in zdravil, in to brez prepariranja žile. Prvi

pri nas je tudi pričel uvajati dirigirano rehidracijo in je s tem občutno zmanjšal umrljivost pri dehidriranih in elektrolitsko neuravnoteženih dojenčkih. V letih od 1954 do 1956 sta se na Vrazov trg preselila še **oddelka za predšolske** in šolske otroke, **Dečji dom MLO** (Mestne ljudske oblasti Ljubljana) pa je dobil na voljo prejšnji oddelek za bolne dojenčke **Otroške klinike** v stavbi na Ulici stare pravde.

Klinična pediatrija je dobila v novi stavbi na Vrazovem trgu zelo ugodne delovne pogoje za uspešen strokovni razvoj. K temu so veliko prispevale **Napredne ameriške Slovenke**, ki so kliniki darovale instalacijski material in številne dragocene diagnostične naprave, med drugim tudi rentgenski aparat in elektroencefalograf.

Profesorja Avčin in Matajca sta bila učitelja in mentorja svojim takratnim mlajšim sodelavcem – specialistom pediatrije. Prav slednji pa so menili, da bi bilo glede na napredek in hiter razvoj klinične pediatrije potrebno uvesti **subsposobni strokovne dejavnosti**. Klinika je bila namreč v novi stavbi prva leta razdeljena na **oddelke po starosti bolnikov** (neonatalni oddelek in oddelki za dojenčke, predšolske in šolske otroke). Nekateri mladi pediatri so pričeli zavzeto poglobljati znanje na posameznih področjih klinične pediatrije in tako so v naslednjih desetletjih razvili subsposobni oddelke in poliklinično ambulantno dejavnost ter tako oblikovali »pediatrični klinični center«.

Ne prezirimo tudi pomembnega dela, ki ga je za bolne otroke opravila pediatrija **dr. Anča Konvalinka Tavčar** (1900–1976), predvsem na področju **splošne puerikulture** (strokovno pravilne nege, vzreje in vzgoje otrok) in **socialne pediatrije**. Bila je **predstojnica Dečjega doma**, skromne stavbe v kompleksu Splošne bolnišnice ob Zaloški cesti. Prav njena zasluga je, da je prišlo do gradnje velike stavbe za nov **Dečji dom** na **Vrazovem trgu 1**, v katero se je čez nekaj let vselila **Otroška klinika**.

Premalo znano je tudi pionirsko delo za slovensko pediatrijo, ki ga je opravila **dr. Božena Grosman** (1903–1987). Rezultat njenega dela je bilo leta 1946 odprtje novega otroškega oddelka v Mariboru, kjer je postala njegova prva predstojnica. Leta 1947



Nova stavba Pediatrične klinike v Ljubljani na Bohoričevi ulici 20, vseljena 28. junija leta 2009. Leta 1998 je bil končan medicinsko-funkcionalni program in izveden javni razpis za novo pediatrično kliniko, na katerem je bil za projektanta izbran Biro 71 z arhitektom **Jurijem Princesom**. Temeljni kamen za novo kliniko je bil postavljen 14. oktobra 1998. Sledile so revizije projekta in zadnja je bila dokončana leta 2003, ko so se začela tudi zemeljska dela (foto Blaž Bertonec, 2012).

je bila imenovana za **načelnico oddelka za zaščito matere in naraščaja** na Ministrstvu za ljudsko zdravje Slovenije. Na tem vodilnem mestu republiškega zdravstvenega varstva mater in otrok je v letih od 1947 do 1950 veliko prispevala k **organizaciji celotnega otroškega zdravstvenega varstva** v Sloveniji. Prav v tem obdobju so v vseh večjih slovenskih mestih nastali tudi otroški oddelki splošnih bolnišnic.

Skozi desetletja druge polovice 20. stoletja se je na Pediatrični kliniki zvrstilo nešteto dogodkov: vodstvo in njeni zdravniki so težili k sodobnemu znanju in opremljenosti za čim boljše in duhu časa ustrezno zdravljenje, zdravstvena dejavnost in oddelki za otroke pa so tako zelo napredovali, da se je pol stoletja po vselitvi na Vrazov trg 1 zgodovina ponovila. Prostorska stiska je v iztekajočem se 20. stoletju terjala nove prostore, silen razvoj stroke pa več strokovnjakov. Materialno pomanjkanje je prisililo osrednjeslovensko klinično pediatrijo v vseslovensko in celo mednarodno akcijo izgradnje nove pediatrične klinike. Tako so se pediatri in zaščitniki otroškega zdravstva ob 130-letnici ustanovitve prve otroške bolnišnice pri Slovencih leta 1995 zbrali v Linhartovi dvorani Cankarjevega doma in pripravili prvo javno tribuno na temo novogradnje pediatrične klinike. Stavba na Vrazovem trgu je pol stoletja služila svojemu namenu, nakar je po dolgoletnih borbah zrasla **sodobna pediatrična klinika na Bohoričevi ulici 20** v Ljubljani, ki bo najverjetneje zadoščala za nadaljnjega pol stoletja, če se natalitetni trendi ne bodo bistveno spremenili. Prav tako bo čez leta čas za ocenitvene študije o boljšem psihofizičnem zdravju slovenskih otrok zaradi velikih razvojnih korakov sodobne medicine.

Sklep

Razvoj medicine in številna odkritja, ki so se pojavljala na njenih področjih skozi zadnjih 150 let, so močno vplivali na zdravje dojenčkov, malih otrok in mladostnikov. Z razvojem babištva se je znatno zmanjšala umrljivost otrok in mater ob porodih. Z odkritjem cepiv so otroške nalezljive bolezni (davica, škrlatinka, rdečke, otroška paraliza in druge), ki so pred tem v epidemičnih valih desetkale otroke in pogosto pred 20. stoletjem sočasno vzele več otrok v eni družini, postale obvladljive, predvsem pa so drastično zmanjšale umrljivost otrok. Cepiva so postala blagoslov tudi za kopico tropskih bolezni, ki so bile sicer neobvladljive.

Z odkritjem različnih kemoterapevtikov je bilo postopoma možno zdraviti vse več bolezni. Med najpomembnejšimi zdravili so bili antibiotiki, ki so postopoma obvladovali večino bakterijskih bolezni. Tudi virusna obolenja so z razvojem naravoslovnih znanosti dobivala vse boljše izgleda za zdravljenje, predvsem pa obla-

dovanje s preventivnimi cepljenji.

Odkritje insulina in z njim možnost zdravljenja juvenilnega diabetesa je prineslo odrešitev za otroke, ki bi bili sicer obsojeni na smrt. Podobno je odkritje hormonov in kortikosteroidov poseglo v patologijo te vrste in jo uspešno obvladovalo. Pravo revolucijo so prinesli vitamini, po odkritju katerih je postal rahitis z vitaminom D obvladljiva bolezen, skorbut z uporabo vitamina C prav tako ozdravljiv, itd. Minerali, ki so bistveni za normalno delovanje človeškega organizma, so prav tako marsikateremu otroku ohranili življenje, preprečili umsko zaostalost (kretenizem zaradi pomanjkanja joda) ali ohranili zdrave zobe (fluor proti zobni gnilobi). Med zdravili so se nadalje razvijali preparati za zdravljenje prebavil in presnove, bolezni krvi in krvotvornih organov, za zdravljenje srca in ožilja, dihal in čutil, kože in podkožnega tkiva, mišično-skeletnega sistema ter za zdravljenje sečil in spolovil. Dandanes si ne znamo več predstavljati, da otrok z oslABLJENIM imunskim sistemom ali rakavimi boleznimi ne bi zdravili, a pot do tega je bila dolga in vijugasta.

Otroci z različnimi prirojenimi boleznimi (gluhi, slepi, pohljeni...) pogosto niso bili deležni pomoči; otroci s prirojenimi srčnimi motnjami so bili še pred 50 leti obsojeni na zgodnjo smrt. Prav tako so pred dobo sodobne kirurgije umirali otroci zaradi danes banalnega vnetja slepiča ali različnih poškodb. Otroci z insuficienco ledvic so brez dialize umirali, tisti z nizko porodno težo pa so bili pred dobo inkubatorjev obsojeni na smrt. Invalidni so ostajali otroci s prirojenim izpahom kolkov in drugimi ortopedskimi boleznimi, ker sta bili ortopedija in rehabilitacijska medicina še v povojih.

Veliko sprememb je doživela tudi obravnava otroške duševnosti in njenih motenj, kjer danes pedopsihiatri in klinični psihologi vse pogosteje uspešno pomagajo.

Izboljšanje ekonomskega in izobrazbenega stanja družbe je posleglo tudi v socialne bolezni, predvsem jetiko, oziroma otroško obliko bolezni bezgavk – škrofulozo. Spoznanja o bolj zdravem načinu življenja, prehrani, telesnem gibanju in spodbudnem vpenjanju učenja in drugega izobraževalnega dela v otroštvo dolgoročno prinašajo boljše obete za širšo družbo. Načrtovanje družine z uvedbo uspešnih kontracepcijskih metod je prav tako izboljšalo kakovost otroštva, saj so družine z manjšim številom otrok večinoma uspele le-tem nuditi bolj zdravo, spodbudno in psihofizično uravnoteženo otroštvo.

Vpeljava zdravstvenega zavarovanja in podpora države pri javnozdravstvenem sistemu z otroškimi in šolskimi dispanzerji ter bolnišničnimi otroškimi oddelki, razvojem šolske medicine (sistematskimi pregledi, šolsko telovadbo, mlečnimi kuhinjami, počitniškimi kolonijami...) so vpeljali redno kurativno in preventivno zdravstveno skrb za otroke. Vpliv vsega tega na zdravje otrok in posredno vpliv na kakovostno, spodbudno in zadovoljno otroštvo je neprecenljiv. Naj tak tudi ostane.

Razvita družba je z velikimi dosežki medicine in razvojem javnega zdravstva predvsem v zadnjem stoletju pridobila psihofizično vse bolj zdrave dojenčke, male in šoloobvezne otroke ter s tem mladi- no, sposobno osvajanja znanja, bodočega produktivnega življenja in osebnega zadovoljstva. Žal ta privilegij velja le za razviti svet.

Zahvala: Za pomoč pri pripravi članka se zahvaljujem prof. Duši Fischinger in asist. dr. Borutu Brataniču.

Centralni otroški dispanzer v Ljubljani

Njegov nastanek, razmah in preoblikovanje

Zvonka Zupanič Slavec

Zdravniki, ki so življenja posvetili svoji stroki, so dragoceni pričevalci njenega razvoja. Niso le teoretiki, ki posredujejo učbeniška priporočila, ampak praktiki, ki so medicino živeli. Pediatrinja Špela Stojana Kratochvil Jerman je 35 let življenja posvetila zdravstvenemu varstvu otrok in ves čas delala v Centralnem otroškem dispanzerju v Ljubljani. Zato je njeno pričevanje živa zgodovina te ustanove in njenega dela, ki se plastično in s številnimi doživetji razgrinja pred nami. Zgodovinarjem medicine, ki se združujejo v okviru Inštituta za zgodovino medicine Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani in v Znanstvenem društvu za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije je svoje neokrnjene spomine z obilico pristnih doživetij približala v prostorih Slovenskega zdravniškega društva v oktobru leta 2012.

Viri in literatura:

1. Arhiv Republike Slovenije 432 Otroška bolnica v Ljubljani, 1892–1925 0.3 t. m./ 3 k.
2. Avčin M. Dediščina. *Slov Pediatr* 1995; 2: 12–8.
3. Avčin M. et al. Problem otroške bolnice v Ljubljani. *Zdrav Vestn* 1941; 13: 89–96.
4. Avčin M. Otroška klinika v Ljubljani je dograjena. *Priroda, človek in zdravje* XI; 1956: 1–2: 5–14.
5. Derč B, Svetlič M, Avčin M. Problem otroške bolnice v Ljubljani. *Zdrav Vestn* 1941; 13: 89–96.
6. Derč B. Pomen in vzpon pediatrije. Nastopno predavanje dr. Bogdana Derča. *Zdrav Vestn* 1946; 18: 215–32.
7. Gregorič A. Nekaj misli o slovenski pediatriji. *Slov Pediatr* 1996; 1–3: 9.
8. Jeras J. Pediatrija nekoč in danes. *Slovenija paralele* 70: 18–23.
9. Logar I. Iz zgodovine otroške bolnišnice v Ljubljani. *Priroda, človek in zdravje* XI; 1956: 9–10: 176–9.
10. Pintar I. Kovač Viljem. *Slovenski biografski leksikon 1925–1991*. Ljubljana: SAZU. Elektronska izdaja. <http://nl.ijs.si:8080/fedora/get/sbl:1228/VIEW/>. Pridobljeno 25. 5. 2012.
11. Pintar L. Pediatrija. V: *Enciklopedija Slovenije*, zv. 5. Ljubljana: MK, 1994: 291–30.
12. Rijavec L. Ljubljanske bolnišnice. Ljubljana: Uprava kliničnih bolnic, 1960: 29–32.
13. Šega J. O šolskem zdravstvu v Ljubljani pred prvo svetovno vojno. *Šolska kronika* 1994; 3: 120–9.
14. Šega J. Zdravstvene in higienske razmere v Ljubljani (1895–1910). *Gradivo in razprave* 12, Ljubljana: Zgodovinski arhiv Ljubljana, 1993: 1–133.

E-naslov: Zvonka.slavec@gmail.com

Danes velja prepričanje, da je novo vse, kar je nastalo v javnem zdravstvu po drugi svetovni vojni, pa ni tako. Povojna javnozdravstvena politika je bila praktično nadaljevanje Štamparjevega modela, ki se je razvil po prvi svetovni vojni in so bili njegovi nosilci higienski zavodi, ki so nastali po vseh večjih jugoslovanskih mestih. Iz njih so izhajali zdravstveni domovi, v njih pa se je vršilo sprva predvsem preventivno zdravstveno delo. Gospodarska kriza pred drugo svetovno vojno je zavrla rast teh Štamparjevih ustanov, a temelji so bili postavljeni in po drugi svetovni vojni se je razvoj le nadaljeval in dodal več poudarka še delavcem. Medicinska stroka se je razvijala, zdravstveno osebje je postajalo številčnejše, zdravstveno zavarovanje se je širilo, počasi pa sta rasli tudi ekonomska moč naroda in izobraženost ljudi. Vse to je pripomoglo, da sta se bistveno zmanjšali obolevnost in umrljivost otrok in dojenčkov.

Uvod

Zdravstveno stanje otrok v času po drugi svetovni vojni je bilo zlasti v gospodarsko manj razvitih državah zelo zaskrbljujoče. Podhranjenost, slabokrvnost, rahitis ter velika obolevnost in umrljivost za otroškimi boleznimi in tuberkulozo so bili problem, s katerim se je spopadla Svetovna zdravstvena organizacija, tako da je leta 1946 za pomoč otrokom ustanovila sklad – UNICEF (*United Nations Children's Fund*, v začetku imenovan *United Nations International Children's Emergency Fund*). V Parizu je bil ustanovljen Mednarodni otroški center, ki je prevzel vlogo stalnega izobraževanja na področju pediatrije in združuje ne le fizične, temveč tudi psihične in čustvene poglede zaščite v socialni pediatriji.

Podiplomskega študija socialne pediatrije se je v Mednarodnem otroškem centru udeležila tudi ljubljanska pediatrijka **Zdenka Humar**, takrat asistentka, kasneje **docentka na Pediatrični kliniki v Ljubljani**. Po vrnitvi iz Pariza je v začetku petdesetih let začela s pionirskim delom na področju **izvenbolnišničnega preventivnega in kurativnega zdravstvenega varstva otrok** v Ljubljani in Sloveniji. Leta 1954 je prevzela vodstvo **Centralnega otroškega dispanzerja v Ljubljani**.

Nastanek Centralnega otroškega dispanzerja v Ljubljani

Centralni otroški dispanzer (COD) je **1. januarja 1954 ustanovil** Mestni odbor Ljubljane. Zavod je od Uprave za zaščito matere in otroka prevzel sedem posvetovalnic (Ulica stare pravde 6, Beljaška ulica 34, Krekova ulica 5, Aškerčeva ulica 4, Vevče, Šentvid in Ježica), od poliklinike pet ambulant (Miklošičeva ulica 20, Ulica stare pravde 6, Krekova ulica 5, Beljaška ulica 34 in Vevče) ter ambulatorij pediatrične klinike na **Streliški ulici 11**, kjer so bili njihovi prvi delovni prostori. Delo v polikliničnem smislu se je začelo po preselitvi v nove prostore dispanzerja na Ulico stare pravde 2.

Zamisel centralne otroške ustanove polikliničnega tipa se je oblikovala nekaj let, preden je prišlo do realizacije. Vzklila je na pobudo Unicefa. Idejni načrt je oblikoval **pediater prof. dr. Marij Avčin** (1913–1995), gradbenega pa **inž. Jože Platner** (1904–1968). S finančnimi sredstvi Mestnega ljudskega odbora (MLO) Ljubljana in Sveta za ljudsko zdravstvo Ljudske republike Slovenije (LRS) je bila nova **stavba dograjena novembra 1955** in januarja 1956 so v njej pričeli delati.

Poslanstvo Centralnega otroškega dispanzerja

Naloge zavoda so bile zapisane v Ustanovni listini Mestnega ljudskega odbora Ljubljana in so obsegale **zdravstveno pomoč bolnim otrokom, zdravstveno vzgojo**, širjenje zdravstvene kulture, zbiranje statističnih podatkov o boleznih in umrljivosti otrok ter **izvajanje preventivnih ukrepov**, da bi zmanjšali obolevnost in umrljivost otrok.



Doc. dr. Zdenka Humar (1913–1991).



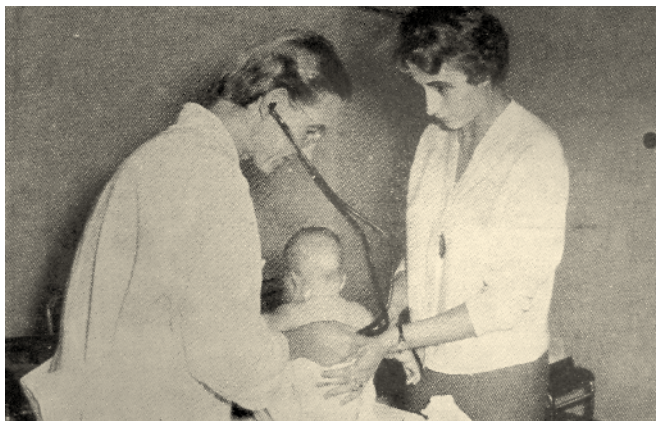
Prof. dr. Marij Avčin (1913–1995).

Tem nalogam se je po pogodbi z Unicefom, ki je opremil **demonstracijski center za zdravstveno varstvo otrok** (z mlečno kuhinjo in zobno ordinacijo), pridružila še **učna obveznost**, ki je **obsegala oblikovanje zdravstvenih kadrov vseh poklicev** za zdravstveno varstvo otrok.

Polivalentni dispanzer

Koncept polivalentnega dispanzerja kot demonstracijskega centra na določenem območju in v točno definiranih prostorih sta prof. Avčin in inž. Platner prvič predstavila na kongresu preventivne medicine na Bledu leta **1954** v referatu *Polivalentni dječji dispanzer kao instrument socialne pediatrije i demonstracijski centar*.

Zavod je tako imel začrtane ideje, ki jih je tekom let dopolnjeval in skušal realizirati. Postal je tudi razširjena učna baza Katedre za pediatrijo Medicinske fakultete. V prvih dveh letih obstoja so v sklop COD-a spadale vse otroške ambulante in



Pediatri so v posvetovalnicah za otroke v Centralnem otroškem dispanzerju opravljali preventivno in kurativno dejavnost.



Zobozdravstvena ordinacija Centralnega otroškega dispanzerja.

posvetovalnice na območju Ljubljane. V matični ustanovi so izvajali osnovne naloge, to je delo v posvetovalnici in ambulanti, poleg tega pa so imeli še laboratorij za rutinske preiskave in rentgenski aparat za diaskopijo. Ob ustanovitvi je v dispanzerju delal le en redno zaposleni specializant pediatrije (od 1. marca 1954) in en honorarni pediater oziroma specializant pediatrije. V področnih posvetovalnicah so bili zaposleni samo honorarni zdravniki, specialisti ali specializanti pediatrije (Daniela Pogačar).

Sodelovanje z zdravstvenimi domovi

Po preselitvi v novo stavbo COD-a leta 1956 se je delo vsebinsko razširilo. **Področne posvetovalnice in ambulante** so prevzeli novoustanovljeni **zdravstveni domovi**, ki so organizirali dispanzersko službo za svoja območja, COD pa je postal **okrajni zavod**.

V marcu 1956 je začel z delom **socialnomedicinski oddelek**, ki ga je vodila za to delo usposobljena medicinska sestra. V aprilu je pričel delovati **pljučno-rentgenski oddelek s protituberkulozno službo**, v maju pa **zobozdravstvena ambulanta**. Slednja sta bila v Sloveniji prvič organizirana posebej za starostno obdobje malega in predšolskega otroka.



V čakalnici Centralnega otroškega dispanzerja v Ljubljani.

Ordinacijske ure je dispanzer razširil tudi na popoldanski čas, **preventivno delo pa so dopolnili s cepljenjem**, tudi to kot prvi otroški dispanzer v Sloveniji. Število zaposlenih se je zvišalo: ob koncu leta 1956 so bili zaposleni trije stalni in en honorarni pediater, en zobozdravnik in honorarni zobozdravnik ter honorarni pediater – rentgenolog.

V letu 1957 se je v COD-u odprla specialistična **otorinolaringološka ordinacija** za dojenčke in predšolske otroke, istega leta je bilo uvedeno tudi **kontinuirano cepljenje otrok v posvetovalnicah**. Odprla se je **demonstracijska mlečna kuhinja**. Socialnomedicinski oddelek je organiziral **terensko delo** na področju Galjevice kot demonstracije **polivalentne patronažne službe**. Vse leto so s pomočjo honorarnih pediatrov in starejših specializantov pediatrije podnevi in ponoči opravljali **pediatrično posetno službo** za vso Ljubljano. V naslednjih letih se je ta služba omejila na dnevne pediatrične obiske v občini Ljubljana Center.

Novosti: sistematski pregledi, psihološki oddelek, genetska posvetovalnica, zdravstvenovzgojni oddelek

Jeseni leta 1959 so sploh prvič v Sloveniji odprli **psihološki oddelek** za potrebe predšolskih otrok, ki ga je vodila psihologinja Slavica Toličič in je postopoma pridobil vrsto sodelavcev. Leto zatem, 1960, je dispanzer uvedel **sistematske preglede otrok**, od leta 1959 naprej tudi **redne kontrole postvakuinalne uspešnosti** pri otrocih, cepljenih proti tuberkulozi.

Izpopolnjeno **zdravstvenovzgojno delo** je leta 1961 poleg individualnega **učenja o prehrani** v mlečni kuhinji prineslo tudi individualno **poučevanje staršev o negi** zdravega in bolnega otroka. V ta namen je bil oblikovan **zdravstvenovzgojni oddelek**, ki ga je vodil zdravnik s sodelovanjem dveh sester.



Pogled s ptičje perspektive na Centralni otroški dispanzer na Ulici stare pravde v Ljubljani z južne strani.



Še en pogled na zunanjo podobo Centralnega otroškega dispanzerja na vogalu Streliške ulice v Ljubljani.

Za otroke z ortopedskimi okvarami so v dispanzerju začeli izvajati **korektivno fizioterapijo** in tako z ortopedsko telovadbo pomagali odpravljati anomalije drže pri otrocih. V februarju **1963** je začela delovati **genetska posvetovalnica**, prva te vrste v vsej Jugoslaviji, ki jo je vodil prof. Avčin. Z nakupom novega rentgenskega aparata leta 1963 so omogočili izboljševanje radioloških preiskav in orientacijo predvsem na radiografijo.

Sodelovanje z vrtci

Ko je COD po decentralizaciji zdravstvene službe leta 1956 postal **okrajna ustanova**, je po svojih močeh skušal pomagati pri izboljšanju zdravstvene oskrbe otrok tudi v ljubljanskem okraju. Skrbel je za sistematično zdravstveno varstvo otrok v **vzgojno-varstvenih zavodih (VVZ)**, prav tako je bila uvedena **dežurna nedeljska služba** v ambulanti, ki so se je posluževali starši otrok iz vse Ljubljane, saj je bila edina. Zaposleni so obiskovali **okrajne zdravstvene ustanove** in z njihovimi kadri, pa tudi z lokalnimi, upravnimi in družbenimi organi razpravljali o njihovi delovni in strokovni problematiki. Da bi delo s terenskimi ustanovami še bolj uskladili, so v COD-u od leta 1961 organizirali **mesečne seminarje**, ki so se jih udeleževale predvsem **patronažne sestre** in posamezni zdravniki bližnjih zdravstvenih domov, občasno tudi **babice**. Zaposleni v COD-u so **pregledovali otroke tudi na terenu** in jih **cepili**, kjer področna zdravstvena služba dela še ni zmogla.

Zdravstveno izobraževanje

Že spomladi leta **1956** so bili v COD-u na praksi zdravniki, udeleženci **prvega podiplomskega tečaja** za delo v **zdravstvenem varstvu otrok in šolske mladine**. Istega leta so prišli tudi prvi študenti medicine in prvič v večjem številu gojenke raznih zdravstvenih šol, zdravniki na stažu in specializanti pediatrije ter diplomirane sestre in babice. Od takrat naprej so prihajali ti kadri vsako leto.

Poskrbljeno je bilo tudi za **strokovni dvig zaposlenih v dispanzerju; seminarji** so večinoma potekali v večernem času, in sicer na Pediatrični kliniki in v drugih ustanovah v Ljubljani, pa tudi drugih krajih po Sloveniji in Jugoslaviji. Štirje dispanzerski zdravniki in medicinska sestra so prejeli štipendije za izobraževanje v **Mednarodnem otroškem centru v Parizu**. V samem zavodu je bila izbrano opremljena **knjižnica**, ki je premogla več sto strokovnih knjig in separatov v različnih jezikih. Kot strokovna knjižnica je dajala podatke o svojem knjižnem fondu Narodni in univerzitetni knjižnici in Jugoslovanskemu bibliografskemu inštitutu v Beogradu. Redno je prejemale domače in devet tujih strokovnih revij.

V dispanzerju so opravljali tudi **znanstveno strokovno delo**; v šestdesetih letih je stekel longitudinalni **študij otrokovega razvoja, perinatalne problematike in psihološke problematike**.

Zdravstveni delavci so v okviru **zdravstvenoprosvetnega dela** pripravljali **poljudna predavanja** na Delavski univerzi, objavljali prispevke na radiu in televiziji ter v dnevnem časopisju.

Dispanzerska skrb za otrokov razvoj do vstopa v šolo – cepljenje

COD je bil v glavnem zadolžen za zdravstveno varstvo dojenčkov in predšolskih otrok občine Ljubljana Center, skrbel pa je tudi za druge otroke. Zaželeno je bilo, da starši pripeljejo že novorojenčka, nato pa naj bi v prvem in drugem letu starosti prihajali na redne preglede po zdravnikovem naročilu. Navodila za preglede so matere dobile že med nosečnostjo, v Ljubljani pa so jim obisk dispanzerja svetovali tudi v porodnišnici. S tem je bila ustvarjena **kontinuiteta v zdravstvenem varstvu pred, med in po rojstvu**. **Zdravnik v dispanzerju je prevzel skrb za otrokov pravilni telesni in duševni razvoj do vstopa v šolo.**



Zaposleni v Centralnem otroškem dispanzerju leta 1960. V prvi vrsti z leve: zobozdravnica ime? Kosovinc, instrumentarka, Henrik Peče; v drugi vrsti z leve: Sabina Praprotnik, NN, NN, doc. dr. Zdenka Humar, šesta psihologinja Slavica Pogačnik Toličič, prva v drugi vrsti z desne Zdenka Skalicky.

Poleg medicinskih sester v dispanzerju so imele pomembno vlogo tudi **patronažne sestre na terenu**. Patronažna sestra je bila vezana na zdravstveni dom, vendar ni obiskovala samo dojenčkov in predšolskih otrok, temveč tudi kronične bolnike, alkoholike in starejše. Prve dni po rojstvu je obiskala novorojenčka terenska babica, ki je poučila mamo o njegovi negi, dojenju in dala nasvete za kasnejši obisk v posvetovalnici dispanzerja. Za babico je prišla na hišni obisk še patronažna sestra, ki je znala svetovati in odkriti morebitne dejavnike okolja, ki bi lahko vplivali na pravilni razvoj otroka, ter o tem obveščala pediatra. Patronažne sestre so pogosto sodelovale tudi pri otrokovem pregledu v dispanzerju. Podobno se ta shema ohranja še danes.

V posvetovalnici se **točno beleži telesni in duševni razvoj otroka**. Če so odkrili prirojene ali pridobljene nepravilnosti, so otroka napotili na pregled k ustreznemu specialistu. Poleg **navodil o prehrani** in negi se je izvajala tudi antirahitična profilaksa, odkrivali so anomalije in izvajali preventivo izpaha kolkov s pravilnim povijanjem v abdukciji in radiološko preiskavo vseh sumljivih primerov.

Z rednimi pregledi v posvetovalnici je bilo uvedeno **kontinuirano cepljenje**, in sicer leta 1957 in 1958 s **cepivom Di-Te** proti davici in tetanusu, **od 1959** pa z **Di-Te-Per**, ki ob davici

in tetanusu otroka ščiti še pred oslovskim kašljem. Otroci, ki so bili v letih od 1958 do 1962 cepljeni samo s cepivom Di-Te, so naknadno dobili še cepivo proti oslovskemu kašlju. **Prvo cepljenje proti ošpicam** je bilo leta **1968**. Kasneje je bilo to cepivo **kombinirano še z vakcino proti rdečkam in mumpsu**.

Proti kozam se je **cepilo** v dispanzerju **od leta 1957 do ukinitve leta 1975**. S cepljenjem **proti otroški paralizi** so začeli leta **1957**. Običajno so otroka cepili istočasno še s cepivom Di-Te-Per, razen v poletnih mesecih, ko se proti paralizi ni cepilo. Prvi dve leti so cepili s Salkovim cepivom, kasneje s Sabinovim.

Da je bilo cepivo proti otroški paralizi uspešno, se je pokazalo že leta 1959, ko je bila v Jugoslaviji epidemija otroške paralize, v Sloveniji pa je bilo le malo primerov. Tudi oslovskega kašlja pri nas ni bilo, razen nekaj izjemnih primerov. Leta 1963, po treh letih cepljenja, sta se pojavila dva primera v občini Center, pred cepljenjem, leta 1955, pa je zbolelo za oslovskim kašljem 514 otrok. Po nekaj letih cepljenja se niti z davico niti z ošpicami pediatri niso več srečevali.

Pri dojenčkih, ki niso bili cepljeni v porodnišnici, je dispanzer od leta 1958 izvajal cepljenje proti tuberkulozi s cepivom **BCG**. Besežiranje v porodnišnici se je izvajalo **do leta 2005**. Učinek je bil kmalu viden, saj že **v šestdesetih letih** v statistikah ni več



Maškare na Mentalnohigienskem oddelku leta 1980. Na levi Špela Stojana Kratochvil Jerman, na sredi doc. dr. Zdenka Humar.

zaslediti **najtežjih oblik tuberkuloze** – miliarne tuberkuloze, tuberkuloznega meningitisa in kostne tuberkuloze. Sistematskim pregledom v dispanzerju so se pridružila testiranja na tuberkulozo. Na novo odkrite bolnike so zdravili na otroški kliniki, kasneje pa so jih kontrolirali v protituberkulozni ambulanti COD-a.

Evidenca in kontrola obveznikov za cepljenje v občini Ljubljana Center se je na COD-u izvajala od leta 1963 naprej. Cepilno kartoteko je vodil za to zadolžen uslužbenec, otrok pa je dobil izkaznico, kamor so se vpisovala vsa cepljenja v predšolskem in kasneje šolskem obdobju.

Mlečna kuhinja

V prostorih COD-a sta bila po priporočilih strokovnjaka Svetovne zdravstvene organizacije predvidena laboratorij in kuhinja, kjer bi matere lahko dobivale hrano za otroke v prvem letu za domov. Hrano bi pripravili v Dečjem domu, po podzemnem hodniku pa bi jo dostavili v mlečno kuhinjo COD-a. Od tam bi jo razdelili materam. Ta načrt ni bil nikoli izpeljan – le koliko mater bi dojilo svoje otroke, če bi zanje dobivale pripravljeno hrano v »menzi«? S prenehanjem dojenja bi pretrgali vez med materjo in dojenčkom. Veliko boljša je bila zamisel o poučevanju mater o zdravi in pravilni prehrani, ki jo je omogočil Unicef, ko je opremil mlečno kuhinjo s hladilnikom, električnim in bencinskim kuhalnikom, električnim sokovnikom in z nekaj posode. Leta 1957 je v mlečni kuhinji začela delati za to posebej izobražena medicinska sestra, ki je v **skupinah prikazala** pripravo hrane v prvem letu in dieto ob prebavnih motnjah otrok najprej strokovnemu kadru COD-a, nato pa tudi sestram, babicam, gojenkam šol za babice in medicinske sestre ter zdravnikom. V letu 1958 je medicinska sestra enkrat tedensko v COD-u organizirala tečaje za matere. V istem letu se je dr. Štefka Kavčič udeležila pettedenskega tečaja o prehrani otrok v Mednarodnem otroškem centru v Parizu in z medicinsko sestro izdala knjižico »Priprava hrane za otroke v prvem letu starosti«.



Pediatrinja Špela Stojana Kratochvil Jerman, ki je pripovedovala o svojem vseživljenjskem delu v Centralnem otroškem dispanzerju (foto Duša Fischinger, 2012).

Od leta 1959 je medicinska sestra delala ob posvetovalnici in **individualno** svetovala materam o pripravi hrane.

Druge dispanzerske službe

Zdravstvenovzgojni oddelek je bil ustanovljen leta **1961**, vodila ga je pediatrinja Zdenka Skalicky, kasneje pa ga je vodila pediatrinja Marija Kalan.

Zobozdravstveni oddelek je imel ves čas od leta **1956** svojo ordinacijo (opremo je dobil od Unicefa) in čakalnico. Sprva je zobozdravnika zaposloval honorarno, leta 1957 pa je vodstvo prevzela stalna zobozdravnica specialistka Jelena Mencinger, ki se ji je leta 1963 pridružila še stomatologinja Tatjana Kosovinc, vsaka s svojo instrumentarko. Naloga zobozdravnice je bila sanacija zob predšolskega otroka in preventivni sistematični pregledi varovancev COD-a. Spremljala je razvoj zob pri otrocih in poučevala o zaščiti pred zobno gnilobo, negi in higieni zob ter (ne)uporabi dude za preprečitev ortodontskih anomalij.

Socialnomedicinski oddelek je s patronažnimi obiski spremljal dejansko stanje in v sodelovanju s centri za socialno delo skrbel za varno, zdravo okolje ogroženih otrok. Tesno je sodeloval z Rdečim križem in Društvom prijateljev mladine, predvsem pri reševanju neurejenih družinskih in stanovanjskih razmer, pri boleznih, alkoholizmu, brezposelnosti, zanemarjanju otrok in njihovi zlorabi. Na Galjevici je medicinska sestra od leta 1957 organizirala prikaz dela polivalentne patronažne sestre.

Genetska posvetovalnica je bila najprej na pediatrični kliniki, od leta **1963** pa v COD-u. Vodil jo je **prof. dr. Marij Avčin**. Njen osrednji namen je bilo svetovanje staršem, ki so že imeli otroka s prirojenimi motnjami v duševnem in/ali telesnem razvoju. Ker je bila to prva genetska posvetovalnica v Jugoslaviji, so prihajali po nasvete iz različnih koncev Jugoslavije.

Mentalnohigienski oddelek je bil odprt leta **1959** in je bil takrat edini v Sloveniji. Kasneje so jih začeli ustanavljati pri drugih večjih otroških dispanzerjih po Sloveniji. Najprej je v

njem delala psihologinja prof. Toličičeva, ki je sčasoma pripeljala še enega psihologa, defektologa, dve logopedinji in socialno sestro, pedopsihiater pa je bil honorarni sodelavec. Zaradi psihičnih in vedenjskih motenj ter zaostajanja v duševnem razvoju so na oddelek prva leta prihajali otroci iz vse Slovenije, prevladovali pa so tisti iz Ljubljane in bližnjih krajev. Ko je psiholog ugotovil stopnjo prizadetosti, so se v vzgojno-terapevtsko delo vključili še defektolog, logoped in korektivni gimnastik. Otroka z duševnimi motnjami je bilo potrebno čim prej rehabilitirati, saj je le tako lahko osvojil znanje in spretnosti, ki so nujni za uspešno samostojno življenje v družbi. Ekipa je otroke spremljala nekaj let, nato pa je v šestem letu starosti naredila načrt za otrokovo nadaljnje usposabljanje. Socialna sestra je bila v stiku s šolami, vzgojno-varstvenimi ustanovami, vzgojno svetovalnico in varstvenimi zavodi ter centri za socialno delo.

V taki obliki je delo COD-a potekalo vse do leta **1968**, ko se je **preoblikoval v Otroški dispanzer zdravstvenega doma Ljubljana Center**. Takrat je bila mreža otroških dispanzerjev po Sloveniji že stkana in **rezultati** njihovega **dela** so bili vidni. **Kazalci umrljivosti dojenčkov in obolevnosti otrok** so približali Slovenijo naprednejšim državam Evrope.

Vodja dispanzerja je ostala **doc. dr. Zdenka Humar** do svoje upokojitve leta 1982. V njem je bilo stalno zaposlenih pet do šest pediatrov. Protituberkuloznih dispanzerjev takrat nismo več potrebovali, zato je v njihovih prostorih v sedemdesetih letih začela z delom **ambulanta za astmo in alergijske bolezni**, za kar se je s podiplomskim študijem usposobil pediater Matej Kunaver.

Po upokojitvi doc. Humarjeve so naslednja leta vodili otroški dispanzer prim. Danijela Pogačar Lapanja, Stojana Kratochvil Jerman in Matej Kunaver.

Leta **1984 se je Pediatrična nujna medicinska pomoč (PNMP)** s pediatrične klinike preselila v prostore dispanzerja, kjer je delovala do leta **1999**, ko se je preselila v Zdravstveni dom Ljubljana Center na Metelkovo ulico. Ponoči, ob nedeljah in praznikih so dežurali pediatri vseh ljubljanskih dispanzerjev.

Z dograditvijo Zdravstvenega doma Ljubljana Center leta **1985** je bila rentgenska diagnostika za predšolske otroke v prostorih otroškega dispanzerja ukinjena. Rentgensko slikanje za vse starostne skupine odtlej izvajajo rentgenologi imenovanega zdravstvenega doma.

Zobna ambulanta je leta **1986 zaprla svoja vrata**. Priključila se je zobozdravstvenemu dispanzerju za mladino na Aškerčevi ulici 4 v Ljubljani. Istega leta so stavbo Centralnega otroškega dispanzerja **prenovili**. Ob obnovi so zaradi izselitve rentgena razširili laboratorij. Uredili so urinarij, v katerem so na stolčkih, ki jih je patentiral dr. Rajko Kenda, odzvali urin tudi pri dojenčkih. Med prenovo so razširili prostore za delo defektologa, obeh logopedov in dveh psihologov ter uredili poseben dostop k laboratoriju za zdrave otroke. Prenovo so dočakali tudi prostori za fizioterapijo, kjer je že nekaj let fizioterapevtka,

specializirana za **nevrofizioterapijo**, uspešno obravnavala rizične dojenčke in otroke s cerebralno paralizo.

Od leta 1986, ko se je pediaterinja Meta Perme izobrazila za ultrazvočno preiskavo kolka, so opravljali **te preiskave** pri dojenčkih za potrebe vseh otroških dispanzerjev v Ljubljani v ultrazvočni ambulanti radiološkega oddelka Zdravstvenega doma Ljubljana Center.

Leta **2000** se je zmanjšalo število otrok v občini Ljubljana Center; mesto z novimi naselji se je širilo na periferijo, s tem pa se je povečal priliv otrok v ostalih otroških dispanzerjih. Nekaj otrok se je prepisalo tudi v zasebne ambulante za otroke. Za tako zmanjšan obseg dela je postala stavba COD prerazkošna. Dva pediater, mentalnohigienski oddelek in fizioterapijo so preselili v Zdravstveni dom Ljubljana Center, kjer si odtlej delijo prostor z Dispanzerjem za šolske otroke in mladino.

Smo dosegli cilj?

Če upoštevamo cilje iz ustanovitvenih dokumentov, smo našli pot in se cilju približali! Časi so se spreminjali in družba z njimi, velik napredek znanosti in medicine pa je pokazal nove naloge v zaščiti zdravja otrok, ubiramo nove poti, cilj pa bo še vedno ostal – telesno, duševno in čustveno zdrav otrok.

Prvi pediatri COD:

Doc. dr. Zdenka Humar (upokojena 1982, † 1991)

Prim. Sabina Praprotnik (upokojena 1963)

Danijela Pogačar Lapanja (upokojena 1985, † 2010)

Grozdana Bregant († 1983)

Štefka Kavčič (šla na Dermatološko kliniko UKCL v 60. letih)

Zdenka Skalicky (v 70. letih šla na Pediatrično kliniko)

Marija Kalan (upokojena 1991, † 2012)

Stojana Kratochvil (upokojena 1992)

V 70. in 80. letih so prišli pediatri:

Matej Kunaver

Meta Perme (zasebna praksa l. 2000)

Jurij Kurillo (upokojen 1991)

Meta Potokar Krajnik (upokojena 2000)

Zdenka Goluh

Fotografije so iz zbirke pediaterinje Špele Stojane Kratochvil Jerman.

Literatura:

- 10 let dela Centralnega otroškega dispanzerja v Ljubljani. Ljubljana, 1964.
- Kratochvil Jerman S. In memoriam doc. dr. Zdenka Humar-Ralca: Ob peti obletnici smrti. Zdrav Vestn 65, 1996: 30-31.

E-naslov: zvonka.slavec@gmail.com

Prof. dr. Marjan Pajntar, dr. med., dipl. psih. – osemdesetletnik

Tanja Premru Sršen

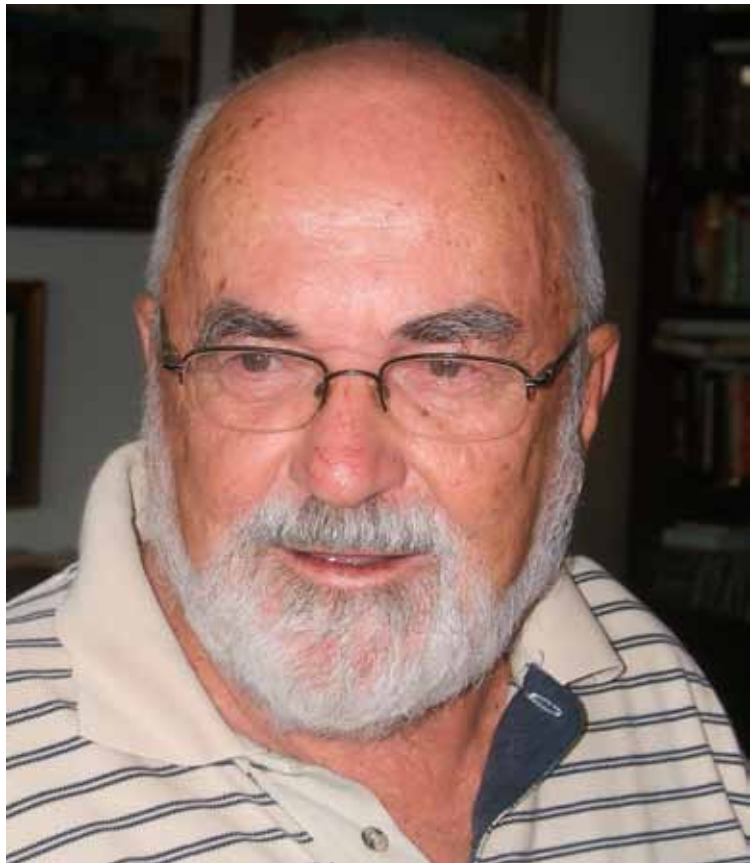
Marjan Pajntar je letos septembra dopolnil 80 let. Porodničar in psiholog je ustvarjalno usmerjal razvoj slovenskega porodništva in v porodništvo vpel pojem psihosomatike. S svojim pionirskim raziskovalnim delom na področju delovanja maternice med porodom in uvajanjem kakovosti v porodništvo je znan in priznan preko naših meja. Učitelj in prijatelj mnogim mladim zdravnikom in raziskovalcem je skrbel za vzgojo razmišljajočih, odprtih, sočutnih in k napredku usmerjenih strokovnjakov.

Rodil se je 6. septembra 1932 v Ljubljani. Vsestransko nadarjen je ob rednem šolanju nastopal v prvi vrsti slovenskih mladincev v gimnastiki in se v glasbeni šoli učil igrati na harmoniko in trobento. Najprej je obiskoval klasično gimnazijo in nato leta 1952 z odliko maturiral na Realni gimnaziji. Istega leta se je vpisal na Medicinsko fakulteto v Ljubljani, kjer ga je njegova vrojena radovednost poleg rednega študija že zelo zgodaj usmerila v raziskovalno delo. Zanj je leta 1956 prejel Prešernovo nagrado. Njegov nemirni um je potreboval nenehne izzive, zato se je leta 1957 vzporedno vpisal še na študij psihologije na Filozofski fakulteti v Ljubljani. Študij medicine je uspešno zaključil leta 1958 in študij psihologije tri leta kasneje. Izkušnja ob materinem porodu na domu ga je usmerila v specializacijo iz ginekologije in porodništva in leta 1965 je uspešno opravil specialistični izpit.

Svojo izjemno pot ginekologa in porodničarja je pričel v Porodnišnici Jesenice in nadaljeval v Porodnišnici Kranj, kjer je bil dolgoletni vodja porodniškega oddelka. V tistem času so zlasti Ljubljančanke prav zaradi njega hodile rojevat v Porodnišnico Kranj, saj so mu zaupale kot dobremu porodničarju, ki je poleg vsega s pomočjo hipnoze uspešno lajšal porodno bolečino. Ob vsej skrbi za ženske ga je raziskovalni duh gnal naprej in že leta 1969 je bil promoviran v doktorja znanosti s področja ginekologije in porodništva, leta 1971 je bil izvoljen v docenta, leta 1978 v naziv izrednega profesorja in leta 1984 v naziv rednega profesorja. Zaradi širokega strokovnega in raziskovalnega znanja so ga leta 1989 povabili na mesto vodje Službe za raziskovalno delo Ginekološke klinike v Ljubljani, kjer je ostal do upokojitve leta 1999. V tem času je leta 1994 zasedel učiteljsko mesto rednega profesorja

na Medicinski fakulteti v Ljubljani, kjer je bil zaradi zanimivih predavanj med študenti medicine zelo priljubljen. Za aktivni prispevek na strokovnem, pedagoškem in raziskovalnem področju mu je Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije leta 1995 podelilo naziv višji svetnik.

Svoje znanje in ideje ter ideje drugih strokovnjakov je želel združiti doma in v tujini. Sodeloval je pri ustanovitvi Združenja za perinatalno medicino pri Slovenskem zdravniškem društvu, Sekcije za perinatalno medicino Jugoslavije, Skupnosti perinatologov in neonatologov dežel Alpe-Adria in Društva za medicinsko hipnozo Slovenije, ki mu tudi predseduje. Njegovo vsestransko znanje, ustvarjalnost in inovativnost so prepoznali v mnogih združenjih doma in v



tujini. Dobil je diplomu športnega zdravnika, Sekcija za perinatalno medicino Hrvaške mu je podelila diplomu za dolgoletno delo na področju perinatalne medicine, Združenje ginekologov in porodničarjev Slovenije mu je podelilo priznanje za zasluge za razvoj na področju perinatologije, Evropsko združenje za hipnozo v psihoterapiji in psihosomatični mu je podelilo zlato plaketo za napredek hipnoze v Evropi, Združenje za perinatalno medicino Slovenije mu je podelilo priznanje za življenjsko delo v porodništvu. Njegovo vsestransko zagnanost za boljše življenje in zdravje slovenskih žensk je prepoznala tudi širša družba. Leta 2009 je prejel Hipokratovo priznanje, leta 2010 pa ga je predsednik Republike Slovenije odlikoval z redom za zasluge Republike Slovenije za raziskovalno, klinično in pedagoško delo na področju perinatologije in psihologije.

Jubilant je bil od leta 1986 pobudnik in nosilec projekta »Prezgodnji porod in prezgodaj rojeni otrok«, ki je v slovenski prostor vpeljal enotno zajemanje in obdelavo podatkov o nosečnicah in novorojenčkih in zasnoval enotno informacijsko bazo podatkov Perinatalni informacijski sistem Slovenije (PERIS). PERIS je bil revolucionaren prispevek v svetovnem merilu, ki je omogočil populacijske raziskave in uvajanje kontrole kakovosti v perinatologiji. Prav zaradi obdelave podatkov, izhajajočih iz PERISA, je možno v Sloveniji spremljati kazalce kakovosti v perinatologiji in uvajati izboljšave v skrbi za nosečnice in novorojenčke. Raziskovanju se je posvečal tudi na področju psihosomatike v porodništvu in na področju delovanja maternice v nosečnosti in med porodom. Sodeloval je tudi v odmevnem evropskem projektu o vplivu dela na izid nosečnosti (EUROPOP) in pri projektu kvalitativnega razvoja perinatalne nege (OBSQUUD) Svetovne zdravstvene organizacije. Plod njegovega raziskovanja je avtorstvo ali soavtorstvo več kot 350

znanstvenih in strokovnih člankov in nastanek knjige »Nosečnost in vodenje poroda«.

Zaradi širokega znanja in sposobnosti kritične presoje so ga povabili k sodelovanju v mnogih strokovnih združenjih in organizacijah. Bil je član izvršnega odbora Združenja za perinatalno medicino Slovenije, član Razširjenega strokovnega kolegija za ginekologijo in porodništvo, podpredsednik strokovnega kolegija Ginekološke klinike v Ljubljani, koordinator raziskovalnega polja »Reprodukcija človeka«, predsednik Komisije za raziskovalno delo UKCL in predsednik Komisije za mlade raziskovalce s področja medicine.

Kljub upokojitvi Marjan Pajntar zaradi izjemne življenjske ustvarjalne energije nadaljuje z delom na področju kakovosti v zdravstvu in področju psihoterapije. Pri Zdravniški zbornici Slovenije od leta 1999 vodi projekt »Kakovost v zdravstvu Slovenije« in na svoj neposreden in nepristranski način ozavešča zdravnike o nujnosti samonadzora in samokritike ter skuša doseči čim boljše oskrbo slovenskih bolnikov.

Kljub polnemu strokovnemu življenju naš jubilent ne pozablja na radosti vsakdanjega življenja, ki ga polnijo z vedrino. Je ljubitelj živali, še posebej konj, in izvrsten jahač. Umetnost in lepota s čopičem in platnom ga notranje bogatita. Vedno obdan s prijatelji in družino neguje medosebne odnose in skrbi za sproščeno druženje in smeh.

Jubilant je velik človek, ker je strokovnjak, ki ga žene večni raziskovalni nemir in želja po vsestranskem znanju ter napredku, hkrati pa čuteč, skromen in preprost. Široko znanje nesebično deli s komerkoli, ki ga potrebuje. Zato ga njegovi učenci, varovanci in sodelavci cenimo in ga imamo radi. In prav zato so ga cenile in ga imele rade njegove bolnice.

Življenje je prelepo in prekratko, da ne bi izkoristili prav vsakega dneva. In takšno polno življenje živi naš jubilent.

Ciril Pleško, dr. dent. med. – osemdesetletnik

Diana Terlevič Dabić, Stanka Ritonja

Če je kdo znal združiti loške zobozdravstvene delavce, je to zagotovo Ciril Pleško. Starejši kolegi se spominjajo njegovih obletnic in upokojitve z nasmehom in nostalgijo. Pa nas je presenetil tudi ob svoji osemdesetletnici. Praznovali smo skupaj z njegovo družino in prijatelji. In spet je bilo nepozabno.

Rojen je bil leta 1932 kot sedmi od enajstih otrok v Škofji Loki. Osnovne šole se spominja tudi po priimku Pleschko, kakor se je v njegova spričevala moral podpisovati oče. Med drugo svetovno vojno je bil v tako imenovani Ljudski šoli učni jezik nemški. Po končani nižji gimnaziji se je na prigovarjanje najstarejše sestre, češ da je zelo ročno spreten, vpisal na

OBLETNICA

Zobotehnično šolo v Ljubljani in jo tudi zaključil. Kot zobotehnik je delal na Bledu in v ZD Škofja Loka do leta 1960. Vmes je odslužil vojaško obveznost in si ustvaril družino. Njegova velika želja pa je bila, da bi delal kot zobni terapevt. Zato se je vpisal na Višjo dentistično šolo MF v Ljubljani. Breme preživljanja družine je prevzela žena Breda, kar pa v tistih časih ni bilo lahko. Po končanem študiju na tej šoli se je moral ponovno zaposliti – zdaj kot terapevt. Pa vendar si je želel znati več. Tako je ob delu nadaljeval študij na MF – Odsek za stomatologijo in maja 1970 diplomiral kot doktor stomatologije.

Do upokojitve leta 1993 je vseskozi delal v zobni ambulanti za odrasle v ZD Škofja Loka. Svoje delo je imel zelo rad. To so čutili tako njegovi pacienti kot tudi mi, njegovi sodelavci. Vedno se je trudil ljudem pomagati po svojih najboljših močeh. Pri delu je bil natančen, dosledno je sledil napredku v stroki. Tudi mlajšim kolegom je rad priskočil na pomoč. S svojimi bogatimi izkušnjami nam je bil vedno na razpolago za nasvet in podporo.

Ne smemo pa izpustiti njegovega udejstvovanja po službi. Je dober mož, oče in dedek, je pevec, smučar, planinec, gobar, ribič, popotnik. Ciril je izvrsten pevec. Začel je s sekstetom bratov Pleško, sodeloval med drugimi z Miho Dolžanom in še vedno prepeva v komornih zasedbah. Iatroski nikoli ne mine brez našega Cirila, seveda pa ga vedno vabijo še na druga smučarska tekmovanja. Posledica tega je stena odličij v njegovi sobi. Prehodil je že vse alpske vršace, ne pozablja pa tudi domačih hribov. Rad potuje, z ženo sta si nazadnje ogledala Črno goro.

Sodelavci ga vedno občudujemo, kako kljubuje času. Ostaja enak, poln energije in bistrih misli. Njegov življenjski moto je »Stori sočloveku kaj dobrega in si v srcu nagrajen.«



Hvala ti Ciril, veliko dobrega si že storil in še boš, želimo ti dobrega zdravja in se zahvaljujemo za povabilo.

E-naslov: diana.terlevic@siol.net



Veliko priznanje Slovenskega zdravniškega društva prim. prof. Erihu Tetičkoviču

Martin Rakuša

Tridesetega oktobra 2012 je bil posebno slovesen dan za mariborsko in slovensko nevrologijo. Slovensko zdravniško društvo vsako leto podeli eno priznanje dr. Franca Derganca članu, ki je s svojim preteklim delom še posebej stopil iz povprečja in s svojo publicistiko prispeval k razvoju stroke, humanizma in intelektualnim vrednotam. Letos je prim. prof. Erih Tetičkovič na XIII. kongresu Slovenskega zdravniškega društva prejel Dergančevo priznanje.

Erih Tetičkovič se je rodil leta 1944 v Mariboru. Po končani klasični gimnaziji se je vpisal na Medicinsko fakulteto v Zagrebu, kjer je leta 1968 promoviral. Dve leti kasneje je v bolnišnici v Mariboru pričel specializacijo iz nevropsihiatrije in jo končal leta 1974. V začetku 80. let je dodatno opravil subspecialistični tečaj iz Dopplerjeve sonografije v diagnostiki možganskožilnih bolezni. Na zagrebški fakulteti je leta 1989 uspešno obranil doktorsko disertacijo z naslovom »*Angiosonografija u ranom otkrivanju i postoperativnom praćenju ekstrakranijskih karotidnih stenoza*«.

V svoji dolgoletni praksi je prim. prof. Tetičkovič poleg rednega dela opravljal več zahtevnih strokovnih funkcij. Dvanajst let je bil predstojnik Oddelka za nevrološke bolezni mariborske bolnišnice. V tem času je pripomogel k razvoju, modernizaciji in razširitvi oddelka ter k razvoju Splošne bolnišnice Maribor v Univerzitetni klinični center. Več let je član razširjenega strokovnega kolegija za nevrologijo pri Ministrstvu za zdravje RS in dva mandata je bil njegov predsednik.

Njegov strokovni opus je obsežen. Pri tem velja še posebej poudariti njegovo ljubezen do nevrosonologije. Leta 1992 je izdal prvi slovenski učbenik *Dopplerjeva sonografija možganskega ožilja*, kateremu sta v naslednjih letih sledila še *Tridimenzionalna ultrasonografija v nevrologiji* in univerzitetni učbenik *Nevrosonologija*. Vsi trije učbeniki so priljubljeni med slušatelji nevrosonološke šole tako v Sloveniji kot na Hrvaškem.

Pri svojem delu se je ves čas zavedal pomembnosti sodelovanja z drugimi ustanovami in organizacijami. Skupaj s kolegi iz Ljubljane je priredil sedaj tradicionalni srečanja *Sodobni pogledi na možganskožilne bolezni* v Mariboru in *Akutna možganska kap* v Ljubljani. Sodeloval je v več pomembnih mednarodnih raziskavah, katerih rezultati so objavljeni v reviji *Lancet*. Za zasluge za uspešno mednarodno sodelovanje s Centrom za nevrološke znanosti in možgane pri Ministrstvu za zdravje Republike Hrvaške in z Nevrološko kliniko Sestre milosrdnice v Zagrebu je leta 2011 prejel srebrni grb mesta Zagreb.

Poleg znanstvenega in strokovnega dela je treba omeniti še pedagoško. Že od leta 1974 z vso zavzetostjo predaja nevrološko



Z leve: prim. prof. Erih Tetičkovič, prof. dr. Pavel Poredoš, predsednik Slovenskega zdravniškega društva, in minister za zdravje Republike Slovenije Tomaž Gantar.

znanje. Najprej je učil na Srednji zdravstveni šoli v Mariboru, nato na Višji in Visoki zdravstveni šoli ter Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru. Leta 1993 je bil kot prvi Mariborčan habilitiran za docenta na področju nevrologije na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Pri svojem pedagoškem delu je opazil potrebo študentov in pomanjkanje slovenskih učbenikov. Zato je leta 1997 izdal univerzitetni učbenik *Klinična nevrologija*. Leta 2005 je bil habilitiran za profesorja. Od ustanovitve Medicinske fakultete Univerze v Mariboru je predstojnik katedre za nevrologijo.

Pri svojem delu s študenti se ni posvetil samo predajanju znanja, ampak se je zavedal tudi njihovega težkega gmotnega položaja. Zato je dal pobudo za ustanovitev Fundacije prim. dr. Janka Držičnika v okviru Društva za srce v Mariboru, ki vsako leto podeli štipendijo enemu izmed študentov Medicinske fakultete v Mariboru.

Mariborčani poznajo prim. prof. Tetičkoviča ne samo kot priljubljenega in uspešnega zdravnika, ampak tudi kot velikega

humanista, ljubitelja hortikulture in borca za pravice živali. Za delo na teh področjih je prejel številne nagrade in priznanja, med drugim bronasti grb mesta Maribor in zlato vrtnico Maribora. Leta 2005 je bil izbran za »naj« osebnost Maribora.

Prim. prof. Erih Tetičkovič je na svoji poklicni poti storil mnogo dobrega. Ob vseh nagradah, plaketah in priznanjih pa je na svoji poklicni poti prejel najlepšo nagrado – hvaležnost svojih bolnikov, sodelavcev in študentov.

Literatura:

1. Tetičkovič E. *Dopplerjeva sonografija možganskega ožilja*. Maribor: Obzorja: Mariborski tisk, 1992.

2. Tetičkovič E. *Tridimenzionalna ultrasonografija v neurologiji : [atlas in priručnik] = Three-dimensional ultrasonography in neurology : [atlas and manuel]*. Maribor: Obzorja, 2001.
3. Tetičkovič E. *Nevrosonologija*. Maribor: Pivec, 2011.
4. MRC Asymptomatic Carotid Surgery Trial (ACST) Collaborative Group. Prevention of disabling and fatal strokes by successful carotid endarterectomy in patients without recent neurological symptoms: randomised controlled trial. *Lancet* 2004, št. 9420: 1491–1502.
5. ACST Collaborative Group. 10-year stroke prevention after successful carotid endarterectomy for asymptomatic stenosis (ACST-1): a multi-centre randomised trial. *Lancet* 2010, št. 9746: 1074–1084.
6. Tetičkovič E. *Klinična neurologija*. Maribor: Obzorja, 1997.

E-naslov: ris101@gmail.com

Strokovni sestanek MHS SZD in ZDZZKS in 100-letnica smrti dr. Josipa Vošnjaka

Elko Borko

Minilo je že 100 let od smrti pomembnega štajerskega Slovenca, zdravnika, pisatelja, gorečega narodnega buditelja in borca za Zedinjeno Slovenijo dr. Josipa Vošnjaka. Medikohistorična sekcija SZD (MHS SZD) in Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije (ZDZZKS) – Maribor sta zato 5. oktobra 2012 pripravila strokovni izlet v Slovensko Bistrico in vzhodni del Pohorja. Namen izleta je bil počastiti tega izjemnega narodnega buditelja in na njegov grob na pokopališču v Zgornji Ložnici položiti spominski venček ter se mu tako zahvaliti za ves trud pri naporih, da se iz avstrijskih dežel, v katerih prebivajo Slovenci, izoblikuje Zedinjena Slovenija kot

država celotnega slovenskega naroda. Leta 1918, po razpadu avstro-ogrske monarhije, je končno nastala Slovenija, tako da sta se združili dotedanja dežela Kranjska in Spodnja Štajerska. Žal pa se v novo državo niso vključile druge dežele, poseljene s Slovenci. Tako so velesile takrat dodelile Goriško in Istro s Trstom Kraljevini Italiji, Koroška pa se ni priključila Sloveniji, saj se je večina prebivalstva na plebiscitu odločila za Avstrijo.

Polnemu avtobusu članov, ki so se pripeljali iz Maribora, so se v Slovenski Bistrici priključili udeleženci iz drugih krajev. V bistriškem gradu je sedež Zavoda za kulturo v Slovenski Bistrici. Na grajskem dvorišču sta udeležence pozdravila župan Slovenske

Bistrice dr. Ivan Žagar in direktorica Zdravstvenega doma Jožefa Lešnik Hren, dr. med. Direktorica zavoda gospa Herta Žagar in kustosinja Ursula Hribernik sta predstavili znamenitosti mesta in njegove okolice. Kolektiv Zavoda za kulturo Slovenske Bistrice (ZZK) je za udeležence pripravil pogostitev ter v glavni in izjemno lepi dvorani uredil prostor za strokovni del srečanja.

Po programu je doc. dr. Gregor Pivec predstavil partizansko saniteto na vzhodnem delu Pohorja in njenega organizatorja prim. Zmaga Slokana. Prof. dr. Elko Borko in akademikinja Zinko Zorko sta predstavila življenje in delo dr. Josipa Vošnjaka. Direktorica zavoda gospa Herta Žagar in



Udeleženci strokovne ekskurzije pred grajskim vhodom v Slovenski Bistrici.



Skupina udeležencev med ogledom spominske sobe zdravnice za plastično kirurgijo prof. Zore Janžekovič.



Grob dr. Josipa Vošnjaka s spominskim venčkom Zdravniškega društva Maribor in UKC Maribor. Desno je grob in spomenik njegove hčerke Zorike, ki je umrla leta 1882 zaradi davice.



Partizanska bolnišnica Jesen v gozdu pod Tremi Kralji na Pohorju.

kustosinja Ursula Hribernik sta poročali o partizanski bolnišnici Jesen, arheolog Ivan Tušek pa je predstavil svojo knjigo »Rimska vojska v republiki in cesarstvu«. Po ogledu izjemnega reklamnega filma smo si ogledali del razstavnih prostorov muzeja ter posebni spominski sobi zdravnice profesorice Zore Janžekovič in pisatelja Antona Ingoliča.

Po tem zanimivem delu ekskurzije smo se v spremstvu kustosa ZZK Slovenska Bistrica Vikija Ajda odpeljali na pokopališče v Zgornjo Ložnico, kjer sta pokopana dr. Josip Vošnjak in njegova hčerka. Med kratko slovesnostjo smo na grob položili spominski venček in ob tem obudili in razpravljali o pomenu verzov, ki jih je zdravnik in pisatelj pripravil pred svojo smrtjo in so vklesani na njegovem nagrobnem spomeniku: »Zemeljsko življenje / Nemir in trpljenje / Smrt rešitev / Nova poroditev / Truplo strohni / Duh moj živi / Plava v višave / V brezmejne daljave / Po božjem obličju hrepeni.«

Po obronkih sončnega Pohorja nas je avtobus pripeljal v globel pod Tremi Kralji na Pohorju, v kateri je še edina partizanska bolnišnica na tem delu Pohorja. Pod vodstvom kustosa gospoda Ajda smo si ogledali vse prostore bolnišnice in se seznanili z delovanjem bolnišnice in drugimi srečnimi okoliščinami, da je okupatorjevi vojaki niso odkrili. Pri tem smo spoštljivo poslušali, kako vlogo so pri tem imeli zavedni in hrabri domačini. Pod tem vtisom smo se odpravili do gostilne Brbre v Turiški vasi, ki je postavljena na obronke Pohorja z lepim razgledom po dolini in z bližnjim poznorimskim arheološkim najdiščem. Med poznim kosilom, ki je priložnostjo udeležencem, je bilo veliko priložnosti za razpravo, ki je popestrila celotno srečanje. Sestanek se je končal v določenem času in po zagotovilih udeležencev izpolnil pričakovanja, kar dokazuje dejstvo, da je več zdravnikov izpolnilo prijavnji obrazec in se včlanilo v MHS SZD.

E-naslov: elko.borko@guest.arnes.si

Inštitut za zgodovino medicine Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani naproša vse lastnike starih medicinskih fotografij, da z njimi obogatijo nacionalno zgodovinskomedicinsko fototeko. Prav tako naproša lastnike Biltena Kliničnega centra Ljubljana, da ga predajo, če ga ne potrebujejo.

Poznavanje prehojene strokovne poti nas navdaja s ponosom in nas usmerja k nadaljnjemu razvoju. Vnaprej hvala.

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

Dr. Josip Vošnjak – zdravnik, pisatelj in narodni buditelj

Elko Borko

Josip Vošnjak se je rodil 4. januarja 1834 v Šoštanju v Šaleški dolini, ki je ena od »najlepših dolin v Spodnjem Štajerju.« Oče je bil obrtnik usnjar, kar je omogočalo varno življenje velike družine, mati pa gospodinja, o kateri je kasneje zapisal. »Bila je kratko rečeno najuglednejša gospodinja in najmilejša mati svojim šestim otrokom.« V družini so med seboj govorili nemško, četudi so znali tudi slovensko. »Čutili pa se nismo ne za Nemce, ne za Slovence, ker se za narodnost sploh nikdo ni menil do l. 1848 in nam je jezik bil samo sredstvo, da se sporazumevamo med seboj in z drugimi.« Osnovno šolo je začel obiskovati v Šoštanju, tretji razred pa je dokončal v Celju. Tu so ga vpisali tudi v gimnazijo, že naslednje leto je bil v Gradcu. Srednješolsko izobraževanje pa je dokončal z odliko na Dunaju in se leta 1852 vpisal na dunajsko medicinsko fakulteto.

1. marca 1858 je končal študij medicine. Študijski program je dooločal, da po petem letniku študija kandidati za doktorje medicine opravijo štiri rigoroze, dva za medicinski in dva za kirurški naziv. Po predpisih je študent lahko opravljal ta strogi izpit šele tri mesece po prejšnjem. Tako je bil promoviran 1. marca 1858 za doktorja medicine, 30. julija 1858 pa za doktorja kirurgije. Takoj zatem je pričel z zdravniškim delom v domačem Šoštanju, vendar ni imel preveč dela, saj je v Šoštanju deloval tudi kirurg Neckermann, ki je bil med meščani zelo priljubljen.

Zato se je z veseljem odzval pozivu oblasti civilnim zdravnikom, naj pomagajo pri oskrbi množice ranjencev, ki so po bitki pri Solferinu 24. junija 1859, v kateri je bila avstrijska armada premagana, preplavili tudi Ljubljano. Dr. Josip Vošnjak je tako 6. julija 1859 odšel v Ljubljano in v vojaški bolnišnici, ki je bila nasproti »Slona«, začel svojo vojaško službo pod vodstvom deželnega primarija kirurga dr. Frana Fuxa. V svojih spominih je kasneje opisal to delo, ki je še danes zanimivo branje za vsakega zdravnika: »Tu sem prvič videl grozovitosti vojske. Koliko mladih krepkih ljudi je tu ležalo, bledih, izmučenih lic, ki so se le razvedrila, kadar smo prišli zdravniki, jim prevezovali rane in jih tolažili. Koliko jih je umrlo, ker tačas še niso bile vpeljane antiseptične metode zdravljenja. Hodili smo z eno in isto gobo v rokah od ranjenca do ranjenca, obvezovali smo rane s šarpijo, katero cefrati je bil šport v vseh ženskih krogih, in tako smo otrovali marsikatero poprej čisto rano. Vsak dan smo se zgražali nad nesrečnimi ranjenci, ki so poprej telesno zdravi, se začeli tresti od mrzlice in ni jim bilo več pomoči. Tudi operacije, odrezovanje rok in nog, so se dostikrat izjalovile. Najbolj smo se bali krvotokov, ki jih nismo mogli ustaviti.«

Takoj po sklenitvi miru so vse civilne zdravnike odpustili in s tem se je sklenila njegova vojaška služba. Dr. Josip Vošnjak se je 1. septembra 1859 preselil v Kranj. Tu je spoznal, da za samostojno zdravniško delo potrebuje še dodatno praktično uvajanje.



Dr. Josip Vošnjak.

Po sprejetju februarske ustave leta 1861 in na pobudo dr. Bleiweisa je začel zbirati podpise za podporo narodnemu programu. V štirinajstih dneh je zbral 1200 podpisov, ki jih je poslal v Ljubljano. Ta politična dejavnost ni ugajala kranjskim meščanom, zato se je poslovil od Kranja in se preselil v Ljubljano in 14. marca 1861 prevzel službo sekundarija v ljubljanski bolnišnici na kirurškem oddelku pri dr. Franu Fuxu, ki ga je vabil k sodelovanju že med delom v vojaški bolnišnici med avstrijsko-italijansko vojno.

Kot sodelavec dr. Frana Fuxa je sodeloval na sestanku 15. junija 1861, na katerem so se dogovorili za ustanovitev strokovnega društva, in nato 28. oktobra 1861, ko so zdravniki in ranocelniki ustanovili Zdravniško bralno društvo v Ljubljani. Vendar je takrat že zapuščal Ljubljano, saj je na prigovarjanje lastnika lekarne Adama Gutkovskega 31. oktobra 1861 odšel v Slovensko Bistrico, kjer je nastopil službo 1. decembra 1861. Takrat se je na svojo prošnjo za okrajnega zdravnika prvič podpisal slovensko, brez

sch in gg, kakor je bilo na vseh dotedanjih dokumentih, namesto Josipa pa je začel uporabljati enostavno ime Jože.

V mestu je do takrat deloval samo kirurg (ranocelnik) Štefan Janač. V tem štajerskem mestecu je dr. Josip Vošnjak ostal osem let, vendar je s krajem ostal tesno povezan vse do svoje smrti. O tem obdobju svojega življenja je zapisal, da se za bolnike niti on niti ranocelnik nista preveč pulila, saj se je posvetil bolj politiki kot zdravniškemu delu. Ker je dajal prednost političnemu delovanju, je bil pogosto v denarnih težavah, kar se je pokazalo tudi s tem, da mu je oče kupil posestvo z večjo hišo na Visolah, v kateri je tudi kasneje prebivala njegova družina, saj je bil sam zaradi svojega dela skozi daljša obdobja odsoten. V Slovenski Bistrici je spoznal svojo bodočo ženo Katarino Ozimič, ki je bila pri svojih 16 letih lepotica in ki je kljub pomanjkljivi šolski izobrazbi znala duhovito odgovarjati na njegova hudomušna vprašanja. Z njo se je poročil šele leta 1870 in takrat priznal obe hčerki kot svoja otroka. V zakonu sta se mu rodila še dva otroka. Na Visolah so ga zelo pogosto obiskovali prijatelji, tudi Josip Jurčič, v tem kraju pa je stalno živel po upokojitvi leta 1895 in vse do svoje smrti.

Zaradi narodnoubudiljskega delovanja so postale razmere za dr. Jožeta Vošnjaka v Slovenski Bistrici nevzdržne, saj je o tem zapisal: »Z narodno agitacijo sem kalil tisti filisterski mir, v katerem se pri obilni jedi, obilni pijači in vsakdanjem klepetanju o škandalčkah tako dobro počuti malomeščanstvo. Kdor ga v tem moti z novimi idejami, je njegov protivnik. Meni bi se prav dobro godilo, ko bi bil plaval v isti motni vodi in pustil svet, da se suče, kakor se hoče.« Zato se je odločil in se na prigovarjanje slovenskega narodnjaka in veleposesnika Franca Skaze preselil ter v začetku maja 1870 prevzel mesto okrajnega zdravnika v Šmarju pri Jelšah.

Kljub nekaterim ugodnostim, saj v tem slovenskem kraju ni bilo političnih bojov, si je zaželel delovanja na širšem področju in »je svoje misli in želje usmeril v Ljubljano«. 7. januarja 1872 se je preselil Ljubljano in v dveh najetih sobah začel s privatno prakso, vendar je bilo obiskovalcev in hišnih obiskov malo. Že februarja pa je deželni odbor dr. Josipa Vošnjaka imenoval za primarija v prisilni delavnici in to ne preveč naporno službo je opravljal od 2. marca 1872 do sredine marca 1895, ko se je, zaradi bolehnosti in mnenja, da je po 60. letu starosti primerno prepustiti delo mlajšim zdravnikom, upokojil.

Po upokojitvi se je poslovil od Ljubljane in se za stalno naselil na Visolah, ki so postale kraj številnih srečanj narodno zavednih Slovencev in kraj njegovega ustvarjanja. Med njegovimi prijatelji je bil dr. Pavel Turner, takrat najbolj izobraženi štajerski narodnjak, ki mu je pogosto pomagal z nasveti in pozitivno ocenjeval njegovo literarno delo. Ljubljano je obiskal samo leta 1904 na povabilo društva pisateljev, ki so mu pripravili za 70-letnico odmeven sprejem. Leto dni po smrti žene Katarine je tudi sam 21. oktobra 1911 umrl. Osmrtnica, ki jo je sam pripravil, je prav zanimiva, saj sta priimka sina Sama in brata Mihaela, ki je tudi sodil v krog slovenskih narodnjakov, zapisana v slovenski inačici Vošnjak, priimek brata Frana, gospodarstvenika, pa v nemški obliki Woschnagg. Dr. Josipa Vošnjaka so pokopali na njegovo željo na pokopališču v Zgornji Ložnici ob grobu hčerke, ki je umrla zaradi davice.

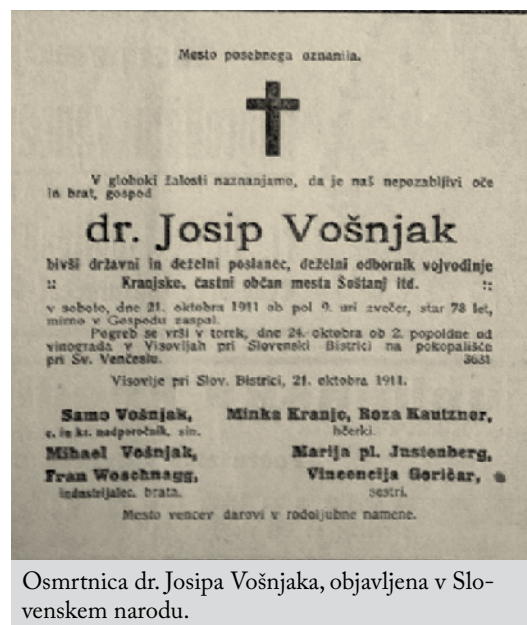
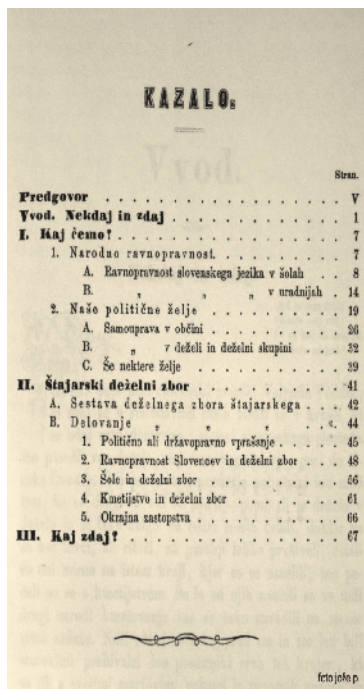
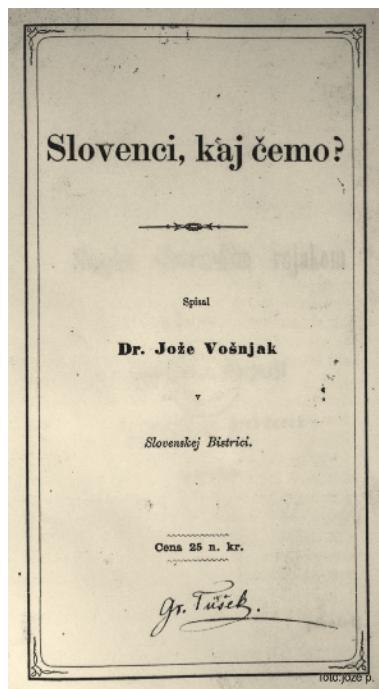
Dr. Josip Vošnjak bo ostal v trajnem spominu slovenskega zdravništva tudi zato, ker je že leta 1859 poslal pisno pobudo dr. Štefanu Kočvarju v Celje, da se ustanovi zdravniško društvo spodnje Štajerske, vendar se to ni uresničilo. Med prvim bivanjem v Ljubljani je bil tudi edini predstavnik štajerskih zdravnikov, ki so sodelovali pri ustanavljanju Zdravniškega bralnega društva v Ljubljani, kasneje pa je bil tudi zavzet član Društva zdravnikov Kranjske in se kot aktiven politik zavzemal za gradnjo nove deželne bolnišnice v Ljubljani. To pripadnost zdravniškemu poklicu dokazujejo njegove besede v Spomilih: »Zdravniški stan je po mojem mnenju najtežavnejši in najnehvaležnejši stan. Torej naj vsak desetkat premisli, preden si izbere ta stan. Že študije so daljše, kakor za druge stroke, pet let, in potem še eno leto, navadno dve leti za rigorozne... Tudi ko dovrši se mora v kaki bolnišnici, če dobi sploh tam kak prostor, praktično bolj izuriti. Ko potem postane samostojen, iskati mu je mesta, kjer bi se mogel naseliti, in to ni lahka stvar.«

»Ko sem videl na Kranjskem slabe gnotne razmere večine zdravnikov, sem se trudil za organizacijo zdravniškega stanu in na vso moč podpiral vladni predlog o ustanovitvi okrožnih zdravnikov s stalno plačo in pravico do pokojnine. Ni to šlo lahko, ker so se s tem nova bremena nakladala deželi. Pa naposled je bil zakon, o katerem sem jaz referiral v deželnem zboru, od narodne večine sprejet in Kranjska je bila prva dežela s stalnimi službami za zdravnike. Tega uspeha sem še danes vesel, da si pri mojem odhodu iz Ljubljane leta 1895 se nihče izmed zdravnikov ni spominjal tega, kar sem storil za zdravniški stan.«

Prav tako je znano, da je bil obremenjen z občutki krivde in nemoči, ker ni mogel preprečiti smrti hčerke Zorike, ki je umrla zaradi davice. Kot zdravnik je napisal tudi nekaj poljudnozdravstvenih spisov, tako »Kolera« (1867), »Perva pomoč v smertnih nevarnostih« (1877) in »Dolgost človeškega življenja« (1889).

Seveda je bil dr. Josip Vošnjak predvsem politik. S svojo dejavnostjo je pričel že med svojim bivanjem v Kranju. Tu je napisal leta 1860 prvi dopis za »Novice«, in to v nemščini, saj še ni bil prepričan, da obvlada slovenščino. Politično dejavnost je nadaljeval v Ljubljani, kjer se je osebno seznanil s slovenskimi rodoljubi in njihovim prvakom dr. Bleiweisom, ki je takrat užival največje spoštovanje kot oče slovenskega naroda in ki ga je podprl v nameri, da se vrne na Štajersko, ki je potrebna podpore v narodnem boju.

Po preselitvi v Slovensko Bistrico se je povezal z rodoljubi v Mariboru in za dr. Preloga in njegov časopis »Slovenski gospodar« napisal program. Leta 1867 je objavil v samozaložbi brošuro »Slovenci, kaj čemo?« V tej knjižici, ki je še danes sodobna, svojim slovenskim rojakom na »spodnjem Štajerju« razlaga, da so Slovenci majhen narod, ki je razdeljen po šestih avstrijskih cesarskih deželah, in da bi se »dalo združiti vse Slovence v eno **narodno slovensko skupino** z enim samim deželnim zborom in samo eno **skupno**, temu našemu zboru odgovorno, **vlado**«. Prav tako je pojasnil svoje poglede na »samoupravo ali avtonomijo v občinah«. Občine naj imajo več sosesk in ne bi smele biti premajhne, saj sicer ne morejo izvajati vseh svojih »lastnih« nalog, ki so nujne, da se prepreči državno birokratsko vladanje.



Naslovna stran in kazalo domoljubne knjižice Slovinci, kaj čemo?

Osmrtnica dr. Josipa Vošnjaka, objavljena v Slovenskem narodu.

Iste leta so ga izvolili v štajarski deželni zbor v Gradcu. V ta deželni zbor je kasneje bil izvoljen še dvakrat (1867–1876). Leta 1869 pa je izdal knjižico »Slovenski tabori za prosto slovensko ljudstvo« in v njej opisal svoja stališča do te »najkrasnejše dobe naše narodne zgodovine«. Bil je organizator in goreč govornik na taborih v Ljutomeru (9. avgusta 1868), Žalcu (6. septembra 1868), Šempasu na Goriškem (18. oktobra 1868) ter v naslednjem letu še v Vižmarjih (17. maja 1869) in Ormožu (8. avgusta 1869). Od leta 1873 do 1885 pa je bil poslanec tudi v državnem parlamentu na Dunaju. Več kot 14 let je bil deželni odbornik na Kranjskem (1877–1895), od tega je bil leta 1878 edini narodno slovenski član. 17. januarja 1888 je v deželnem zboru Kranjske dosegel uveljavitev zakona o zdravniški službi, s katero se je gmotno stanje zdravništva izboljšalo, saj je zdravnikom zagotovil pravico do pokojnine. Zavzeto se je boril za napredek šolstva, za pravice slovenskega jezika in za splošno volilno pravico.

Dr. Josip Vošnjak je bil sočasno slovenski pisatelj. Njegovo pisanje je zelo raznoliko. Tako je napisal poleg že omenjenih povsem poljudnozdravstvenih in čisto rodoljubno-političnih besedil tudi številne družbeno-gospodarske spise (o kmetijstvu, vinogradništvu, hranihnicah). Med temi je zanimiva razprava, ki je izšla v Slovenski matici leta 1887 »Kaj človeštvo prideluje in uživa« in je verjetno prva razprava v slovensščini, ki navaja kemično sestavo živil. Naslednje leto je izšlo nadaljevanje razprave »Živilske prirodine in rudninske prirodine.« Razprava je bila poljudna publikacija, brez znanstvene pomembnosti, kaže pa njegovo željo do prenašanja poučnih in praktičnih spoznanj slovenskemu kmečkemu prebivalstvu. Svoje prispevke je objavljval v raznih revijah in pogosto v Mohorjevi družbi. Božidar Borko je o njem zapisal, da je pisatelj, ki je »kazal dokaj široke literarne ambicije,

saj je poleg zanj najznačilnejšega romana »Pobratimi« (1889) spisal tudi večje število novel in ljudskih povesti, za izobrazbeno pa dramo o slovenskem rodoljubu Tomanu Doktor Dragan (1894). Bil je tudi plodovit pisec dovolj zanimive memoarske literature »Spomini« (1905–1906). Pri njem ni videti posebno opaznih vplivov medicinske teorije in prakse na tematiko leposlovnih spisov. Zdravništvo mu je očitno bilo samo poklic, svoje življenjsko poslanstvo pa je našel v rodoljubno-organizacijskem, torej političnem prizadevanju.«

Kljub temu je njegova leposlovna dela treba ocenjevati bolj široko, saj predstavljajo dragocen vir poznavanja takratnih razmer v slovenski družbi. Poleg dramskega dela Doktor Dragan je napisal še dramo Lepa Vida in nekaj komedij (Svoji k svojim, Ministrovo pismo, Pene), po njegovi zamisli pa so kasneje nastali tudi Kreftovi Kranjski komedijanti. Zaradi njegovega natančnega opisa posameznih oseb in dogodkov v drugi polovici 19. stoletja so njegovi Spomini vredni branja in sodijo v vrh tovrstnega slovenskega leposlovja. V svojem času je bil kot pripovednik cenjen, saj je bil tudi predsednik slovenskega pisateljskega društva.

Zasluge zdravnika in narodnega buditelja dr. Josipa Vošnjaka s tem niso končane. Bil je med 40 štajarskimi domoljubi, ki so z denarnimi prispevki začeli z ustanavljanjem Slovenske matice, ki je bila ustanovljena 4. februarja 1864. Prav tako je bil med vodilnimi pri ustanovitvi konzorcija, ki je začel 2. aprila 1868 v Mariboru izdajati prvi slovenski politični časopis »Slovenski narod« in ki je sodelavcem zagotavljal skromen honorar. Časopis je urejal Anton Tomšič, po njegovi smrti leta 1871 pa je uredništvo prevzel Josip Jurčič, ki ima zasluge, da so časopis leta 1872 kot dnevnik prenesli v Ljubljano. Pomembno je tudi njegovo

sodelovanje pri ustanavljanju Narodne tiskarne, pozneje pa je v družbi opravljal delo tajnika.

Malina Schmidt Snoj je v svoji monografiji zapisala: »Dr. Josip Vošnjak se je in bo ostal zapisan v slovensko narodno zgodovino kot zdravnik, politik, pisatelj in predvsem kot narodni buditelj. Bil je eden med najbolj vidnimi slovenskimi bojevniki v nesebičnem boju za slovensko narodno stvar. To so bili težki časi, saj se je bilo treba boriti za vsako šolo, za vsak urad za pravice slovenskega

predvsem kmečkega prebivalstva, ko je nemštvo preplavilo deželo in izvajalo ostro germanizacijo in se je bilo treba dobesedno boriti za vsak košček slovenske zemlje pred nasilnim tujcem.«

Dr. Josip Vošnjak, borec za Zedinjeno Slovenijo, ostaja tudi 100 let po smrti vzor nesebičnega domoljuba, kar je tudi danes izjemna vrednota.

E naslov: Elko.borko@guest.arnes.si

Informacije ne poznajo meja ali »just don't stop asking questions«

Vesna Cafuta

V začetku julija 2012 je v Bruslju potekala 13. konferenca Evropskega združenja medicinskih knjižnic EAHIL (European Association for Health Information and Libraries). Velik poudarek je bil na delovanju knjižnic v prihodnosti in na tem, kako nujne so prilagoditve uporabnikom v današnjem hitro spreminjajočem se svetu.

Minila sta šele dobra dva meseca, kar sem se zaposlila v Centralni medicinski knjižnici, ko se mi je povsem nepričakovano ponudila odlična priložnost, da se v začetku julija 2012 udeležim 13. EAHIL-konference. Seveda priložnosti niti pod razno nisem želela

izpustiti in že sem letela v Bruselj. Med več kot 250 udeleženci iz večinoma skandinavskih držav sva na konferenci sodelovala tudi predstavnika Slovenije, in sicer Matjaž Musek iz Strokovne knjižnice za onkologijo Onkološkega inštituta iz Ljubljane (predstavnik slovenskih medicinskih bibliotekarjev v Svetu EAHIL) in avtorica prispevka.

Moto tokratne konference je bil »Zdravstvene informacije brez meja« (Health information without frontiers). Med konferenco se je zvrstilo 35 vzporednih in štiri plenarna predavanja, na ogled je bilo 40 posterjev, v dneh pred konferenco pa je bilo izvedenih devet triurnih tečajev. Žal se zaradi prekrivajočih dogodkov kljub želji nisem mogla udeležiti vseh. Predstavljeni prispevki so bili na temo digitalne knjižnice, poučevanja informacijske pismenosti, podpore znanstveno utemeljeni medicini, strokovnega razvoja knjižničarjev, storitev za uporabnike, mednarodnega sodelovanja medicinskih knjižnic, novih tehnologij ter upravljanja knjižnice.

Kot bodočo informacijsko specialistko so me predvsem pritegnile teme, povezane z iskanjem člankov, podatkov in informacij, pa tudi način, kako zbrano znanje ustrezno posredovati uporabnikom. Prepričana sem, da mi bo pri stiku z uporabniki prišlo to znanje še kako prav. Povsem me je prevzelo tudi, kako so v nekaterih državah uspeli odlično povezati medicinske knjižnice s študijem medicine oziroma medicino na splošno (od raziskav do kliničnega dela). Ustvarili so neločljivo povezavo in zdi se, da je to tisti pravi način delovanja za prihodnost. Predstavljena je bila vloga knjižnice pri promociji objav raziskovalcev, pri podpori procesa kritične presoje tematike (CAT - Critical Appraisal of a Topic), pri razvoju študijskega predmeta »Znanstveno utemeljena medicina«, pri prenovljenih študijskih programih, ki temeljijo na raziskovalnem učenju (Research based learning), ter pri inovativnih pristopih informacijskega opismenjevanja. V nadaljevanju podrobneje predstavljam nekatere zanimivejše tečaje in predavanja.

Na tečaju »Prepoznavnost in vpliv – nova vloga knjižnice: Kako lahko knjižnica prispeva k prepoznavnosti raziskovalca in k povečanju vpliva raziskovalcev« sta predavateljici Tiina Heino ter Katri Larmo (University of Helsinki, National Library of Health Sciences Terkko) poudarili, da se proces objave rezultatov



Tako kot knjižnice se spreminja tudi okolica knjižnic. Na fotografiji je mlin na veter iz leta 1767, ki stoji v bližini knjižnice Katoliške univerze v Louvainu (Université catholique de Louvain), gostiteljice 13. EAHIL konference (foto: V. Cafuta).



Tečaji, ki so se zvrstili pred konferenco, so od udeležencev zahtevali aktivno udeležbo (foto: V. Cafuta).

znanstvenih raziskav ne konča z objavo članka, temveč je potrebno posvetiti čas tudi promociji dela. Prepoznavnost in vpliv v znanstveni skupnosti in v družbi so ključnega pomena za nadaljnje raziskovanje (uporaba rezultatov raziskav), kakor tudi za pridobivanje sredstev za raziskave in razvoj kariere raziskovalca. Raziskovalcem lahko z različnimi storitvami in s poznavanjem spletnih orodij na pomoč priskočijo knjižnice. Udeleženci smo si ogledali primer dobre prakse promocije raziskovalnega dela na portalu Terkko in pobljže spoznali določena spletna orodja, kot so baza raziskovalcev ORCID, urejevalniki referenc s sočasno možnostjo strokovnega socialnega mreženja (CiteULike, Connotea, Mendeley), orodje Altmetric, ki nam prikaže priljubljenost člankov, spletno stran F1000 posters za objavo znanstvenih posterjev ter SlideShare, kjer lahko raziskovalci javno objavijo Powerpoint predstavitve. V Centralni medicinski knjižnici smo se odločili, da bomo uporabnikom v letu 2013 ponudili tečaj s podobno vsebino.

Hans Ket (VU University, Medical Library, Nizozemska) in Marion Heijmans (Orbis Medical Centre, Library and Information Centre, Nizozemska) sta vodila tečaj z naslovom »Marketing kritične presoje tematike«. Iskanje dokazov za vsakdanja klinična vprašanja je postalo zelo pomembno za zdravnike, zato je postalo urjenje v CAT del medicinskega izobraževanja na Nizozemskem. Udeleženci tečaja smo bili seznanjeni, da so nizozemske medicinske knjižnice v postopku oblikovanja smernic pri podpori procesa kritične presoje tematike. Sodelovanje pri CAT predstavlja novo delovno področje za tovrstne knjižnice in njihove informacijske specialiste. Voditelja tečaja sta med drugim izpostavila izzive pri vpeljavi te novosti v knjižnice ter postregla z veliko nasveti predvsem z marketinškega vidika.

Plenarna predavanja priznanih strokovnjakov so požela ogromno zanimanja tako zaradi same tematike kot tudi zaradi načina podajanja informacij na sproščen in nevsiljiv način. Predavatelj prof. dr. Martin Valcke z Univerze v Gentu (Belgija) je spregovoril o knjižnicah kot ključnih igralcih pri prenovi študijskih programov, ki po novem v večji meri vključujejo raziskovalno učenje. Nov način poučevanja zahteva od študentov raziskovalne dejavnosti



Sproščena enourna predstavitev posterjev je bila namenjena tako podrobnejšemu seznanjanju s predstavljenimi problematiko kot tudi vzpostavitvi novih poznanstev (foto: V. Cafuta).

tekom celotnega študija. Na ta način se učijo uporabljati znanje, ki ga pridobijo z lastnim raziskovalnim delom. Proces je neločljivo povezan s knjižnicami, ki nudijo tako literaturo kot tudi pomoč pri iskanju potrebnih informacij.

Predavatelj dr. Raf Mertens (Belgian Health Care knowledge Centre (KCE), Belgija) je predstavil problematiko iskanja literature za podporo načel zdravstvene politike. Poudaril je, da je pri iskanju literature potrebno upoštevati, da rezultati določenih dolgotrajnih raziskav niso objavljeni, saj financirji raziskave nimajo interesa po objavi. Nekateri raziskovalci objavljajo le delne in pristranske rezultate, ali pa objavijo rezultate le v obliki povzetka, v katerem pa je premalo informacij. Zaradi tega so rezultati pogosto prikazani bolj pozitivni, kot so v resnici! Včasih se rezultati raziskave pojavijo na svetovnem spletu le za kratek čas, potem pa izginejo neznano kam. Knjižničar mora prevzeti vlogo dobrega raziskovalca, da lahko najde tovrstne podatke. Poznat mora ustrezne baze podatkov, nujno pa je tudi tesno sodelovanje s strokovnjaki raziskovalci ter interesno skupino.

Predavanja in posterji so postregli z različnimi metodami informacijskega opismenjevanja. Za bolj učinkovite metode so se izkazali elektronski vodiči za uporabo baz in programov, ki pa so prilagojeni posameznim učnim tipom uporabnikov. Prilaganje uporabnikom se obrestuje tudi pri dolžini izobraževanj (od 15-minutnih tečajev do celodnevni srečan s pogostitvijo) in vsebini (vsebinsko se pripravi posebej za ciljno skupino), kakor tudi pri prostoru, kjer izobraževanje poteka (npr. v bolnišnicah). Pri dolgotrajnejših usposabljanjih so v tujini ubrali večinštruktorski pristop, ki prinaša bolj sveže in razgibano poučevanje.

Novo tehnologije prinašajo uporabnikom predvsem hitrejšo povezavo z virtualno knjižnico in njenimi storitvami, hitrejšo in učinkovitejšo učenje prek spletnih konferenc in elektronskih vodičev za samopoučevanje ter boljše povezave med knjižnicami in njihovimi repozitoriji. Izboljšuje se tudi kakovost in ohranjenost digitalizacije dokumentov.

V okviru konference je potekalo tudi srečanje sekcije Public Health Information Special Interest Group, kjer sem predstavila poročilo Anamarije Rožič, dr. med. (CMK), in mag. Nade Tržan Herman, mag. farm., o rezultatih poskusnega projekta »Splošne knjižnice za zdravje občanov«. Prisotni so bili navdušeni nad inovativnim pristopom zagotavljanja kakovostnih zdravstvenih informacij občanom.

Predstojnici CMK Anamariji Rožič, dr. med., se iskreno zahvaljujem, da mi je omogočila izkušnjo, kjer sem pridobila širši

pogled na dogajanje in trende v evropskih medicinskih knjižnicah, ter da sem imela možnost spoznati veliko zanimivih ljudi, ki s svojim elanom, zavzetostjo in idejami sooblikujejo prihodnost medicinskih knjižnic. Zavedam se, da me čaka še precej dela na področju dodatnega usposabljanja, vendar pa se novega znanja neizmerno veselim. Ko sem odhajala proti Ljubljani, sem od belgijske kolegice dobila še nekakšno popotnico k novemu znanju: »Just don't stop asking questions«.

E-naslov: vesna.cafuta@mf.uni-lj.si

Z dežja pod kap: v zdravem ali v zdravo

Albert Juteršek

Na televizijskem kvizu, kjer je šlo za denar, je bilo postavljeno vprašanje sopomenke kap z odgovorom: nadstrešek. Po zapisu v SSKJ je kap najprej konec nadstreška, pa tudi nadstrešek. Takšna razlaga pa se tepe z vse manj uporabljenim pregovorom: Z dežja pod kap. Zanimivo je, da smo Slovenci očitno pozabili, da večinoma slamnate strehe naših kmečkih domov niso imele strešnih žlebov.

Iz kapa izhaja tudi poimenovanje »kapnica« – majhna, običajno deformirana smreka, ki hira pod kapljami z visokih dreves, ki ji motijo normalni razvoj. Kapnica največkrat ni primerna niti za božično drevesce.

Ob zidu domače hiše je oče zasadil trto – »Catania,« je odgovoril, ko sem ga vprašal, kakšne sorte je. Zaradi trte ni naredil žlebov, da jo je zalival kap deževnice. Na severni strani, kjer ni bilo trte, se je pod kapom vzdolž hiše belila proga izpranega peska.

V drugem letu življenja sem izpraskal in pojedel kak meter robu ometa, kjer je bil temelj širši od zida hiše. Potem mi je oče prepovedal jesti omet in mi predlagal, naj jem droben bel pesek pod kapom. Ta pesek sem poskusil žvečiti že popreje, pa je bil neokusen, sploh ne tako dober kakor omet.

S pojmom, kaj pomeni kap, sem se srečal še, ko sem iskal zazidljivo zemljišče za postavitev svojega družinskega doma. Kmet, ki je hotel prodati zemljo, je kot mejo označil globok ilovnat kolovoz na dveh stranicah trikotnega zemljišča, tretja stranica pa je bil kar kap strehe sosedovega hleva; seveda ne rob strehe, pač pa črta, ki so jo izdoble kaplje v travi.

Podobne omejitve lastništva zemlje okrog hiše s kapom je bila deležna tudi moja stara mati, potem ko se je z obema mladoletnima hčerka 18. oktobra 1918 vrnila iz Oberhausna na Kranjsko. Zemljišče ji je (mogoče kot doto) prepustil njen brat. Njen sin je bil v vojaški bolnišnici na Dunaju, ranjen pri Doberdolu. Zemljišče je bilo manj vredno, ker je tam tekla bližnjica – steza krošnjarjev. Ti so še potem, ko je bila hiša postavljena in naseljena, hodili pri veliki strani s steze v vežo, nato skozi kuhinjo na mali strani ven, naprej po stezi. Pri tem so se kar težko stlačili s svojo krošnjo skozi vrata – elektrike z lučmi na stropu pa takrat še ni bilo.

Bolj nazoren je postal pojem kap ob dežju. Tako z dežja kot izpod strehe v dež je bilo treba priti hitro: pri nalivu je padal s kapa slap vode, ki ga je bilo mogoče neprijetno občutiti tudi, če je bil človek ob prihodu z dežja do kože premočen. Tako se pod kapom ni nihče ustavljal, ampak se je čim hitreje rešil z dežja pod nadstrešek, če ga je bilo le zadosti. Torej nadstrešek ni kap. In priti z dežja pod kap pomeni: priti z dežja v slap vode. Seveda se s civilizacijo pravi pomen stvari izgublja, če že ne izkrivlja.

Ob mestnih visokih hišah je kap predel, kjer na človeka pozimi lahko pade ledena sveča, ne označuje pa meje zemljišča.

V patologiji je vse bolj pomemben zapis s sporočilom kliničnim zdravnikom in tudi bolnikom. Ob nepravilnem zapisu lahko patolog pride z dežja pod kap.

Pred leti so bili Plečnikovi dnevi posvečeni medicinskemu izrazju. Prišlo je tudi do glasovanja: ali naj se uporablja izraz »izrezano v zdravem« ali »izrezano v zdravo«.

Razlika naj bi bila zares malenkostna. Pomen izrazov pa je močno različen. Patolog z »v zdravem« namreč trdi, da rob izreza poteka v zdravem tkivu, kar lahko potrdi tudi ob ponovnem pregledu iste histološke rezine in kar lahko vidi vsakdo, ki ima zraven razlago in primerjavo z bolnim tkivom.

Izraz »v zdravem« torej predstavlja preverljivo dejstvo, ki je pomembno za patologa, klinika in bolnika.

Drugačno pa je lahko razumevanje izraza »v zdravo«: z njim patolog trdi, da je drug zdravnik izrezal proces v celoti, in s tem prevzame odgovornost za delo drugega ter za stvari, ki jih ne more nadzorovati. Bolezen je lahko razširjena čez mejo histološkega preparata, v okolico, poteka s preskoki, nevidno očem kirurga in seveda tudi patologa.

Patolog pa z izrazom »izrezano v zdravo« lahko pride z dežja pod kap.

K naslovnici revije: začetki in sodobnost naših medicinskih učbenikov

Izšel je nov učbenik Družinska medicina

Danica Rotar Pavlič, Igor Švab

Leto 2012 je v marsičem prelomno. To velja tudi za področje družinske medicine, saj mineva 10 let od takrat, ko smo dobili definicijo družinske medicine, ki jo je oblikovalo mednarodno združenje WONCA. Mineva tudi 10 let od izida učbenika *Družinska medicina*, ki ga je izdalo Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, in 20 let od izida knjige *Splošna medicina – načela in tehnike*, prvega učbenika za to področje pri nas, ki so ga napisali Božidar Voljč, Tone Košir, Igor Švab in France Urlep. Prvi učbenik iz leta 1992 je na 278 straneh postavil doktrinarne temelje stroke in je predvsem skušal odgovoriti na vprašanje, v čem se ta stroka razlikuje od ostalih v medicini. Avtorji so »splošno medicino«, kot smo takrat rekli tej veji medicine, opisali kot dotlej precej zanemarjeno področje, na katerem je raznovrstnost težav najbolj pestra, bolniki pa najštevilnejši. Opozarjali so na značilnosti splošne medicine, kjer je zaradi visokega odstotka čustveno obarvanih problemov, velikega števila samodejnih izboljšanj ter vpliva bolezni na širše okolje posameznika potreben celovit pristop. Prva knjiga je torej utemeljila načela stroke.

Namen drugega učbenika *Družinska medicina*, ki je izšel leta 2002, je bil prikazati širino stroke, zato ne preseneča, da je obsegal kar 785 strani. Poglavja, ki jih je napisalo 41 avtorjev, je recenziralo 38 strokovnjakov z različnih področij medicine. Vsebina je bila razdeljena na devet preglednih poglavij, ki so poleg opisa organizacije dela in akademske družinske medicine pojasnjevala obravnavo bolnika z najpogostejšimi simptomi in boleznimi. Prikaz kliničnega vodenja posameznih bolezni in stanj je bil dobrodošla novost v dejavnosti družinske medicine, danes pa je zaradi napredka znanosti in sodobnega zdravljenja že zastarelo.

Tretji učbenik, ki je izšel pred kratkim, ima 362 strani in je bil za avtorje (sodelovalo jih je 32) poseben izziv, saj je bilo treba vanj vnesti nova spoznanja. Glavna urednika prof. dr. Igor Švab in doc. dr. Danica Rotar Pavlič, tehnični urednik asist. Rajko Vajd ter področni uredniki doc. dr. Marija Petek Šter, doc. dr. Antonija Poplas Susič, prof. dr. Marko Kolšek, doc. dr. Zalika Klemenc Kečič, doc. dr. Mateja Bulc in prof. dr. Janko Kersnik zagotavljajo, da učbenik sledi strukturi evropske definicije družinske medicine in pokriva vse temeljne zahteve, ki jih pred zdravnikom družinske medicine postavlja današnji čas. Avtorji so posebno pozornost namenili razumljivosti, saj je učbenik v prvi vrsti namenjen študentom. Zaradi nazornih prikazov konkretnih primerov iz prakse in z referencami podprtih teoretskih izhodišč učbenik pomembno prispeva k strokovnemu napredku in uveljavitvi vloge zdravnika družinske medicine. Vsako poglavje je zasnovano tako, da ob teoretičnih izhodiščih prek prikaza konkretnega primera bralcu pokaže, kaj je teoretična osnova, na kateri temelji praktično delo zdravnika v ambulanti ali na domu.

Učbenik je razdeljen na sedem poglavij, ki opisujejo vsebino dela v družinski medicini: bolezni in stanja, organizacija ambulan, sporazumevanje z bolnikom in njegovimi bližnjimi, tehnike dela v družinski medicini, celovita oskrba, delo v skupnosti in kakovost. V vsakem tematskem sklopu je naveden primer iz prakse zdravnikov družinske medicine, v okviru katerega je študentom na sistematičen način predstavljena specifičnost dela, tehnik, metod in pristopov v družinski medicini. V delu učbenika, kjer so zbrane najpogostejše bolezni in stanja v družinski medicini, prikazi bolnikov poleg običajnega kliničnega pristopa (epidemiologija, diagnoza in zdravljenje bolezni) vključujejo tudi določene specifične naloge zdravnika družinske medicine v okviru celovite oskrbe bolnika. To so k bolniku usmerjen pristop, vodenje bolnika med boleznijo, usposabljanje bolnikov za prevzemanje dela odgovornosti za uspešno obvladovanje kroničnih bolezni, sočasne bolezni in stanja, sodelovanje s specialisti in konzultanti, pravočasno in primerno napotovanje bolnikov, preprečevanje bolezni ter vloga družine in skupnosti.

Besedilo je oblikovano po priporočilih sodobnih metod poučevanja. Uredniki in avtorji so se zavestno izognili skušnjavi, da bi v učbeniku predstavili celoten nabor vsebin z drugih področij predklinike, klinike in javnega zdravja, ki jih mora poznati družinski zdravnik. Namesto tega so izbrali samo tista področja, ki so potrebna za razlago procesov, ki so značilni za delo v družinski medicini. Oblikovana vprašanja so namenjena študentom, saj omogočajo samoocenjevanje usvojene vsebine. Ob koncu vsakega poglavja so najpomembnejša izobraževalna sporočila in navedki literature.

Združenje zdravnikov družinske medicine, ki je izdalo omenjeni učbenik, je v sodelovanju z Zavodom za družinsko medicino doseglo, da ga bodo študentje, specializanti in zdravniki lahko kupili po zelo sprejemljivi ceni. Ta je za študente 25 € (z DDV), za vse druge pa 35 € (z DDV). Učbenik lahko naročite na naslovu: *Zavod za razvoj družinske medicine, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana (ga. Nina Štojs).*

Urednika se ob izidu učbenika zahvaljujeva vsem avtorjem in tehničnemu uredniku Rajku Vajdu za opravljeno delo. Prav tako se zahvaljujeva Zdenki Kersnik za skrbno lektoriranje ter recenzentoma prof. dr. Milici Katič, predstojnici Katedre za družinsko medicino Univerze v Zagrebu, in prof. Richardu G. Robertsu s Katedre za družinsko medicino Univerze Wisconsin, ki je obenem tudi predsednik Svetovnega združenja zdravnikov družinske medicine (WONCA).

E-naslov: danica.rotar@gmail.com

Hemovigilanca v Sloveniji v letu 2011

Marjeta Potočnik

Uvod

Transfuzija krvi je varen način zdravljenja, vendar obstaja možnost neželenih učinkov, zapletov in reakcij. Varnost transfuzije krvi lahko izboljšamo, če poznamo te zaplete in reakcije. Sistem hemovigilance nam omogoča identifikacijo kritičnih točk v transfuzijski verigi od krvodajalca do prejemnika krvi in s tem tudi iskanje in uvajanje ukrepov za večjo varnost.

Leto 2011 je deseto leto, za katerega imamo podatke o neželenih reakcijah (NR) ob transfuziji krvi. Za leto 2002 smo retrospektivno zbrali le podatke o številu in vrstah neželenih reakcij po bolnišnicah. V letu 2003 smo začeli podatke zbirati v sistemu hemovigilance, in sicer vse tiste, ki so jih zbirali v državah z nekaj let delujočim sistemom hemovigilance. V naslednjih letih sta bili sprejeti evropski direktivi, ki obravnavata hemovigilanco (1, 2), in zbiranje podatkov, pomembnih za varnost transfuzije, smo do leta 2006 tudi v Sloveniji razširili na celotno transfuzijsko verigo, to je na napake ob transfuziji, skorajšnje napake, senzibilizacije po transfuziji, neželene reakcije pri krvodajalcih in neželene dogodke ob predelavi, testiranju, shranjevanju in razdeljevanju krvi.

Prijave neželenih reakcij v letu 2011

V letu 2011 smo prejeli 142 prijav neželenih reakcij ob transfuziji. Največ, to je 57, je bilo prijav alergijskih reakcij, vročinskih nehemolitičnih reakcij je bilo 52. Na tretjem mestu so prijave 10 preobremenitev krvnega obtoka. Prijavljenih je bilo še sedem

anafilaktičnih reakcij, tri hemolitične reakcije, en TRALI (transfusion related lung injury), sum ene virusne okužbe in štirje primeri dispneje. Pri sedmih prijavljenih reakcijah simptomatika ni ustrezala nobeni definiciji in vrsta reakcije ni bila opredeljena.

Ocena povezanosti med transfuzijo in neželjeno reakcijo

Stopnjo povezanosti med transfuzijo in neželjeno reakcijo ocenjuje lečeči zdravnik na podlagi določil Pravilnika o hemovigilanci (3), in sicer od 0 (povezava je izključena ali malo verjetna) do 4 (zanesljiva povezava). Po analizi smo ugotovili, da v primerih šestih prijav neželene reakcije ni bilo povezanosti s transfuzijo:

Pri eni prijavi suma na TRALI smo po testiranju zaključili, da je bila klinična slika (dihalna stiska) najverjetneje posledica osnovne bolezni, brez povezave s transfuzijo.

V dveh primerih je bila prijavljena reakcija opredeljena kot vročinska nehemolitična reakcija: v enem primeru je bil postavljen sum bakterijske okužbe pri transfuziji sveže zmrznjene plazme, vendar je bila možnost okužbe zavrnjena, saj so bili postopki ravnanja s plazmo pravilni. V drugem primeru prijave suma na bakterijsko okužbo je bila povišana telesna temperatura naknadno pripisana osnovni bolezni z infekcijo sečil.

Pri prijavi bolnika, ki je dva meseca po transfuziji zbolel za subakutnim hepatitisom B, smo na podlagi ustreznih preiskav izključili prenos okužbe s krvjo.

V dveh primerih, opredeljenih kot drugo, je po transfuziji prišlo do povišanja krvnega tlaka, vendar je bila povezava ocenjena kot malo verjetna, simptomatika pa kot posledica osnovnega obolenja.

V letu 2011 je bila povezanost med transfuzijo in reakcijo v 23 primerih ocenjena kot zanesljiva, v 45 kot verjetna in v 69 kot možna. Rezultati so prikazani v tabeli 2.

Ocena stopnje neželene reakcije

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

Vrsta NR	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hemoliza	2	2	5	3	3	3	0	4	3
GVHD	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TRALI	0	0	0	1	0	1	2	0	1
TACO	0	2	3	12	14	11	15	12	10
PTP	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alergija	41	54	55	67	68	82	70	74	57
Anafilakt. reakcija	1	6	4	2	3	5	3	1	7
NHV	53	68	66	92	89	91	75	70	52
Bakterijska okužba	0	0	1	1	0	0	1	1	0
Virusna okužba	0	0	3	1	3	0	1	0	1
Hipotenzija	0	0	0	0	0	1	3	2	0
Dispnea	0	0	0	0	0	2	1	2	4
Drugo	9	14	12	12	12	8	3	4	7
Skupaj	107	146	149	191	192	204	174	170	142

GVHD: graft versus host disease: reakcija presadka proti gostitelju

TRALI: transfusion related acute lung injury: akutna okvara pljuč po transfuziji

PTP: posttransfuzijska purpura

Anafilakt. reakcija: anafilaktoidna/anafilaktična reakcija

NHV: nehemolitična vročinska reakcija

Tabela 1: Število in vrsta prijavljenih NR v letih 2003 do 2011.

Povezanost Vrsta reakcije	Zanesljiva (3)	Verjetna (2)	Možna (1)	Povezave ni/ malo verjetna (0)	Skupaj prijave
Hemoliza	2	1			3
GVHD					
TRALI		1			1
Pljučni edem	3	3	4		10
PTP					
Alergija	10	24	23		57
Anafilakt. reakcija	1	3	3		7
NHV	6	12	32	2	52
Bakterijska okužba					
Virusna okužba				1	1
Hipotenzija					
Dispneja		1	2	1	4
Drugo	1	1	3	2	7
Skupaj	23	46	67	6	142

Tabela 2: Prijavljene NR in ocena povezanosti s transfuzijo v letu 2011.

Povezanost Vrsta NR	(4) smrt	(3) dolgotraj- na obolenost	(2) življenjska ogroženost	(1) brez življ. ogroženosti	(0) ni znakov	Skupaj
Hemoliza				1	2	3
GVHD						
TRALI			1			1
TACO			3	7		10
PTP						
Alergija			4	53		57
Anafilakt. reakcija			5	2		7
NHV				51	1	52
Bakterijska okužba						
Virusna okužba				1		1
Hipotenzija						
Dispneja			2	2		4
Drugo			2	4	1	7
Skupaj	0	17	121	4	142	

Tabela 3: Prijavljene NR in ocena stopnje reakcije v letu 2011.

V tabeli 3 prikazujemo ocenjene stopnje NR po posameznih vrstah reakcij. V nobenem primeru smrt ni bila povezana s transfuzijo, niti ni transfuzija povzročila dolgotrajne obolenosti (stopnja 3). V 17 primerih je bila reakcija ocenjena s stopnjo 2. V 121 primerih so bile reakcije ocenjene kot lažje (stopnja 1). V štirih primerih ni bilo kliničnih znakov reakcije.

Zabeleženi so bili trije primeri hemolize. V prvem je bolnik z anti-Cw protitelesi zaradi napake pri identifikaciji pred transfuzijo dobil transfuzijo 145 ml eritrocitov s prisotnim Cw eritrocitnim antigenom na površini, ki so bili izdani za drugega bolnika. Do akutne reakcije ni prišlo. Pri drugem bolniku je bila transfuzija eritrocitov dana pod zelo nujno, anti-Fya protitelesa pa ugotovljena med tranfuzijskim testiranjem in je do kratkrat steklo že 3/4 vrečke koncentriranih eritrocitov z eritrocitnim

antigenom Fya. Hemolitične reakcije niso zabeležili. V tretjem primeru je po transfuziji pri bolniku prišlo do hemolize, v potransfuzijskem vzorcu so ugotovili anti-Jkb, -Fyb, -C protitelesa. Bolnica je bila čez en dan brez simptomov reakcije.

Pri enem bolniku je bil možen TRALI ocenjen kot huda reakcija (2. stopnja).

Preobremenitev krvnega obtoka je bila v treh primerih ocenjena kot huda reakcija in v sedmih kot stopnja 1.

Štiri alergijske reakcije so bile ocenjene kot hude, 53 pa kot lažje. Pet anafilaktičnih reakcij je bilo hudih, dve pa stopnje 1.

Lažje oblike vročinske nehemolitične reakcije so bile sporočene v 51 primerih, v enem primeru se je bolnik med transfuzijo le slabo počutil.

Dispneja ob transfuziji je bila v dveh primerih ocenjena kot stopnja 2 in v dveh kot 1.

Pod drugo je bila hipertenzija v dveh primerih ocenjena kot huda reakcija. V enem primeru je bolnik čutil mravljinčenje v roki, en bolnik se je znojil, eden se je slabo počutil. V dveh primerih sta RhD negativna bolnika zaradi napake pri določanju RhD antigena dobila RhD pozitivne eritrocite brez zaznane reakcije.

Število poročil o neželenih reakcijah v primerjavi s številom izdanih komponent

Povratne informacije o tem, ali je bila izdana enota krvi zares transfundirana tistemu bolniku, ki mu je bila ob izdaji namenjena, še nimamo v takem številu, da bi ga lahko uporabili za poročilo, zato primerjamo število NR in število izdanih komponent krvi. Razen v bolnišnicah št. 5, 6 in 10, se je v vseh zmanjšalo število poročil.

Prijavljene neželene reakcije po transfuzijah komponent eritrocitov, trombocitov in plazme

V letu 2011 je bilo v Sloveniji izdanih 130.880 komponent krvi, od tega 90.282 enot eritrocitov, 10.291 terapevtskih enot trombocitov in 30.307 enot sveže zmrznjene plazme. 85-krat je bila zabeležena reakcija po transfuziji eritrocitov, kar pomeni 0,9 primera na 1.000 izdanih enot. 20 primerov reakcij po transfuziji trombocitnih komponent pomeni dve reakciji na 1.000 izdanih komponent, pri transfuziji sveže zmrznjene plazme pa je bilo sporočenih 30 primerov oz. 1,2 primera NR na 1.000 izdanih komponent, kot je prikazano v tabeli 5. Za primerjavo so v oklepajih v zadnji vrsti navedene številke za leto 2010.

Senzibilizacije na eritrocitne antigene po transfuziji krvi

V letu 2011 smo pri prejemnikih transfuzije eritrocitov obravnavali 469 novih senzibilizacij na eritrocitne antigene (tabela 6).

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

V letu 2011 je bilo sporočenih 22 neželenih dogodkov oz. napak, prikazanih v tabeli 7.

Pomanjkljivo izpolnjenih naročilnic ne beležijo v vseh transfuzijskih ustanovah, zato številka 10 primerov ne pove realnega stanja.

Za dva bolnika je bila naročena napačna komponenta.

V enem primeru je bila naročena kri za napačnega bolnika.

V dveh primerih je bila izdana komponenta za napačnega bolnika.

Bolnišnica št.	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1	1,3	2,2	2,4	1,3	1,1	0,3	1,5	0,3
2	1,3	1,1	1,4	1,4	1,1	0,8	1,0	0,9
3	1,2	1,4	1,2	1,1	1,3	1,9	1,4	0,6
4	1,3	2,1	3,5	2,9	1,7	1,4	1,5	0,6
5	1,3	1,3	1,3	2,2	1,7	1,4	0,4	1,6
6	0,3	1,5	2,0	0,9	3,6	1,8	1,0	1,3
7	2,1	2,3	1,9	3,1	1,8	1,2	2,4	0,7
8	1,7	1,7	3,0	1,1	2,1	2,5	1,9	0,6
9	1,1	1,3	3,0	1,7	1,6	1,4	3,1	1,7
10	0,8	0,7	1,0	1,3	1,9	1,4	1,3	1,3
Povprečno	1,1	1,1	1,4	1,4	1,7	1,4	1,3	1,1

Tabela 4: Število prijavljenih NR v slovenskih bolnišnicah v primerjavi 1.000 izdanih komponent krvi v letih od 2004 do 2011.

Vrsta reakcije / Komponenta krvi	Koncentrirani eritrociti	Koncentrirani trombociti	Sveža zmrznjena plazma	Skupaj
Hemoliza	3	0	0	3
GVHD	0	0	0	0
TRALI	1	0	0	1
Pljučni edem	7	1	2	10
PTP	0	0	0	0
Alergija	20	12	25	57
Anafilakt. reakcija	3	0	4	7
NHV	41	6	5	52
Bakterijska okužba	0	0	0	0
Virusna okužba	1	0	0	1
Dispneja	2	1	1	4
Hipotenzija	0	0	0	0
Drugo	7	0	0	7
Skupaj	85	20	37	142
Št. IK	90.282	10.291	30.307	130.880
Št. NR/1000 IK	0,9 (1,3)	2 (2,6)	1,2 (0,8)	1,1

IK: izdana komponenta

Tabela 5: NR po transfuziji eritrocitov, trombocitov in sveže zmrznjene plazme v letu 2011.

Leto	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Število senzibilizacij	365	339	466	415	371	351	469

Tabela 6: Nove senzibilizacije na eritrocitne antigene v letih 2005–2011.

Nepravilno ravnanje s krvjo na oddelku, ki je imelo za posledico uničenje krvnih komponent, je bilo zabeleženo trikrat, v treh primerih pa je bilo naročilo stornirano in kri uničena.

V dveh primerih je bila odvzeta kri za avtotransfuzijo, bolnika, ki sta bila RhD negativna, pa sta prejela alogensko transfuzijo

	2007	2008	2009	2010	2011
Pomanjkljiva naročilnica			13	117	10
Naročilo napačne komponente			2	3	2
Naročilo za napačnega bolnika	3	2	3	3	1
Izdaja napačne komponente			1	3	
Izdaja komponente za napačnega bolnika	1	1			2
Ravnanje s krvjo na oddelku		2	3	15	3
Napačna transfuzija – napačna komponenta					2
Napačna transfuzija – napačna krvna skupina	1	1		3	2

Tabela 7: Neželeni dogodki.

Vrsta napake, dogodka	2007	2008	2009	2010	2011
Neskladnost osebnih podatkov bolnika	9	94	108	74	171
Napačna orientacijska določitev ABO	30	31	58	44	36
Napačna kri v epruveti	14	8	12	14	12
Administrativna napaka v laboratoriju	25	67	98	66	110
Napaka v zvezi z uporabljenimi reagenti	1	2	5	6	6
Zamenjava zdravstvene kartice	2	1	0	1	1
Drugo		13	6	48	59
Skupaj	96	218	289	253	395

Tabela 8: Skorajšnje napake v letih 2007–2011.

RhD pozitivnih koncentriranih eritrocitov prave krvne skupine ABO.

V dveh drugih primerih sta bolnika prejela transfuzijo krvi, namenjene drugemu prejemniku. Transfundirana kri je bila iste krvne skupine ABO in RhD, pri enem bolniku pa je bil na transfundiranih eritrocitih prisoten antigen Cw, proti kateremu je imel bolnik protitelesa.

V vseh navedenih primerih zdravstveni delavci niso ravnali po navodilih za postopke ob transfuziji.

Skorajšnje napake (near-miss events)

Poročila o skorajšnjih napakah (dogodek, pri katerem bi napaka, če je ne bi zaznali, vodila do določitve napačne krvne skupine ali izdaje nepravilne ali neustrezne komponente krvi, vendar smo jo prepoznali pred samo transfuzijo) so poslali vsi udeleženci (tabela 8).

V letu 2011 je bilo zabeleženih 395 skorajšnjih napak. V tabeli 8 prikazujemo vrsto in število skorajšnjih napak in mesto, kjer so se zgodile za obdobje od 2007 do 2011.

V 171 primerih je prišlo do napake pri podatkih za identifikacijo pacienta oz. neskladnosti podatkov na naročilnici in epruveti z vzorcem pacientove krvi za transfuzijsko testiranje.

Orientacijska krvna skupina ABO bolnika ob postelji je bila napačno določena 36-krat.

V 12 primerih je bil v epruveti za transfuzijske preiskave vzorec krvi drugega pacienta, kot je bilo označeno na epruveti.

V laboratorijih za predtransfuzijske preiskave smo zabeležili 110 napak: napačen vnos eritrocitnih antigenov izven ABO in Rh v preteklosti, neskladnost med starimi in novimi rezultati pri določanju Du-antigena, napake ob izvedbi, odčitavanju, vnosu podatkov in rezultatih, izpisih, izdaji izvidov, delovanju IS, pri nujnem telefonskem naročilu napačna črka v priimku, administrativna napaka pri vpisu naročnika in drugo.

V zvezi z uporabo reagentov je bilo zabeleženih šest skorajšnjih napak.

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

Poleg naštetih vrst skorajšnjih napak in neskladnosti je bilo zabeleženih še 59 drugih (hemoliziran vzorec bolnika, napačen prepis krvne skupine iz izvida na naročilnico, naročilo brez vzorca, vzorec brez naročilnice, na vzorcu bolnika dve različni kodi, za test HIT poslana le ena epruveta...).

Razprava

Manjše število prijav NR v celoti je lahko posledica izboljšane kakovosti krvnih pripravkov (filtriranje, virusna inaktivacija), verjetno pa tudi ponovno manjše pozornosti pri zdravljenju s transfuzijo in sodelovanja v sistemu hemovigilance. Za prvo možnost govori podatek, da se je celotno število prijav v primerjavi z letom 2008 zmanjšalo za 17 odstotkov, število alergičnih, to je drugih najpogostejših reakcij za 10 odstotkov, število vročinskih nehemolitičnih reakcij pa za 24 odstotkov.

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

Prejeli nismo nobene prijave GVHD in PTP in dve prijavi suma na TRALI. Le v enem primeru je bila reakcija opredeljena kot možen TRALI. V drugem primeru je dihalna stiska verjetno nastala zaradi poslabšanja osnovne bolezni. Imunski TRALI je bil izključen, neimunski pa ni bil verjeten.

S transfuzijo povezano preobremenitev krvnega obtoka je vsaj do neke mere mogoče preprečiti ali omiliti s primernim

odmerjanjem in hitrostjo transfundiranja zlasti pri bolnikih z večjim tveganjem (majhni otroci in starejši) in z nadzorovanjem poteka transfuzije.

Podatek iz literature, da so najpogostejše reakcije po transfuziji pripravkov, ki vsebujejo plazmo, potrjuje naš podatek o 2,6 NR na 1.000 transfundiranih trombocitnih pripravkov, kar kaže tudi na pozornost zdravstvenega osebja ob teh transfuzijah, ne moremo pa tega trditi pri transfuzijah sveže zmrznjene plazme, kjer smo zabeležili le 0,8 NR na 1.000 transfundiranih enot. V obeh primerih gre pretežno za alergične reakcije, ki jih je pri večkratnih transfuzijah v precejšnji meri mogoče preprečiti ali vsaj omiliti s premedikacijo, če je poznan podatek o reakciji pri predhodni transfuziji.

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

Zaskrbljujoč je podatek, da se v letih, ko spremljamo število napačne krvi v epruveti, njihovo pojavljanje ni še nič zmanjšalo, saj je to ena največjih nevarnosti za neskladno transfuzijo.

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

Hemovigilanca na področju zbiranja in priprave krvi za transfuzijo

Neželene reakcije in dogodki ob dajanju krvi v letu 2011

V celotni transfuzijski službi v Sloveniji, to je na Zavodu RS za transfuzijsko medicino v Ljubljani, Transfuzijskem centru UKC v Mariboru in v Celju, Centrih za transfuzijsko dejavnost Novo mesto, Trbovlje, Slovenj Gradec, Izola, Jesenice, Enotah za transfuzijsko dejavnost Murska Sobota in Ptuj in na transfuzijskem oddelku v SB v Šempetru pri Novi Gorici, ter odvzemih krvi na terenskih krvodajalskih akcijah so bile pri 115.089 prijavljenih krvodajalcih računalniško zabeležene reakcije pri 0,56 odstotka krvodajalcev (pri 645 krvodajalcih odvzem polne krvi in citafereze) oz. pri 0,51 odstotka vseh odvzemov. Krvodajalci so v glavnem doživeli blage slabosti (437), reakcijo druge stopnje z izgubo zavesti smo zabeležili pri 62 krvodajalcih, reakcijo tretje stopnje s trzljaji in krči pa pri 23 krvodajalcih. Poleg tega smo pri 56 krvodajalcih opazovali hematoma (pri 41 krvodajalcih ob citaferezi), v dveh primerih smo nabodli arterijo, šest krvodajalcev je tožilo zaradi bolečine v roki po odvzemu, pri enem krvodajalcu smo obravnavali izolirano poškodbo živca. Pri nobenem krvodajalcu nismo zabeležili hiperventilacije. Pri dveh krvodajalcih smo oskrbeli poškodbe po padcu zaradi kolapsa. Pri 76 krvodajalcih

(pod drugo) je med postopkom citafereze prišlo do lažje reakcije na citrat. Rezultate prikazujemo v tabeli 9.

Še vedno nismo povsem zadovoljni s prijavljanjem in vodenjem neželenih reakcij pri krvodajalcih pri dajanju krvi. IHN (International Haemovigilance Network) je pripravila definicije posameznih neželenih reakcij pri krvodajalcih ter tako poskusila poenotiti prijave in zagotoviti primerjavo med državami v letnih poročilih. Z uvedbo novega transfuzijskega informacijskega sistema v Sloveniji pričakujemo, da bodo predlagane definicije dokončno zaživele in pripomogle k izboljšanju dela transfuzijske stroke kot tudi vzgojnoizobraževalnega dela s krvodajalci, predvsem na račun seznanitve krvodajalca z možnimi zapleti ob dajanju krvi.

Presejalno testiranje na označevalce s krvjo prenosljivih okužb odvzetih enot krvi v Sloveniji v letu 2011

Pri testiranju 99.377 v letu 2011 zbranih enot krvi smo pri 23 enotah ugotovili prisotnost označevalcev s krvjo prenosljivih bolezni: v devetih primerih HBV s prevalenco pojavnosti med odvzetimi enotami 1 : 11.042 (od tega v osmih primerih samo HBV DNA), v nobenem primeru anti-HCV (prevalenca 1 : 96.637), v dveh primerih anti-HIV (prevalenca 1 : 49.689) in v 12 primerih protitelesa proti *Treponemi pallidum* (prevalenca 1 : 8.281). Podatki so prikazani v tabeli 10.

Vrsta	2011
Kolaps 1. stopnje	528
2. stopnje	57
3. stopnje	23
Hematom	63
Punkcija arterije	2
Bolečina v roki po odvzemu	6
Hiperventilacija	0
Poškodba živca	1
Poškodba po padcu	2
Drugo (reakcija na citrat)	76

Tabela 9: Neželene reakcije in dogodki ob zbiranju krvi v Sloveniji v letu 2011.

	Št. testiranih enot	Št. pozitivnih enot	Prevalenca pojavnosti med odvzetimi enotami
HBsAg		9	1 : 11.042
Anti-HCV		0	/
Anti-HIV		2	1 : 49.689
Anti-TP		12	1 : 8.281
Skupaj	99.377	23	

Tabela 10: Prisotnost označevalcev s krvjo prenosljivih bolezni pri krvodajalcih v letu 2011.

Vrsta preiskave	Število pozitivnih rezultatov
Indirektni Coombsov test	38
Direktni Coombsov test	50
Skupaj	88

Tabela 11: Imunohematološko testiranje zbrane krvi v letu 2011.

HND, ki je vplival na kakovost in varnost krvi zaradi nepravil. pri:	Skupno število	Napaka izdelka	Napaka v opremi	Človeška napaka	Drugo
-zbiranjju polne krvi	6				6
-aferezi					
-testiranju	1		1		
-predelavi	1911	312*	614*	233	752**
-skladiščenju					
-razdeljevanju	9			9	
-materialih	10		10		
-drugo	11	5		4***	2***

*počene vrečke, zrak v sistemu **lipemična plazma ***transport

Tabela 12: HND pri zbiranju, testiranju, predelavi in shranjevanju krvi v Sloveniji v letu 2011.

Imunohematološko testiranje enot zbrane krvi v letu 2011

Pri imunohematološkem testiranju zbranih enot krvi je bil ugotovljen pozitiven indirektni Coombsov test v 38 primerih in ugotovljena protitelesa proti eritrocitnim antigenom C, D, E, c, K, Le(a), M, Lu(a) in 5 nerazvidne specifičnosti. Direktni Coombsov test je bil pozitiven pri 50 enotah zbrane krvi (tabela 11).

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

V tabeli 12 prikazujemo hude neželene dogodke (HND), odkrite pri zbiranju, testiranju, predelavi in shranjevanju zbrane krvi v letu 2011.

V enem primeru je prišlo do padca krvodajalca pri zbiranju krvi. Pri predelavi krvi je bilo zabeleženih 312 napak izdelka, 614 napak v opremi, 233 primerov človeške napake in 7.524 primerov lipemične plazme ali hemolize. Zabeleženih je bilo devet napak pri razdeljevanju in 11 napak pod drugo (počena vrečka, ravnanje s komponento, neskladnosti pri transportu).

Zaključek

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

Od leta 2006 smo v Sloveniji zbirali podatke, ki se nanašajo na vsa področja, ki jih hemovigilanca zajema.

Prikazani podatki nakazujejo potrebne izboljšave s poudarkom na pravilni identifikaciji prejemnikov transfuzije, ki je nujna kljub informacijski podpori dela v transfuzijskih ustanovah, izboljšani sledljivosti transfundiranih komponent krvi (povratne informacije o danih transfuzijah) in spremljanju poteka transfuzij.

Tako doslednost prijavljanja neželenih reakcij in dogodkov kot njegovo kakovost je potrebno še izboljševati za vse dogajanje pred, med in po transfuziji, v celotni transfuzijski verigi.

Izboljšano poročanje v sistemu hemovigilance bo utemeljevalo uvajanje ukrepov za izboljšavo vseh postopkov priprave, izvedbe in spremljanja učinkov transfuzije in

tako pripomoglo k njeni še večji varnosti.

Delovna skupina za hemovigilanco: Marjeta Potočnik¹, Bojana Bizjak², Vesna Hrašovec¹, Polona Mali¹, Slavica Maver³, Melisa Zukanović¹.

¹ Zavod RS za transfuzijsko medicino, Ljubljana,

² Center za transfuzijsko medicino UKC Maribor,

³ Center za transfuzijsko dejavnost Izola.

E-naslov: marjeta.potocnik@ztm.si



Revščina je najpoglavitejši vzrok za nižjo precepljenost v ZDA, skrbi naraščanje oslovskega kašlja

Alenka Trop Skaza

V ZDA precepljenost otrok v starosti od 19 do 35 mesecev za nekatera priporočena cepljenja dosega oziroma presega zastavljen cilj, to je vsaj 90-odstotno precepljenost v tej starosti. Vsaj en odmerek cepiva proti ošpicam, mumpsu in rdečkam je prejelo 91,5 odstotka otrok v letu 2010, malo več v letu 2011 (91,6 odstotka). Podobno je bilo pri cepljenju proti hepatitisu B. Povečal se je tudi odstotek otrok, ki so prejeli vsaj tri odmerke cepiva proti otroški paralizi. V letu 2010 je bilo cepljenih 93,3 odstotka, v letu 2011 pa 93,9 odstotka otrok. Vsaj en odmerek cepiva proti vodenim kozam je prejelo 90,4 odstotka otrok v letu 2010 in 90,8 odstotka otrok v letu 2011. Odstotek otrok, ki so prejeli vsaj štiri odmerke cepiva proti davici, tetanusu in oslovskemu kašlju, je bil v letu 2011 84,6 odstotka. Zanimivo je, da je bilo proti hepatitisu A popolno cepljenih 52,2 odstotka otrok, proti rotavirusni okužbi z dvema oziroma tremi odmerki cepiva (odvisno od proizvajalca) pa je precepljenost od 59,2 odstotka v letu 2010 narasla na 67,3 odstotka v letu 2011. Odstotek precepljenosti s štirimi odmerki cepiva proti invazivnim pnevmokoknim okužbam je bil višji kot precepljenost proti okužbam s *Haemophilus influenzae* tip B. V letu 2011 je bilo proti HiB meningitisu cepljenih 80,4 odstotka otrok, proti invazivnim pnevmokoknim okužbam pa 86,9 odstotka.

Po drugi strani strokovnjaki opozarjajo, da se hkrati z naraščanjem odstotkov cepljenih otrok povečuje tudi delež popolnoma necepljenih otrok. Po oceni CDC je bilo v letu 2010 takih otrok 0,7 odstotka, v letu 2011 pa 0,8 odstotka. Edini dejavnik, ki statistično pomembno vpliva na nižjo precepljenost, je revščina. Otroci iz revnih družin so slabše zaščiteni proti nalezljivim boleznim s cepljenjem v primerjavi z otroki iz družin, ki niso revne. Nedavna ekonomska analiza Programa cepljenja v ZDA je pokazala, da cepljenje v vsaki rojstni kohorti prepreči približno 42.000 smrti in 20 milijonov obolelih. V denarju to predstavlja 14 milijard dolarjev neposrednega prihranka in še dodatnih 69 milijard prihranka zaradi posrednih družbenih stroškov.

Med boleznimi, proti katerim v ZDA rutinsko cepijo, narašča oslovski kašelj. Do julija 2012 je bilo zabeleženih več kot 18.000 primerov oslovskega kašlja. Najvišje incidenčne stopnje so pri dojenčkih, polovica bolnikov je mlajših od treh mesecev. Do sedaj je bilo največ bolnikov zabeleženih v letu 2010, ko je bilo evidentiranih 27.550 bolnikov, 27 jih je zaradi oslovskega kašlja umrlo, od tega je bilo 25 dojenčkov. Skrbi dejstvo, da narašča število primerov med 10-, 13- in 14-letniki, ki so bili cepljeni, in sicer z acelularnim cepivom proti oslovskemu kašlju. Do leta 1997 (v Sloveniji do 1999) so za cepljenje

proti oslovskemu kašlju uporabljali celično cepivo (whole-cell pertussis vaccine), ki so ga zaradi nikoli dokazane povezave z nevrološkimi zapleti zamenjali z acelularnim. Trend naraščanja med cepljeno populacijo je najverjetneje odraz slabše imunogenosti acelularnega cepiva v primerjavi s celičnim cepivom. Acelularno pertusis cepivo vsebuje več specifičnih antigenov, celično pa kompletno inaktivirano bakterijo *Bordetella pertussis*. V Washingtonu, kjer beležijo največje število bolnikov (incidenca 37,5/100.000), so ugotovili, da pri cepljenih osebah oslovski kašelj povzročajo različni sevi *B pertussis*. Kljub dejstvu, da obolevajo cepljeni, je tveganje za oslovski kašelj pri necepljenih otrocih osemkrat višje kot pri tistih, ki so bili cepljeni. Oslovski kašelj pri cepljenih poteka lažje, z manj zapleti, je manj nalezljiv in traja krajši čas.

Čeprav acelularno pertusis cepivo nudi krajšo zaščito, je cepljenje najučinkovitejša strategija za zmanjševanje obolevnosti in smrtnosti zaradi oslovskega kašlja. Zaradi tega v ZDA vse več odraslih cepijo s kombiniranim cepivom proti davici, tetanusu in oslovskemu kašlju ter tako ščitijo necepljene dojenčke.

Kako je z oslovskim kašljem v Sloveniji?

V Sloveniji je prijava oslovskega kašlja obvezna od leta 1946, cepljenje v prvem letu s tremi odmerki pa je bilo uvedeno leta 1959. Zaradi upadanja prijavljenih primerov bolezni v 80. letih prejšnjega stoletja smo leta 1990 ukinili cepljenje z drugim pozitivnim odmerkom. Do leta 1999 smo uporabljali celično vakcino, tega leta pa smo implementirali acelularno cepivo proti oslovskemu kašlju. Vseskozi je precepljenost ciljne populacije več kot 90-odstotna.

V letu 2003 smo v Sloveniji prvič zabeležili dvig incidenčne stopnje od povprečne 1,1/100.000 na 9,1/100.000. Najvišjo incidenčno stopnjo smo zabeležili v letu 2007 (35,4/100.000), v 2006 pa smo prvič zabeležili najvišjo incidenčno stopnjo pri otrocih v starosti od 10 do 14 let (220/100.000). Zaradi tega smo v šolskem letu 2009/10 pri učencih tretjih razredov OŠ nadomestili dvovalentno cepivo proti davici in tetanusu s trivalentnim cepivom proti davici, tetanusu in oslovskemu kašlju.

V primerjavi z incidenco prijavljenih primerov pri otrocih oziroma mladini imamo zelo malo podatkov o pojavljanju oslovskega kašlja pri odraslih. Podatki, ki jih pridobimo pri sporadičnih prijavljenih odraslih bolnikih, kažejo, da je bolezen redko prepoznana in laboratorijsko potrjena. Poučen je primer 43-letnega bolnika, ki je zbolel v začetku junija (podatki o cepljenju niso bili dostopni), se zaradi kašljanja in dihalnih težav

14 dni zdravl v bolnišnici, imel med napadom kašlja prometno nesrečo, bolezen pa je bila diagnosticirana konec julija. Več o obravnavi bolnikov z oslovskim kašljem je dostopno na spletni strani IVZ:

http://www.ivz.si/?ni=150&pi=5&_5_Filename=1831.pdf&_5_MediaId=1831&_5_AutoResize=false&pl=150-5.3

Literatura:

1. Center for Disease Control and Prevention: National state and local area vaccination coverage among children aged 19-35 months-United States 2011. MMWR 2012; 61: 689-96.

2. Meyer S et al. Pertussi epidemic-Washington, 2012. MMWR 2012; 61: 517-22.
3. Grgič Vitek M et al. Re-emerging of pertussis in Slovenia. Time to change immunization policy. Vaccine 2008; 26: 1874-76.
4. Epidemiološko spremljanje nalezljivih bolezní v Sloveniji v letu 2010, IVZ 2011. Dosegljivo na: http://www.ivz.si/gradiva_nalezljive_bolezni?pi=5&_5_Filename=4112.pdf&_5_MediaId=4112&_5_AutoResize=false&pl=105-5.3

E-naslov: Alenka.Skaza@zzv-ce.si

Tečaj »Novi pristopi k učenju kakovosti v stalnem podiplomskem izobraževanju zdravnikov družinske medicine«

Rok Maček, Zalika Klemenc Ketiš

Tečaj »Novi pristopi k učenju kakovosti v stalnem podiplomskem izobraževanju zdravnikov družinske medicine« (Vocational Education and Training in Quality Improvement Course) je potekal med 11. in 13. oktobrom 2012 v Pragi. Namenjen je bil seznanjanju zdravnikov družinske medicine, pa tudi ostalih poklicev, z novimi pristopi k učenju kakovosti in načinu vpeljave kakovosti v vsakdanje delo zdravnikov družinske medicine. Tečaj je bil del evropskega projekta Leonardo da Vinci »Innovative lifelong learning of European General Physicians in Quality Improvement supported by information technology«, ki poteka od 1. januarja 2011 do 31. decembra 2012 pod vodstvom »The College of Family Physicians in Poland«. Partner v projektu je tudi slovenski Zavod za razvoj družinske medicine. Sodelavci Zavoda za razvoj družinske medicine so bili vodje vsebinske priprave tečaja, ki je bil v Pragi izveden poskusno.

Specializacija iz družinske medicine je priznana v večini evropskih držav. Učenje razvoja in presojanja kakovosti v družinski medicini je vključeno v izobraževalni proces na različnih stopnjah. Izobraževanje, kot tudi dojemanje tega področja, se med posameznimi zdravniki in posameznimi državami močno razlikuje. Mednarodni dogovor o standardizaciji programa o učenju kakovosti v družinski medicini lahko pomembno pripomore k prenosu znanj na specializante in specialiste družinske medicine in s tem k hitrejši implementaciji procesa razvoja in preverjanja kakovosti v rutinsko delo ambulant družinske medicine. Trenutno izobraževanje o teh temah v Sloveniji in Vzhodni Evropi ni zadostno zastopano in je večinoma prepuščeno mentorjem specializantov. Takšni tečaji naj bi zapolnili vrzeli v znanju,

poenotili metode poučevanja in omogočali prenos znanja udeležencev na svoje kolege v državah udeleženkah.

Iz Slovenije se je tečaja udeležilo pet zdravnikov družinske medicine: prim. asist. Ksenija Tušek Bunc, asist. mag. Andrej Kravos, Primož Kuhar, Lea Gril Jevšek in Rok Maček. V mednarodni družbi predavateljev so sodelovali tudi trije predavatelji iz Slovenije: prim. prof. dr. Janko Kersnik, doc. dr. Zalika Klemenc Ketiš in doc. dr. Marija Petek Šter. Tečaj je vseboval pet modulov, ki so bili sestavljeni iz teoretične predstavitve posameznega področja, dela v skupinah in plenarnih zasedanj. Vsebinska je obsegala pregled modernih metod učenja in preverjanja znanja, dodatna znanja s področja razvoja in presojanja kakovosti v družinski medicini ter praktični prenos teh metod v stalno podiplomsko izobraževanje zdravnikov družinske medicine. Tečaj je vseboval pet modulov: uvod v tečaj, teoretične osnove in pregled metod poučevanja ter ocenjevanje, teoretične osnove in pregled metod za izboljševanje kakovosti, učenje in ocenjevanje izboljševanja kakovosti in ocenjevanje znanja ter veččin izboljševanja kakovosti.

Tečaja so se udeležili zdravniki iz petih evropskih držav. Med nami so razvili zanimive razprave, ki so temeljile na izkušnjah posameznikov iz različnih držav. Vsi smo si bili edini, da je razvoj kakovosti zelo pomemben element dela v ambulantah družinske medicine, katerega pomen se bo z razvojem medicine samo še povečeval.

Udeleženci so na koncu vsakega modula in na koncu celotnega tečaja izpolnili kratko anketo o zadovoljstvu s tečajem. Ankete so pokazale veliko zadovoljstvo udeležencev s tečajem. Kljub temu, da so bili udeleženci iz različnih držav ter so imeli zelo



različno raven znanja o izboljševanju kakovosti, je tečaj uspel zadovoljiti večino njihovih potreb na področju učenja kakovosti. Želimo si, da bi udeleženci tečaj ponovili v svojih državah. Pri tem jim bo v pomoč tudi obsežno gradivo, ki je bilo izdelano kot del projekta.

Kognitivni dan

Milica Gregorič Kramberger

12. oktobra 2012 smo se nevrologi, psihiatri, psihologi, radiologi, družinski zdravniki in še nekateri drugi strokovnjaki, ki so vpleteni v obravnavo bolnikov s kognitivnimi motnjami, srečali na prvem skupnem strokovnem dogodku na temo multidisciplinarnе obravnave bolnikov. Problematika naraščajočega deleža starejših v družbi nam vsem nalaga veliko dodatnega dela in nam hkrati ne daje veliko možnosti izbire. S pričakovano višjo starostjo se bo neizogibno večalo tudi število bolnikov z neurodegenerativnimi obolenji možganov, med katerimi je nedvomno najpogostejša demenca. Dogovor o sistematizirani in vsaj delno poenoteni obravnavi bolnikov s sumom na demenco ali z zgodnjo fazo demence bi vsem vpletenim bistveno olajšal delo. Z jasno definiranimi vlogami posameznih strokovnih profilov pa bi bilo možno obravnavo bolnikov kvalitativno izboljšati s strokovnega stališča in jo hkrati tudi časovno in finančno racionalizirati.

Vse naštetu so razlogi za to, da smo se sodelavci Centra za kognitivne motnje na Nevrološki kliniki Ljubljana odločili za organizacijo omenjenega strokovnega srečanja. Osrednjo pozornost smo namenili natančnejši opredelitvi vloge in vsebine psihološke in nevroradiološke obravnave bolnika s kognitivno motnjo. Svoje dolgoletne klinične in raziskovalne izkušnje s tega področja nam je v preglednem predavanju predstavil ugleden strokovnjak klinične psihologije iz Univerzitetne klinike Karolinska in Univerze v Stockholmu, prof. dr. Ove Almkvist. Opisal nam je svoje videnje izrazite dinamike obravnave bolnika s kognitivno motnjo, ki ji je sam priča v obdobju zadnjih približno 15 let. V razviti švedski družbi z visokim odstotkom starejših prebivalcev se namreč že več kot 20 let na več ravneh zdravstvenega in socialnega sistema intenzivno ukvarjajo z obravnavo tovrstnih bolnikov. Sprva so v kliniki za spomin, od koder prihaja, obravnavali le bolnike, ki so imeli že jasno razvite simptome in znake demence. Z leti pa sta se občutljivost in prepoznavanje problema zgodnjih kognitivnih motenj in demence močno spremenila v celotni švedski družbi. V zadnjih letih se je izboljšala dostopnost do diagnostičnih preiskav; strukturnega in funkcijskega slikanja možganov in do laboratorijskih preiskav bioloških markerjev demence v likvorju. Na račun izboljšanega poznavanja patoloških mehanizmov in zgodnjih kliničnih stadijev bolezni je postala tudi psihološka obravnava bolnikov vse bolj usmerjena. Populacija bolnikov, ki jo rutinsko in raziskovalno obravnavajo na kliniki za spomin, pa se je precej

Ta projekt je finančno podprla Evropska komisija v okviru programa Vseživljenjsko učenje. Ta članek vključuje poglede, ki so lastni zgolj avtorju članka in Evropska komisija ni odgovorna za kakršno koli uporabo podatkov, ki jih vsebuje.

E-naslov: zalika.klemenc-ketis@uni-mb.si

spremenila. Zadnja leta so bolniki v obravnavo napoteni mlajši, z blagimi ali začetnimi znaki in simptomi bolezni in v velikem deležu šele na stopnji blage kognitivne motnje. Klinični psihologi, ki so nepogrešljiv in stalen del multidisciplinarnega tima, pri delu uporabljajo enoten nabor psiholoških testov, ki ga v izjemnih primerih in po lastni presoji dodatno prilagodijo glede na bolnikove specifične značilnosti. Natančna in diagnostično uporabna je seveda psihološka ocena bolnika z blagimi težavami oziroma v fazi zgodnje demence, kasneje se za tovrstni pregled ne odločajo.

Poleg ključnih podatkov, ki jih zdravnik dobi z anamnezo, heteroanamnezo in kliničnim pregledom, je v obravnavi bolnika s kognitivno motnjo nedvomno zelo pomembna tudi interpretacija in ustrezna izbira slikovne preiskave možganov. Nevroradiologinja dr. Lena Cavallin iz Univerzitetne klinike Karolinska v Stockholmu je v svojem predavanju na Kognitivnem dnevu zelo sistematično prikazala pomen strukturnih sprememb, ki jih lahko dobro prikažeta preiskavi računalniške tomografije in magnetne resonance možganov. Za diagnostično opredelitev sindroma kognitivnega upada so lahko ključni podatki o lokaciji in izraženosti strukturnih sprememb v možganih, kot so atrofija in vaskularne lezije. Skrbno napisan radiološki izvid (ki je seveda odgovor na jasno zastavljeno klinično vprašanje) in izbran ustrezen način slikanja lahko tako daleč presegeta le tisti osnovni namen slikanja – izključevanje različnih ekspanzivnih, postinfarktnih in drugih možganskih sprememb.

Gostoma iz prestižne klinike Karolinska sta sledili dve izjemno zanimivi in klinično uporabni predavanji naših kolegov. Prim. mag. Bernard Meglič, nevrolog in redni sodelavec Centra za kognitivne motnje na Nevrološki kliniki, nas je preko opisa kliničnih podatkov o bolniku in diagnostičnega razmisleka seznanil z rezultati opravljenih diagnostičnih preiskav in nam »utemeljil« odločitev za diagnozo klinično verjetne atipične alzheimerjeve bolezni. Slikovito je opozoril tudi na problematiko deliriantnih epizod in motenj mikcije, ki so lahko pri demencnem bolniku pogojene tudi iatrogeno.

Kolega psihiater, mag. Jure Bon, ki je prav tako redni sodelavec Centra za kognitivne motnje na Nevrološki kliniki, pa nam je za konec srečanja pripravil sistematično, predvsem pa klinično uporabno in pregledno predavanje o vedenjskih in psihičnih simptomih v različnih fazah alzheimerjeve bolezni. Poleg

celovitega opisa klinične fenomenologije je predstavil tudi možnosti terapevtskega ukrepanja ob tovrstnih simptomih.

Pester strokovni program srečanja se je zaključil z živahno razpravo. Navzočim 65 udeležencem programa Kognitivnega dneva je pozno petkovo popoldne zagotovilo raznoliko in bogato paleto pomembnih sporočil o obravnavi bolnika s kognitivno

motnjo. Ponovno smo se lahko prepričali, da je vloga vsakega od članov multidisciplinarnega tima pri obravnavi bolnikov s kognitivno motnjo lahko ključnega pomena.

Izvedbo strokovnega srečanja je prijazno finančno podprlo farmacevtsko podjetje Lundbeck Pharma, d.o.o.

E-naslov: milica.kramberger@gmail.com

Invazivni postopki zdravljenja bolečine

15. seminar Slovenskega združenja za zdravljenje bolečine (SZZB) z mednarodno udeležbo

Slavica Lahajnar Čavlovič, Nevenka Krčevski Škvarč

Invazivne postopke za zdravljenje bolnikov s kronično bolečino izvajamo, če farmakološko zdravljenje bolečine ni učinkovito ali bolniku povzroča prehude neželene učinke. Stari postopki invazivnega zdravljenja bolečine so bili kirurški in destruktivni. Danes vplivamo na senzorične živce, ki prevajajo bolečinske dražljaje, z minimalno invazivnimi kirurškimi posegi, zdravili in fizikalnimi sredstvi, da se izognemo nekontroliranemu uničevanju živčnih struktur. Izvajamo jih specialisti različnih strok: anesteziologi, nevrokirurgi, interventni nevroradiologi, onkologi, fiziatři ter drugi, in ti smo se aktivno udeležili 15. seminarja SZZB ter govorili o teh postopkih zdravljenja bolečine. Predstavljen je bil tudi pogled splošnega zdravnika in nevropsihiatra na bolnika s težko obvladljivo bolečino, ki potrebuje interventno zdravljenje.

Poslušalci so bili zdravniki, prav tako različnih strok, in medicinske sestre, predvsem tiste, ki delajo v ambulantah za zdravljenje bolečine. Predavanja so potekala v lepi in prenovljeni predavalnici Onkološkega inštituta v Ljubljani, ki omogoča tudi tehnično zahtevne predstavitve. Seminar je potekal 5. in 6. oktobra 2012. Prvi dan je bil posvečen bolnikom z neoplazmsko bolečino in dopoldne drugega dne bolnikom z bolečino zaradi raka.

Prvi dan strokovnega srečanja smo namenili obravnavi in prikazu naših izkušenj z invazivnimi načini zdravljenja kronične bolečine, ki ni posledica raka; intervencijski medicini in minimalno invazivnim metodam kirurškega zdravljenja bolečine v križu.

V uvodnem predavanju je doc. Nevenka Krčevski Škvarč govorila o zdravljenju kronične bolečine in poudarila, da je ta nezadostno obvladana pri več kot tretjini bolnikov. Podala je pregled metod in načinov invazivnega zdravljenja bolečine z intervencijskimi postopki.

Mag. Marija Cesar Komar iz ambulante za zdravljenje bolečine v SB Slovenj Gradec je predstavila sodobno klasifikacijo bolečin v križu in usmeritve za ustrezno zdravljenje.

Prof. Tadej Strojnik z oddelka za nevrokirurgijo UKC Maribor nam je predaval o invazivnih metodah nevromodulacije. Prikazal je svoje rezultate zdravljenj z električno stimulacijo hrbtnjače in globljih predelov možganov ter z dovajanjem baklofena v intratekalni prostor, ki jih izvajajo z interdisciplinarno udeležbo nevrokirurga, anesteziologa – algologa in nevrologa. Z opisanimi metodami lajšajo bolečine bolnikom, pri katerih bolečina vztraja kljub optimalni protibolečinski oskrbi. Bolniki so za te posege natančno izbrani na osnovi mednarodno priznanih kriterijev in predhodnega testiranja. Invazivno nevromodulacijsko zdravljenje jim izboljša kakovost življenja.



Sedanji predsednik EFIC-a prof. Hans G. Kress (levo na sliki) in bodoči predsednik EFIC-a Chris Wells v predavalnici Onkološkega inštituta.



Udeleženci 15. seminarja SZZB.

Nevrokirurga prof. Borut Prestor iz UKC Ljubljana in asist. Matjaž Voršič iz UKC Maribor sta prikazala minimalne invazivne metode operativnega zdravljenja bolečine v križu in mikrokoagulacijsko mielotomijo v področju vstopa zadajšnjih korenin. Z mielotomijo selektivno uničijo predel hrbtenjače, ki vsebuje senzorično živčno tkivo. Na oddelku za nevrokirurgijo UKC Ljubljana imajo dolgoletno prakso s takšnimi posegi in beležijo zelo dobre rezultate. V svetu in pri nas je pogostnost nevroablativnih posegov v upadanju in jih nadomeščajo intervencijske tehnike.

Doc. Nevenka Krčevski Škvarč z oddelka za anesteziologijo, intenzivno terapijo in terapijo bolečin v UKC Maribor nam je predstavila priporočila za intervencijske posege za lajšanje bolečine v križu. Strokovnjaki intervencijske medicine skrbno vrednotijo rezultate raziskav o intervencijskih tehnikah in obdobje objavijo usmeritve za uporabo teh metod na osnovi znanstveno utemeljenih podatkov. Tudi v Sloveniji sledimo tem usmeritvam.

Prof. Hans Kress je predstojnik oddelka za specialno anestezijo in obravnavo bolečine v AKH na Dunaju in predsednik Evropske federacije bolečinskih združenj (EFIC). Na našem srečanju je imel dva prispevka o intervencijskem zdravljenju bolečine. Prvi dan seminarja nam je predstavil indikacije za uporabo novega zdravila zikonitida in podatke o njegovi učinkovitosti pri določenih bolečinskih stanjih.

Chris Wells je strokovnjak na področju bolečine, deluje v več institucijah v Angliji in svetovnih bolečinskih združenjih ter je bodoči predsednik EFIC-a. Aktiven je predvsem na področju nevropatske bolečine. Zelo nazorno nam je prikazal uporabo radiofrekvenčnih tehnik v zdravljenju kronične bolečine. Njegove bogate izkušnje nam bodo pomagale pri utrjevanju te tehnike v slovenskem prostoru.

Gorazd Požlep in Mensur Salihović iz ambulante za zdravljenje bolečine UKC Ljubljana sta nam v svojih prispevkih predstavila lastne izkušnje z uporabo radiofrekvenčne tehnike za lajšanje bolečine v vratni in ledveni hrbtenici. Radiofrekvenčno

intervencijsko zdravljenje bolnika z bolečino se pri nas izvaja pod natančno kontrolo rentgena in/ali ultrazvoka.

Mag. Klemen Grabljevec iz URI Soča je poročal o prvih izkušnjah pri zdravljenju hude bolečine po poškodbi hrbtenice z intratekalnim dajanjem morfina. Na URI Soča imajo že tradicijo v zdravljenju spastičnosti z intratekalnim dajanjem baklofena. Pogosto imajo ti bolniki pridruženo neobvladano bolečino, kar je lahko indikacija za zdravljenje z morfinom intratekalno.

Prof. Rudolf Likar iz Celovca je predstojnik Centra za intenzivno medicino, onkologijo in paliativno medicino. Je tudi direktor bolečinske šole v Celovcu, ki je akreditirana s strani EFIC-a in ima bogate izkušnje z invazivnim zdravljenjem bolnikov s kronično bolečino. Posredoval nam je usmeritve in svoje izkušnje z uporabo intratekalnega morfina.

V interdisciplinarni obravnavi bolnikov s kronično bolečino ima pomembno vlogo izbrani osebni zdravnik na primarni ravni. O izkušnjah z obravnavo bolnikov z neobvladano bolečino nam je govoril asist. Dean Klančič iz Zdravstvenega doma Ljubljana.

Kompleksni regionalni bolečinski sindrom (KRBS) je zapleteno stanje kronične bolečine in o njem nam je spregovorila Barbara Kosmina iz ambulante za obravnavo bolečine v SB Izola. Največ kliničnih in raziskovalnih izkušenj na področju obravnave KRBS v slovenskem prostoru ima ekipa iz SB Nova Gorica. O njihovih izkušnjah nam je poročala prim. Jelka Pirc.

Ker doživljanje kronične bolečine sooblikujejo tudi psihični dejavniki, so klinični psihologi in psihiatri dobrodošli sodelavci pri obravnavi teh bolnikov. O pristopu psihiatra k bolniku s kroničnim bolečinskim sindromom nam je spregovorila doc. Maja Rus Makovec iz UKC Ljubljana.

Pri izvajanju invazivnih postopkov za zdravljenje bolečine je za natančen prikaz tarčnega mesta in omejeno delovanje izbranega zdravila ali fizikalnega sredstva potrebna uporaba slikovnih metod, kot sta rentgen ali ultrazvok. O ultrazvočni kontroli pri izvajanju protibolečinskih blokad sta nam govorila Ana Jurečič

in Gorazd Požlep z Inštituta za anesteziologijo in perioperativno intenzivno terapijo UKC Ljubljana.

V sklop predavanj o invazivnih postopkih zdravljenja neobvladane kronične bolečine, ki ni posledica raka, smo poskušali pritegniti čim več različnih strokovnjakov, ki so udeleženi pri obravnavi teh bolnikov. Vseh, ki bi še lahko izboljšali zdravljenje teh bolnikov, nismo pozvali zaradi omejenega časa za seminar. Upamo, da jim bo to poročilo o seminarju spodbuda k aktivnemu sodelovanju pri obravnavi bolnikov s kronično bolečino, ki jim optimalna konvencionalna protibolečinska obravnava ne zadostuje za zadostno lajšanje bolečine.

Drugi dan seminarja smo anesteziologinje mag. Slavica Lahajnar Cavlovič, mag. Ksenija Mahkovic Hergouth, doc. Nevenka Krčevski Škvarč, mag. Mateja Lopuh, onkologinji doc. Veneja Velenik, prim. Jožica Červek, radiolog Miran Jeromel, družinski zdravnik Aleksander Stepanovič in tuji predavatelji prof. Giustino Verrassi, prof. Hans Kress, prof. Rudolf Likar govorili o zdravljenju težko obvladljive bolečine pri bolnikih z rakom. Približno 70 do 80 odstotkom bolnikov z bolečino zaradi raka uspešno zdravimo bolečino s peroralnimi in transdermalnimi zdravili (priporočila Svetovne zdravstvene organizacije, SZO). Ko 3-stopenjska lestvica SZO ne zadošča več, dodamo invazivne postopke in tako lahko zmanjšamo bolečino večini bolnikov z napredovalim rakom. Invazivne postopke uporabljamo kot adjuvantne analgetike, to je sočasno s farmakološkim zdravljenjem bolečine. Z njimi izboljšamo analgetične učinke zdravil, ki jih bolnik jemlje, ali zmanjšamo potrebne odmerke zdravil ter s tem njihove neželene učinke.

Področno zdravljenje bolečine lahko razdelimo glede na njegove tri glavne tarče, na blokade avtonomnega živčnega sistema, blokade perifernih živcev in neuroaksilarne blokade. Med prvimi so blokade celiakalnega in hipogastričnega plexusa, statelnega in impar ganglija ter blokade vratnega simpatikusa z intrapleuralnim pristopom. Blokade perifernih živcev so primerne za zdravljenje akutnih poslabšanj bolečine, na primer interkostalna blokada pri patološkem zlomu reber. Za daljše zdravljenje z njimi je potrebno trajno dajanje zdravil preko uvedenega katetra, na primer ob brahialni pletež pri Pancoastovem tumorju. Najbolj pogosto je spinalno zdravljenje bolečine. Opioidne, predvsem morfin, damo v likvorski ali epiduralni prostor hrbtenice, največkrat lumbalno. Opioidom lahko dodamo lokalne anestetike v odmerkih, ki ne povzročajo motorične blokade, in druga zdravila. Dajanje zdravil je lahko intermitentno ali kontinuirano. Za slednjega so potrebne črpalke. Za spinalno dajanje zdravil uvedemo kateter v likvorski ali epiduralni prostor. S tunelazo katetra v podkožje zmanjšamo možnost njegovega infekta in izpada, prav tako s podkožnim portom za injiciranje. Največ močnih dokazov za učinkovitost imata blokada celiakalnega plexusa in intratekalno zdravljenje bolečine.

Področno zdravljenje bolečine zaradi raka je lahko destruktivno. Najbolj pogosto se uporabljata kemična agensa, 50- do 100-odstotni alkohol in 6- do 10-odstotni fenol. Lahko se izvaja s fizikalnimi metodami, to je s pregrevanjem ali zmrzovanjem. Nevrokirurški destruktivni postopki zdravljenja bolečine zaradi

raka se redko izvajajo. Gre za prekinitev bolečinskih poti, kot je anterolateralna kordotomija v spinotalamičnem traktu. Neželeni učinki destruktivnih posegov so sicer redki, vendar lahko ogrozijo bolnikovo življenje. V izogib hujšim zapletom jih morajo izvajati zdravniki z dobrim znanjem anatomije, mehanizma delovanja nevroolitikov in farmakologije analgetikov.

Z napredkom in uspešnim zdravljenjem raka v zadnjih desetletjih se je trajanje rakave bolezni v povprečju podaljšalo in vse več ljudi z rakom doživi kostne zasevke ter z njimi bolj ali manj težko živijo mesece ali celo leta. Predvsem metastaze v aksialnem skeletu in dolgih kosteh povzročajo bolečine pri gibanju in zelo zmanjšajo bolnikovo kakovost življenja. Antitumorsko zdravljenje vzroka za bolečino ter delovanje na mehanizme nastanka bolečine zmanjšata bolečino in potrebo po klasičnih analgetikih. Uporaba **bifosfonatov** pri bolnikih s kostnimi metastazami in **obsevanje** bolečih kostnih metastaz zmanjšata bolečino in možnost nastanka zapletov, na primer patoloških zlomov prizadetih kosti. V zadnjem času se uveljavljajo novejša tarčna zdravila, na primer denosumab, to je monoklonalno protitelo, ki uravnava razgradnjo in izgradnjo kosti. Bolečino zaradi patološkega zloma kosti, ki je ne moremo omiliti z običajnim analgetičnim zdravljenjem, lahko zdravimo s cementno **vertebroplastiko**. Približno 80 odstotkov bolnikov z mielomom in metastatskim rakom je imelo po taki fiksaciji zloma hrbtenice obvladano bolečino.

Bolniki z napredovalim rakom imajo pogosto nevropatsko bolečino. Vzrokov za njen nastanek je več: vraščanje ali pritisk tumorja na živčna tkiva, bolnikov imunski odziv na rak in zdravljenje raka, na primer sistemsko zdravljenje s kemoterapevtiki. Je težko obvladljiva samo z opioidi, zato jo zdravimo z opioidi in dodatnimi zdravili. Med te sodita tudi **ketamin** in **lidokain**. Ketamin je anestetik in v manjših odmerkih analgetik. Objavljenih je veliko študij primerov, ki govorijo o pomembnem analgetičnem učinku pri bolnikih z neobvladano bolečino zaradi raka. Zaradi njegovih neželenih učinkov, na primer kognitivnih motenj, kot so halucinacije, ga kombiniramo s pomirjevali. Največkrat ga bolniki dobijo v podkožni infuziji skupaj z morfinom in drugimi zdravili.

Pri zagotavljanju optimalne kakovosti življenja bolnika z rakom, ki je napredoval, je pomembna vseobsegajoča paliativna oskrba v bolnišnici in na domu. Poleg zagotavljanja bolnikovih fizičnih, psihičnih in socialnih potreb je pomembno delo s svojci. V izjemno redkih primerih je bolečina neobvladljiv simptom pri umirajočem bolniku. Takrat se zdravstveni tim, po pogovoru s svojci in bolnikom lahko, kot zadnji izhod v sili, odloči za **paliativno sedacijo**, to je nadzorovano uporabo zdravil, ki povzročajo in ohranjajo stanje zmanjšane zavesti. Najbolj pogosto je uporabljeno zdravilo midazolam.

Na seminarju so bili predavatelji tudi štirje odlični gostje, predstavniki EFIC-a. Bivši predsednik EFIC-a prof. Giustino Verrassi je s predavanjem na našem seminarju in skupnim nastopom s sedanjim predsednikom prof. Hansom Kressom na tiskovni konferenci uradno razglasil začetek evropskega leta proti bolečini 2012/2013. To leto je posvečeno visceralni bolečini, to je bolečini,

ki izvira iz notranjih organov. Ginekološka, urološka, gastrointestinalna in kardiološka bolečina so med najbolj pogostimi razlogi za bolnikov obisk pri zdravniku. Od deset do štirideset odstotkov ljudi toži za krči ali bolečinami v trebuhu. Razlikovanje med funkcionalnimi in organskimi vzroki za visceralno bolečino je lahko izziv za zdravnika in povod za številne preiskave. Kronična visceralna bolečina bolniku močno poslabša kakovost življenja in predstavlja veliko finančno breme za družbo. Zato strokovnjaki za zdravljenje bolečine, tudi s pomočjo medijev, opozarjajo zdravstvene delavce in širšo družbo, da je potrebno bolnike z visceralno bolečino prepoznati in pravilno obravnavati.

Po končanem seminarju smo se udeleženci popeljali z ladjico po Ljubljani in si ogledali Ljubljano iz druge perspektive.

Predvsem tuji udeleženci so bili navdušeni nad njenimi lepotami. Seminar je, tako strokovno kot družabno, zelo dobro uspel. Celo udeleženci, ki strokovno delamo v ambulantah za zdravljenje bolečine, smo bili presenečeni, kakšne invazivne postopke za zdravljenje bolečine kolegi izvajajo v različnih bolnišnicah, čeprav jih naši bolniki še niso deležni v obsegu, kot je v razvitih sosednjih državah. Prof. Strojnik meni, da ta dejavnost ni sprejeta in ustrezno ovrednotena, temveč sloni na entuziazmu in improvizacijah posameznikov, kljub večletnemu delu in nespornim uspehom le-teh. Izvajalec se mora sam spopadati s pomanjkanjem sredstev in včasih odkritim nasprotovanjem kolegov.

E-naslov avtorice Slavice Lahajnar Čavlovič: slabajnar@onko-i.si

Novosti pri diagnostiki in zdravljenju kronične vnetne črevesne bolezni

Tatjana Cvetko, Dušan Baraga

Letos že 2. simpozij o kronični vnetni črevesni bolezni (KVČB), ki je 28. in 29. septembra potekal na Medicinski fakulteti v Ljubljani, je na srečanju združil bolnike s KVČB in stroko na primarni, sekundarni in terciarni ravni. V dveh dneh so si sledila po sklopih predavanja vodilnih strokovnjakov, ki sodelujejo pri odkrivanju in zdravljenju bolnikov s KVČB v Sloveniji, saj so novosti o zdravljenju pritegnile tako zdravnike družinske in šolske medicine kot bolnike. Na simpoziju je sodelovalo 160 udeležencev, od tega 105 zdravnikov.

Gost srečanja je bil predsednik Evropske zveze bolnikov s KVČB Marco Greco, ki je posebej pohvalil aktivno delovanje Društva za KVČB v Sloveniji. Priznal je rezultate evropske študije IMPACT o kakovosti življenja bolnikov, v kateri je uspešno sodelovala tudi Slovenija, in so jih v prizadevanjih za boljše zdravljenje bolnikov po Evropi predstavili tudi poslancem v Evropskem parlamentu. Rezultate raziskave o kakovosti življenja bolnikov v Sloveniji je drugi dan simpozija predstavil Dušan Baraga, specialist splošne medicine.

Dileme o napotovanju na sekundarno raven ter Petrina zgodba so zaznamovale uvodna razmišljanja o težavah pri prepoznavanju bolezni v družinski medicini. Poglavitna

tema simpozija pa so bile novosti pri diagnostiki in zdravljenju KVČB. Predstavitel standardnih in novejših preiskav z razlago o poteku in indikacijah za posamezno raziskavo je bila dobrodošla za vse nas, ki napotujemo na preiskave in beremo izvide. Kolonoskopija je še vedno nepogrešljiva preiskava pri postavljanju diagnoze, kot tudi pri spremljanju zdravljenja, in predstavljena je bila možnost opravljanja koloskopije v sedaciji in z novejšimi aparati, ki povzročajo manj težav že med in tudi po preiskavi. Na področju diagnostičnih preiskav se vse bolj uveljavlja MR-enterografija, ki v praksi zamenjuje preiskave z računalniško tomografijo (CT) in je tudi v Evropi postala poleg



Organizatorji srečanja: Dušan Baraga, Tatjana Cvetko, Darja Urlep Žužej, Danica Koren, Ivan Ferkolj in Mateja Saje (z leve).

kolonoskopije najpomembnejša preiskava za diagnosticiranje in spremljanje zdravljenja bolnikov s KVČB. Dela v sodobnem centru za vodenje bolnikov s KVČB si brez MR-enterografije ni več mogoče predstavljati, saj gre za povedno in natančno preiskavo, kjer se izognemo sevanju in jo lahko brez nevarnosti po potrebi ponovimo. Žal je dostopnost do preiskave po Sloveniji zelo različna, saj je na Štajerskem ne opravljajo. Po predavanju o kapsulni enterografiji smo opustili upanje, da nas bo kapsula rešila vseh zagat pri endoskopskih preiskavah, saj je primerna in ustreza le pri natančno določenih indikacijah.

Drugi dan simpozija smo z zanimanjem spremljali vpogled v imunsko dogajanje pri bolezni, predstavljeni so bili genetski in okoljski vplivi na nastanek in potek bolezni ter vloga pre- in probiotikov v prehrani in zdravljenju. Če se vpliv kajenja jasno kaže, pa možen vpliv probiotikov in prebiotikov na nastanek in potek bolezni še ni razvozan, zato trenutno ni mogoče svetovati ustreznega preparata za vse bolnike. Predstavljene so bile novosti pri zdravljenju s standardnimi in novejšimi biološkimi zdravili. Poudarek je bil predvsem na možnih stranskih učinkih, na pozornem spremljanju bolnikov in hitrem ukrepanju pri nastanku le-teh.

Izvenčrevesni znaki bolezni praktično vedno spremljajo osnovno obolenje. Pravzaprav gre za obolenje imunskega sistema v telesu in bolniki so pogosto slabokrvni, utrujeni, imajo pogoste težave s sklepi, kožo in očmi, sluznicami. Prizadene jih osteoporozna, dislipidemije, visok krvni tlak. Potrebujemo zdravila in tudi specifične pristope za zdravljenje, da se izogone stranskim učinkom zdravil na prebavila. Prehrana in prehranjenost bolnikov ter pravilna uporaba prehranskih nadomestkov je pomemben del zdravljenja bolnikov in strokovnjaki s področja dietetike bi bili dobrodošli kot sodelavci v redni timski obravnavi bolnika, pa tudi sicer bi bili bolnikom njihovi strokovni nasveti dobrodošli.

Simpozij smo zaključili s predstavitev društvenih aktivnosti s posebnim poudarkom na izobraževanju bolnikov in programu šol za bolnike, ki jih v društvu pripravljajo za svoje člane – posebej za otroke, mladostnike in odrasle.

Poseben čar je simpoziju dala **rdeča nit simpozija – Povabilo v ambulanto družinske medicine**. S pomočjo videopredstavitve, ki so napovedovale posamezne sklope predavanj, smo poskusili vstopiti v pravo ambulanto. Specializantka družinske medicine je skozi obiske bolnikov v ambulanti predstavila težave in zagate, s katerimi se lahko srečuje mlad zdravnik pri vodenju bolezni, ki je sicer redka, ampak kronična. Bolniki s KVČB imajo veliko raznolikih težav in potreb, zato potrebuje mlad zdravnik veliko znanja o bolezni in komunikaciji z bolniki. Serija videopredstavitve je popestrila simpozij in bila toplotno sprejeta tako med zdravniki, bolniki kot tudi specialisti, ki so sodelovali na simpoziju.

Vsakemu sklopu predavanj je sledila bogata razprava. Možnost postavljanja vprašanj s pomočjo SMS-sporočil preko aktivne GSM-številke se je ponovno izkazala za zelo učinkovito. Udeleženci simpozija so prejeli tudi Zbornik srečanja s povzetimi predavanji, ki jim pravzaprav predstavlja tematsko zaokorožen in uporaben pripomoček za iskanje informacij o KVČB.

Vzdušje na simpoziju je bilo zelo dobro. Prvi večer smo zaključili ob čudovitih spevih študentov medicine in prigrizku, sobotni dan pa je žal zaznamovalo »pomanjkanje hrane«, saj je bilo v soboto dopoldan še več udeležencev kot v petek popoldan. Prišli so tudi tisti neprijavljeni, ker jih je zanimalo in ker so vzeli simpozij za svoje srečanje. V resnici je simpozij o KVČB eno redkih strokovnih srečanj v našem slovenskem prostoru, kjer pri organizaciji sodelujejo Društvo bolnikov s KVČB kot pobudnik srečanja s Katedro za družinsko medicino in Gastroenterološka klinika UKC Ljubljana ter se bolniki lahko srečajo s svojimi zdravniki. In verjemite, prenekatera srečanja »otrok, ki so zrasli«, so bila prav pristrčna. In ne nazadnje – dobrega simpozija ne bi bilo brez dobrih predavateljev, ki so posredovali vrhunsko znanje za simbolno nagrado in se jim zato iskreno zahvaljujemo.

V preddverju Medicinske fakultete so lahko udeleženci zvedeli kaj več o zdravljenju in preparatih za pomoč pri obolenjih črevesja od predstavnikov farmacevtskih družb, ki so s svojimi donacijami podprle prizadevanja bolnikov o izobraževanju in ozaveščanju o vnetnih boleznih črevesja tako bolnikov kot zdravnikov in se jim za to toplotno zahvaljujemo.

POMNI - KVČB ni samo Č!

Poleg težav s črevesjem, kot so driska, bolečine in hujšanje, bolezen v polovici primerov spremljajo še težave s sklepi, kožo, sluznicami, očmi, včasih celo pred nastopom črevesnih težav. Zato pri nepojasnjem vnetnem dogajanju pomisli tudi na KVČB.

Petrina zgodba nam pripoveduje o zdravljenju deklice zaradi anoreksije – ker je bila majhna in ni pridobivala na teži. Petra ni hotela jesti, ker jo je bolel trebuh...

Petrina zgodba nam pripoveduje o tem, da je pot do diagnoze pogosto predolga.

(Posebna številka revije Viva o KVČB)

E-naslov: tatjana.cvetko09@gmail.com



DRUŠTVO ZA KRONIČNO VNETNO ČREVESNO BOLEZEN

Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor

pošto prejemamo na p. p. 640, 2103 Maribor

M 041 665 000 (po 17. uri)

info@kvcb.si ; www.kvcb.si

Kongres Evropskega združenja za koloproktologijo – Dunaj 2012

Pavle Košorok

Od 26. do 28. septembra 2012 je bil na Dunaju že 7. letni kongres Evropskega združenja za koloproktologijo (ESCP). Organiziran je bil v okviru dunajskega velesejma (Wiener-Messe). Kongres je bil organiziran z avstrijsko natančnostjo. Res je bilo veselje sodelovati, ker si vedel, da se bodo predavanja začelja točno, na kar so bili opozorjeni tudi predavatelji in so se dokaj točno držali svojega dovoljenega časa.

Evropski kongres je vedno organiziran po sklopih. Kot običajno, je bila ponujena predkongresna delavnica. Že na par kongresih je najbolj zaželen tema endoanalni ultrazvok in ultrazvok medeničnega dna. Nepogrešljiv postaja pri oceni funkcionalne prizadetosti tkiv in organov medeničnega dna, pomaga pri odkrivanju fistul in abscesov, pri oceni fekalne inkontinence, pri predoperativnem ocenjevanju rektalnega karcinoma. Druga predkongresna delavnica je bila namenjena mlajšim kolegom, vendar bi takšno znanje koristilo prav vsem: Kako napisati strokovni članek.

Uradno odprtje se je začelo v zgodnjem popoldnevu. Kongres je odprl aktualni predsednik prof. Zoran Krivokapić iz Beograda. Na kongres je bilo vabljenih pet ključnih govornikov. Med najbolj opaženimi je bil prof. Klaus E. Matzel iz Erlangna, ki je največji strokovnjak na področju sakralne stimulacije za področje koloproktologije. Enega od ključnih predavanj je imel P. Ronan O'Connell iz Dublina, Irska, ki se posveča kroničnim vnetnim črevesnim boleznim, patofiziologiji medeničnega dna in vprašanju analne kontinence.

Častni povabljenec je bil tudi prof. Koutarou Maeda z Japonske. Predstavil je zelo zanimivo temo o sodelovanju med kolorektalnimi kirurgi in ginekologi in izziv – ali je čas za »pelvičnega kirurga«. Naslednji častni povabljenec Alan Thorson iz ZDA je podal kritični pregled presejanja in zdravljenja kolorektalnega karcinoma. Od častnih povabljenecv je še enkrat obdelal vprašanje kolorektalnega karcinoma prof. Irinel Popescu iz Bukarešte, ki je govoril o metastatskem karcinomu. Njegovo predavanje je dajalo vtis, da govori kirurg stare vrste, ki se zaveda svoje moči in svojega položaja.

Vseh predavanj in predstavitev je bilo preveč, da bi jih v tako kratkem času poslušal ali obiskal, zato si je vsak izbiral tiste teme, ki so mu bližje. Vsekakor sem sledil proktološkim temam, ki niso zajemale samo zdravljenja hemoroidov na različne načine in zdravljenja fistul. V veliki meri so problemi medeničnega dna interdisciplinarni, kar zahteva tako nove pristope v diagnostiki kot v terapiji. Inkontinenca za blato je vedno bolj prepoznaven problem, ki se mu vedno bolj posvečamo in so tudi metode zdravljenja uspešnejše. Še vedno slišimo za nove metode, od katerih je nekaj posebnega »magnetna ogrlica«, ki



je vstavljena okrog anusa. Zanimivi so tudi postopki vstavljanja nabreklih blazinic na šest mest okrog anusa v intersfinkterni prostor. Namesto takšne mehanske vstavitve pa se vedno več pričakuje od uporabe matičnih celic. Pridobivanje samih matičnih celic ni več tak problem, saj jih znajo dobiti iz mišičnega ali maščobnega tkiva. Nerešen problem pa je kasnejši razvoj takšnih celic, saj še ni dokazov, da je uporaba popolnoma varna. Ni namreč izključeno, da se take izvorne celine ne bi pod določenimi pogoji razvile v rakasto tkivo.

Med teme, ki so me posebej zanimale, je seveda spadalo vprašanje spuščene medeničnega dna in patologija v zvezi s tem. Z laparoskopskimi tehnikami je rektepeksija postala morda nekoliko lažja in bolj dostopna.

Še vedno so stalne teme zdravljenje kolorektalnega karcinoma, metastaz, vprašanje reoperacij in nadaljnje zdravljenje s kemoterapijo in biološkimi zdravili.

Anglosaški kolegi so v evropski prostor vnesli zanimivo stalnico: »Consultant's corner«, kjer ponavadi skupina izkušenih kolegov različnih strok odgovarja na zapleten diagnostični in terapevtski problem. Te debate vedno rad poslušam, saj je to za vsakega posebej »brainstorming«, kjer se krešjejo različni pogledi in se nakazujejo različne rešitve.

Število vabljenih in izbranih predavateljev je bilo zelo omejeno. Širše možnosti so bile dane s predstavitvami s posterji, med katerimi jih je bilo nekaj tudi izbranih za »lunch time

discusion«. Med temi je bila tudi predstavitev naše nacionalne študije o razširjenosti okužbe s HPV v anogenitalni patologiji in študije iz Kliničnega centra o sodelovanju med ginekologi in abdominalnimi kirurgi.

Zaradi bližine Slovenije je bilo tokrat kar opazno število udeležencev od doma. Vzeli smo si celo nekaj časa za sprehod po mestu in poskusili pravi dunajski zrezek s krompirjevo solato. Za kaj več kot sprehod

po mestu pa tako ni bilo časa. Vsak kongres je tudi priložnost za srečanje s kolegi, s katerimi so se spletle takšne ali drugačne prijateljske vezi. Vse to naredi naše strokovno življenje malo bolj prijazno in osebno obarvano. Krog prijateljev, ki jih imamo tako doma kot v tujini, je naše mikro okolje, v katerem se lahko prijetno počutimo.

E-naslov: pavle.kosorok@guest.arnes.si

8. kongres evropskega združenja za geriatrično medicino

Gregor Veninšek

Od 26. do 28. septembra 2012 je v Bruslju potekal 8. kongres evropskega združenja za geriatrično medicino (European Union Geriatric Medicine Society – EUGMS). Po navedbah predsednika združenja se ga je udeležilo 1200 obiskovalcev z vseh celin. Ker na tridnevnem dogodku nisem videl niti enega znane obraza, sklepam, da sem bil edini udeleženec iz Slovenije. Tam prisotni smo imeli možnost obiskati pet satelitskih simpozijev, prisluhniti 87 ustnim predstavitev in si ogledati 362 posterjev. Zaradi velikosti dogodka, ki je sočasno potekal na več mestih, poročilo ne povzema celotnega kongresa.

Kongres se je začel s predstavitvijo irske longitudinalne študije o staranju (TILDA). Gre za študijo, ki vključuje vsakega 140. Irc, starejšega od 50 let. Vključenih je 8570 udeležencev. Podatke zajemajo vsaki dve leti. Udeležence nameravajo slediti 10 let. Študija je nadvse zanimiva iz naslednjih razlogov:

1. Stroški do sedaj opravljenega dela znašajo 30.000.000 EUR (!). V začetku je bilo financiranje zagotovljeno s strani irske vlade in človekoljubnih organizacij, sedaj pa, ko je zbranih veliko podatkov, se kaže tudi vedno večji interes industrije.
2. V projektu je zaposlenih veliko ljudi.
3. Sodelujejo strokovnjaki s tehnoloških področij, ki pomagajo pri zajemanju podatkov in razvijanju novih tehnologij, ki jih bodo v prihodnosti tržili. Ob poslušanju predavitve mi je bilo pri srcu toplo, saj je bil nedavno na Irskem tudi naš predsednik vlade, tako da se lahko podoben projekt obeta tudi v Sloveniji.

4. Vsi podatki so prosto dostopni raziskovalcem kjerkoli na svetu.

Raziskovalci Univerzitetne bolnišnice iz Barcelone so predstavili longitudinalno študijo 90-letnikov (študija Nona Sant Feliu), v kateri so 186 posameznikov spremljali od 5 do 7 let. V prvem letu opazovanja je umrlo 20 odstotkov opazovancev, v petem letu opazovanja pa 75,5 odstotka do takrat preživelih. Ugotovili so, da Charlsonov kazalnik komorbidnosti in kratek preizkus mentalnih sposobnosti neodvisno napovevta smrt v petih letih.

Na tematskem sklopu predavanj o presejanju je bilo največ predstavitev na temo kardioloških oziroma kardiokirurških bolnikov. Glede na slovenske izkušnje v svetovni literaturi poročajo o precej visokih odstotkih pooperativnih zapletov (atrijska fibrilacija do 33 odstotkov, delirij do 43 odstotkov, bolnišnična okužba do 55 odstotkov vseh operirancev). V študijah iz tujine poročajo, da so kardiokirurški posegi povezani s funkcionalnim in kognitivnim upadom. Predstavljen je bil pregled literature tega področja; z ustreznimi intervencijami se lahko zmanjša pojavnost pooperativne depresije, zapletov s strani dihal, pojavnost atrijske fibrilacije in okužb.

Raziskovalna skupina z Nizozemske je predstavila orodje, ki so ga razvili za ugotavljanje neustrezne prehranjenosti pri kardiokirurških bolnikih. Pri slednjih je namreč problematično, da običajna orodja za oceno prehranjenosti vključujejo telesno težo, bolniki po posegih na srcu, ki so bili izvedeni s pomočjo zunajtelesnega krvnega obtoka, pa so pogosto hiperhidrirani in imajo lažno visoko telesno težo na eni strani, po drugi strani pa padec telesne teže v pooperativnem

obdobju ne odraža prehranjenosti, ampak izločanje presežka tekočine. Orodje, ki so ga razvili za lastno okolje, je zelo enostavno. Bolnica ali pa bolnik, ki je hospitaliziran več kot sedem dni oziroma navaja pomanjkanje teka zaradi socialnih okoliščin, osamljenosti ali slabega počutja, je ogrožen za razvoj podhranjenosti. V lokalnem okolju je bilo orodje zelo natančno (AUC 0,87) (CI 0,83–0,92).

Vedno več kardiokirurških bolnikov je starih in krhkih. Ti bolniki so zelo ogroženi za funkcionalni upad po hospitalizaciji, zmanjšano kakovost življenja in avtonomije, za ponovno hospitalizacijo, institucionalizacijo ali smrt. Raziskovalci iz Amsterdama in Utrechta so v multicentrični študiji testirali ISAR-HP. Gre za enostaven vprašalnik, sestavljen iz štirih vprašanj, ki se nanašajo na instrumentalne dnevne aktivnosti, tehnične pripomočke pri hoji, potrebo po pomoči pri transportu in o izobraževanju po 14. letu starosti. Pozitiven odgovor na katerokoli izmed vprašanj identificira bolnika s povečanim tveganjem za razvoj funkcionalnega upada s 85-odstotno senzitivnostjo in 48-odstotno specifičnostjo.

Delirij je zelo pogost zaplet bolnišnične obravnave. Povezan je z dodatno obolevnostjo, povečano smrtnostjo in daljšo hospitalizacijo ter rehabilitacijo. Zelo pogosto ni prepoznan. V študiji geriatričnih bolnikov, sprejetih v koronarno enoto, so nizozemski raziskovalci ugotavljali delirij v 25 odstotkih. Z orodjem za oceno tveganja za razvoj delirija (DRAS) so slednjega tudi uspešno napovedali. V intervencijskem delu študije so visoko ogroženim bolnikom dajali 1 mg haloperidola na 8 ur. Kljub zaskrbljenosti kardiologov glede možnih kardiotoksičnih učinkov haloperidola, zapletov niso opažali. Incidenca delirija je bila več kot razpolovljena, pri bolnikih, pri katerih pa se je delirij kljub temu razvil, je bil le-ta enake intenzivnosti in trajanja kot v skupini, ki ni dobivala preventivno haloperidola. Preventivno dajanje haloperidola je preprečilo razvoj delirija pri bolnikih z nižjim tveganjem.

Padci in zlomi, predvsem zlom kolka, so za geriatrično medicino tako pomembni, da si je ta tematika zaslužila združen simpozij EUGMS in IOF (International Osteoporosis Foundation). V regiji Benečija utrpí zlom kolka 65 do 75/10.000 posameznikov, starejših od 64 let. Skladno s priporočili, torej najkasneje v 48 urah po dogodku, jih je operiranih od 15 do 90 odstotkov. Zaradi velike regionalne variabilnosti pravilno ugotavljajo, da je potrebna standardizacija postopkov. Rene Rizzoli, eden ključnih svetovnih strokovnjakov na področju osteoporoze, je predstavil klinično pot za osteoporozo pri nizkopražnih zlomih. Po akutni oskrbi koordinacijo prevzame ustrezno usposobljena medicinska sestra, ki zbere potrebne podatke za začetno diagnostično in terapevtsko oceno. Ustrezno usposobljen zdravnik, običajno geriatr, vodi interdisciplinarni tim in predpiše terapijo. Bolnikom in njihovim družinam je ponujen izobraževalni program o fizikalni terapiji, potrebnih spremembah življenjskega stila in prehrani. Analiza klinične poti je pokazala, da po šestih mesecih skoraj 80 odstotkov bolnikov sodeluje v predpisanem načinu obravnave in da je ta model

obravnave ne samo cenovno učinkovit, ampak celo zmanjšuje stroške.

Eden vidnih strokovnjakov na področju osteoporoze, ki je hkrati tudi profesor geriatrične medicine v Univerzitetni bolnišnici v Leuvnu, je predstavil zdravila, ki so na voljo za učinkovito zdravljenje osteoporoze pri najstarejših starejših (starejših od 80 let). Osnova zdravljenja ostajata nadomeščanje vitamina D in kalcija. Med ostalimi zdravili pa je bil izrazito izpostavljen denozumab. Želel sem zadržati občutek, da nam ga je predavatelj želel tako podrobno predstaviti zgolj zato, ker je zdravilo novejš.

Sporočilo za domov predstavitve o inkontinencah je bilo, da se inkontinenca za seč in blato pojavlja sočasno, tako da moramo pri bolniku z inkontinenco za urin nujno pomisliti, da je lahko prisotna tudi inkontinenca za blato. Ocenjevanje obeh stanj praviloma ne zahteva zahtevne tehnologije; obravnava inkontinence zahteva temeljito anamnezo, dnevnik vnosa tekočin in mikcij ter UZ-pregled po mikciji. Obravnava inkontinence za blato zahteva natančno anamnezo in digitorektalni pregled.

Pri starih, krhkih polimorbidnih ljudeh z urgentno inkontinenco lahko poskusimo s forsiranim uriniranjem, zadrževanjem uriniranja, programiranim uriniranjem in Keglovimi vajami. Zaradi pogoste kognitivne okrnjenosti in polipragmazije zdravila pri krhkih starostnikih niso najbolj primerna. Za stresno inkontinenco se, skladno s smernicami, seveda priporočajo vaje za krepitev pelvičnega dna, vendar izkušnje kažejo, da je pri starejši populaciji, v kolikor gre za primerno izbrano bolnico, praviloma uspešno kirurško zdravljenje (TVT v 80 odstotkih). Protokol forsiranega uriniranja, ki naj bi bil v uporabi v domovih za ostarele oziroma negovalnih bolnišnicah, je časovno zelo zahtevno in se udejanja samo v okoljih, kjer je na voljo več negovalnega osebja kot v večini držav zahodne Evrope. V kontekstu celovite geriatrične obravnave pri akutno hospitaliziranem bolniku z urinsko inkontinenco je bil podan tudi zanimiv kriterij za odpust. To je trenutek, ko zmore bolnik sam na stranišče.

V luči dejstva, da lahko slovenski uporabniki zdravstvenega sistema vnaprej izrazijo svojo voljo, je bilo zanimivo poslušati predstavitev z Irske, kjer je v teku projekt, ko naj bi strukturirano vnaprej izražena volja postala del medicinske dokumentacije, ki bolnika spremlja v domu in ob vsaki napotitvi v bolnišnico.

8. kongres EUGMS se je končal z navzkrižnimi pohvalami za odlično organizacijo in sodelovanje ter z bučnim aplavzom ob koncu še vedno prisotne velike množice udeležencev. 9. kongres EUGMS bo od 2. do 4. oktobra 2013 v Benetkah. Vsi zainteresirani do 30. aprila 2013 oddajte povzetke svojih prispevkov.

E-naslov: gregor.veninsek@kclj.si

Prva mednarodna konferenca o dobrem počutju prebivalcev mest ter zaposlenih na delovnih mestih

Dušan Nolimal

Mariborska razvojna agencija (MRA) in Inštitut za razvoj družbene odgovornosti (IRDO), v sodelovanju s projektnimi partnerji, sta v okviru projekta »Chance4Change« (Razvoj, izvedba in vrednotenje programov za izboljšanje subjektivnega dobrega počutja) 19. septembra 2012 v Mariboru organizirala prvo mednarodno konferenco o dobrem počutju prebivalcev mest ter zaposlenih na delovnih mestih.

S projektom »Chance4Change« (Možnost za spremembe) in povezano mednarodno konferenco so pobudniki in organizatorji, ki – »za spremembo« in pohvalno – prihajajo predvsem iz vrst nemedicinskih strok, zlasti ekonomije ter nezdravstvenega sektorja, želeli pregledati novejša spoznanja, raziskovalne dosežke in druge novosti, da bi našli skupno vizijo na področju preprečevanja in premagovanja stresa na individualni in na organizacijski ravni ter pri ustvarjanju kakovosti življenja in dobrega počutja v urbanih okoljih. Konferenca je bila namenjena izmenjavi strokovnih stališč, mnenj in izkušenj iz teorije in prakse, povezanih s temo konference; izpostavljanju prednosti in slabosti sedanjih praks pri reševanju stresa na individualni ravni in kakovosti življenja v regiji, kot tudi dobrega počutja; spodbujanju dobrih praks z namenom prikazati možnosti in težave ter rešitve v Sloveniji, Avstriji, EU in drugod. Prav tako so želeli prispevati strokovne vsebine za razvoj raziskav s tega področja (npr. vplivi na javno politiko, ki merijo regionalno gospodarsko učinkovitost s širšega vidika blaginje; določanje kazalnikov za kakovost življenja; nadzorni sistemi v mestnih središčih in na ravni posameznika itd.). In ne nazadnje je bil namen konference obveščanje širše javnosti o projektu Chance4Change in drugih temah, povezanih s področji v okviru tega projekta.

Projekt je razdeljen na dva komplementarna dela. Ekspertni del, ki predstavlja osnovo za znanstveno preučevanje sprememb v podjetjih in lokalnih okoljih, zlasti iskanje novih metod, tehnik in programov za povečanje subjektivne blaginje. Izvedbeni del pa se kaže kot vzpostavitev regionalne platforme za povečanje subjektivne blaginje prebivalcev. Zgolj v dialogu različnih deležnikov in z delovanjem na različnih ravneh lahko ustvarjamo okvirne pogoje za doseganje tako materialne kot subjektivne blaginje posameznikov. Na konferenci so bili prikazani tudi cilji projekta, kot npr. vzpostavitev čezmejne mreže strokovnjakov za dobro počutje prebivalstva; raziskave dobrega počutja zaposlenih; razvoj alternativnih instrumentov, programov in tehnik dobrega počutja (podkrepljenih z empiričnim raziskovanjem in poskusnim testiranjem v elektro-kovinski

industriji); oblikovanje nabora ponudnikov storitev za ohranjanje ali dvig dobrega počutja prebivalcev; razvoj inovativnih čezmejnih programov in aktivnosti za prebivalstvo; povečanje zavedanja javnosti za teme psihičnih obremenitev, stresa, sindroma izgorevanja, mobinga... Kot pomembnejši rezultati so bili predstavljeni: na novo razvita orodja subjektivne blaginje in programi, izbrani partnerji/ponudniki »subjektivne blaginje« v Gradcu, Mariboru in Murski Soboti ter vzpostavljena mreža; poskusni »antistresni« programi in orodja za doseganje subjektivne blaginje v izbranih organizacijah; vzpostavljena mreža svetovalcev za dvig subjektivne blaginje; poročila o vrednotenju »antistresnih« ukrepov in doseganju subjektivne blaginje.

Na konferenci je sodelovalo 43 znanstvenikov, raziskovalcev in strokovnjakov iz Avstrije in Slovenije. Svoja razmišljanja so zgoščeno predstavili v 32 avtorskih prispevkih, ki so javnosti v angleškem jeziku dostopni na spletni strani <http://chance4change.eu/irdo/presentation.html>. Zato tukaj po lastnih zapiskih in utrinkih s srečanja povzemam le nekatere, ki so se meni zdeli najbolj aktualni in zanimivi za bralce Izide. Prispevki pokrivajo dve ključni temi konference: »Preprečevanje in odpravljanje stresa na individualni ravni kot del družbene odgovornosti« ter »Kakovost življenja (dobro počutje) v urbanih okoljih«. Za prisotne predstavnike medicinskih strok je bilo srečanje zanimivo tudi zaradi izmenjave mnenj s predstavniki nemedicinskih strok, zlasti ekonomisti, in »nezdravstvenih« sektorjev. Izkazana je bila pomembna multidisciplinarna kompetenca, torej poznavanje narave dela, ciljev in razumevanja »jezika« drug drugega. Med prisotnimi partnerji projekta »Chance4Change« ter



vidnejšimi institucijami in posamezniki kaže omeniti in povzeti aktivnosti naslednjih institucij:

Mariborska razvojna agencija (MRA) se od uvedbe čezmejnega programa sodelovanja med Slovenijo in Avstrijo od leta 1995 dalje aktivno ukvarja s pripravo in izvedbo različnih čezmejnih projektov. V skladu s stebri svojega delovanja postavlja MRA v središče tako družbene kot tudi gospodarske teme. »Regionalmanagement Graz in Graz-Umgebung« je prepoznavna javna institucija na področju regionalnega razvoja. Njene glavne naloge so: svetovanje, informiranje, koordiniranje in sodelovanje za Gradec in Gradec z okolico. K temu sodijo projekti, pomembni za regijo, iskanje projektov virov financiranja, svetovanja za občine, podjetja in organizacije, izvedba informacijskih prireditev o možnostih financiranja. Nadalje, izgradnja regionalnih mrež, podpora sodelovanja lokalnih skupnosti, posredovanje med regionalnimi akterji in intenzivno svetovanje pri strateških, ključnih regionalnih projektih. **Initiative Mensch – Verein zur Förderung des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens (društvo za spodbujanje fizične, duhovne in družbene blaginje)** je po naročilu župana mesta Gradec pripravilo koncept konkretne izvedbe ukrepov za izboljšanje dobrega počutja, ki mu je sledilo natančno načrtovanje vsebinskih, prostorskih, personalnih in finančnih potreb.

Slovenski Inštitut za razvoj družbene odgovornosti (IRDO) je bil ustanovljen leta 2004 z namenom raziskovanja in razvoja družbene odgovornosti v Sloveniji in drugih državah. Njegov glavni cilj je spodbujanje mreže različnih aktivistov, bodisi na ravni državne uprave, gospodarstva, zdravstva, sociale ter drugih sektorjev in organizacij. Zlasti se je izkazal pri izvedbi skupnih aktivnosti in kampanj za dvig družbene odgovornosti, in sicer z raziskovanjem, usposabljanjem, mreženjem in komunikacijami. Družbeno odgovornost je na konferenci predstavil z različnih vidikov: vladnega in nevladnega, etičnega, podjetniškega, medijskega, izobraževalnega, raziskovalnega in drugih. **Reprezentativni sindikat elektro- in kovinske industrije (SKEI)**, ki je na državni ravni organiziran v 14 regionalnih območjih, je sodeloval pri izvedbi raziskovanja o počutju na delovnih mestih. **Inštitut za psihologijo na Karl-Franzens univerzi v Gradcu** je aktiven predvsem na področju »delovne, organizacijske in okoljske psihologije« ter številnih projektov na temo stresa, dobrega počutja in izboljšanja zdravja. Na srečanju je predstavil še dva aktualna primera, kot sta študija kakovosti delovnega okolja starejših delojemalcev in pospeševanje zdravja učiteljev v projektu SchulSupport (v sodelovanju z Zveznim svetom za šolstvo, Pedagoško visoko šolo, Medicinsko univerzo in Joanneum Research). Posebna raziskovalna področja tega inštituta so tudi delovna motivacija, zadovoljstvo pri delu, subjektivno dobro počutje, izgorevanje in metodologija vrednotenja teh področij.

Predstavniki Ekonomsko-poslovne fakultete Maribor (EPF) so prikazali povezanost raziskovalnega in pedagoškega dela akademskega osebja in sodelavcev. Fakulteta slovi po mladim in motiviranim ter profesionalnem kadru, ki zagotavlja primerljivo

mednarodno kakovost. Sledi globalizacijskim trendom in se vključuje v projekte, ki uveljavljajo povezanost zdravja, kakovosti življenja in blaginje. Njene primerjalne prednosti so v vpetosti v okolje. **Zavod Pameten** je inovativna, svetovalna in razvojna organizacija, ki se ukvarja predvsem s koordinacijo in pripravo projektov v pomurski regiji. Glavni cilj zavoda je povezovanje podjetij v regiji in izgradnja njihovih profesionalnih kompetenc, tudi na področju dobrega počutja in blaginje. Na konferenci so z referati s področja ocen tveganj in zmanjševanja stresa na delovnem mestu ter raziskovanja in promocije zdravja in dobrega počutja na delovnem mestu in v urbanem okolju sodelovali tudi **Družbenomedicinski inštitut, Znanstveno raziskovalni center SAZU ter Inštitut za varovanje zdravja RS (IVZ) ter proaktivni posamezniki**, ki so predstavili nekatere metode preprečevanja in zmanjševanja stresa na individualni ravni s pomočjo uveljavljenih pristopov oz. tehnik (**joga, taiji, feng shui, meditacija**). Na konferenci so se v okviru postavljenih stojnic predstavili tudi nekateri ponudniki »**Mreže dobrega počutja**«.

Uvodničarja konference iz Avstrije in Slovenije sta poudarila pomembnost čezmejnega sodelovanja projekta »Chance4Change« za regionalni razvoj obeh dežel. Poudarjen je bil namen konference, ki je seznaniti multidisciplinarno stroko in javnost z novimi spoznanji, rezultati raziskav in drugimi trendi, ki bodo pokazali prihodnje smernice na področju premagovanja stresa pri posamezniku in v organizacijah, kakor tudi ustvarjanje kakovosti življenja in dobrega počutja v mestnih okoljih. Brez krepitve čezmejnega sodelovanja in družbenega inoviranja ne bomo premagali aktualne krize in ponovno vzpostavili razvojnega napredka. V tem kontekstu je **ekonomist prof. dr. Matjaž Mulej**, tudi predsednik programskega odbora konference, izpostavil pomen paradigme »dobrega počutja« in »zadovoljstva«, kot vse bolj osrednje teme raziskav družbenih strok ter posledičnega prilagajanja v razvojnih politikah. Konvencionalni pokazatelji gospodarskega napredka in uspeha, kot je BDP, dajejo le delni vpogled v državno ali regionalno blaginjo, saj ne upoštevajo nekaterih stranskih učinkov gospodarske rasti. Zato so vedno aktualnejši pristopi preventive bolezni ter promocije zdravja in dobrega počutja na delovnem mestu in v lokalnem okolju, ali kot je dejal prof. Mulej: »Preprečevanje bolezni je namreč boljše in cenejše kot zdravljenje, četudi tvori – statistično – manj bruto domačega proizvoda. Toda omogoča ustvarjanje več le-tega, ker ljudje ne potrebujejo zdravljenja in so sposobni delati.«

Na srečanju se je posebej veliko razpravljalo o premagovanju in preprečevanju psihosocialnega stresa med aktivnimi prebivalci, zlasti nekaterimi bolj ranljivimi poklicnimi skupinami, tako na osebni kot na organizacijski ravni. Predstavljeni so bili raziskovalni podatki o razširjenosti in nekateri novi pristopi oz. programi za soočanje posameznika s stresom ter za krepitev dobrega počutja na delovnem mestu. Zmanjševanje stresa in krepitev dobrega počutja na delovnem mestu so dandanes pomembne teme, ki od mnogih organizacij zahtevajo tudi velik vložek časa in denarja. Še vedno pa primanjkuje kakovostnih in učinkovitih

programov na področju preventive pred stresom, sindromom izgorevanja in mobingom (trpinčenjem na delovnem mestu). Opis razvoja in vsebina teh novih antistresnih programov sta bila udeležencem na voljo v konferenčnem gradivu, naslovljenem »**Zdravo vodenje, stres, dobro počutje**«. Vsakodnevno doživljanje stresa v bivalnem in delovnem okolju je vedno pogostejše. Odrasli prebivalci v Sloveniji kot najpogostejši vzrok stresa navajajo obremenitve na delovnem mestu in slabe odnose s sodelavci. Zenske izstopajo po pogostejšem doživljanju stresa v primerjavi z moškimi. Vzroki za to so verjetno tudi v tem, da so ženske bolj obremenjene z usklajevanjem družinskega in poklicnega življenja kot moški. Sicer je zaradi stresa najbolj obremenjena starejša starostna skupina. V tej starostni skupini je tudi povečano občutenje pogostega stresa na delovnem mestu zaradi slabih odnosov s sodelavci in slabih materialnih pogojev. Hud stres na delovnem mestu je lahko posledica reorganizacij in spremenjenih pogojev dela. Vse pogosteje pa ga povzročajo zahteve po podaljševanju delovnega časa in večji intenzivnosti dela, skratka po večji produktivnosti, ko moramo delati več in dlje, in to za isto plačilo. Med povzročitelji stresa na delovnem mestu pri nas so še nekakovostno in nejasno vodenje, nejasna opredelitev nalog, slabi medosebni odnosi, slabe možnosti razvoja, nestalnost zaposlitve in trpinčenje na delovnem mestu. Posledice dolgotrajnega ali ponavljajočega se stresa so lahko hude – od upada razpoloženja, izgorelosti do različnih psihosomatskih ali duševnih bolezni, katerih posledica sta pogosto daljša odsotnost in manjša delovna učinkovitost.

Izpostavljen je bil pomen **promocije zdravja na delovnem mestu**, ki v Sloveniji, kljub aktualnosti, še ni zaživela, kot bi morala. Tradicionalni pristopi k zdravju in varnosti pri delu, ki so bili usmerjeni predvsem v zmanjševanje nezgod pri delu in preprečevanje poklicnih bolezni ter so pomembno prispevali k boljšemu zdravju na delovnem mestu, so preživeli. Predvsem ne pokrivajo psihosocialnega okolja in zdravja. Takšni pristopi ne morejo uspešno vplivati na nove izzive življenja v mestih in delovnih okoljih. Slovenske izkušnje so že pokazale, da so po uvedbi promocije zdravja na delovnem mestu v organizacijah opazili zmanjšanje stroškov, povezanih z boleznimi, in istočasno porast produktivnosti. To lahko pripišemo bolj zdravi delovni sili, ki je bolj zadovoljna, se bolje počuti in je zato bolj motivirana, ima večjo delovno moralo in boljše odnose s sodelavci. Med aktivnostmi, ki prihajajo vedno bolj v ospredje, je zlasti pomembno obvladovanje negativnega stresa, izgorevanja in trpinčenja, saj se je prav za te probleme izkazalo, da so pomemben dejavnik nastanka psihosocialnih motenj. Pomembni (p)ostajajo seveda vsi splošni in zakonski ukrepi varovanja dostojanstva, dvigovanja občutka lastne vrednosti ter učenje prevzemanja odgovornosti in ustreznih načinov komunikacije in reševanja problemov v delovnem okolju.

Razprave o stresu in zdravju seveda niso zaobšle vpliva aktualne krize in kratkovidnih varčevalnih ukrepov, ki večini prebivalstva zmanjšujejo kakovosti življenja in dobro počutje ter dolgoročno prinašajo nepredstavljive stroške. V obdobju kriz naj bi narasle specifične bolezni in umrljivost, kot npr. motnje duševnega

zdravja, odvisnosti, samomorilnost. Tudi povečanje nezaposlenosti v EU že povezujejo s porasti stopnje prezgodnje smrti zaradi nasilja (umori) in samodestrukcije (samomori). Zvišanje umrljivosti lahko zajame le nekatere populacijske skupine. Kaže, da so bolj ranljivi moški. Učinki krize so manj izraziti v državah z večjo zaščito delavcev. Za vse zaposlene bi bili posebej v tem času koristni programi promocije psihosocialnega zdravja na delovnem mestu, s poudarkom na sprostitevni tehniki. Še posebni programi pa bi bili potrebni za bolj ranljive skupine. Nekateri programi že obstajajo, vendar je problem, da niso obvezni, se ne izvajajo v vseh delovnih organizacijah, predvsem pa se v času recesije obseg investicij s strani države in delodajalcev nespametno zmanjšuje, kar vodi v dolgoročne težave z zdravjem in večanje stroškov za zdravljenje.

Več prispevkov je obravnavalo **pomen zdravega vodenja in medčloveških odnosov** in odgovarjalo na naslednja vprašanja: Kako voditi svoje sodelavce, da bo vodenje izražalo človeško dostojanstvo in upoštevalo dinamiko medsebojnih odnosov? Kaj pomeni strukturirano vodenje? Je odprta komunikacija možna in kakšne so njene posledice? Ali še vedno drži, da zgledi vlečejo? Ali v vašem okolju velja, da eni mislijo in drugi delajo, ali pa imate možnost soodločanja oziroma podpirate soodločanje? Ali vodje prenašajo informacije na sodelavce? So pripravljene prisluhniti konstruktivni kritiki? Medčloveški odnosi so najpomembnejši za klimo v delovnem okolju. Po ugotovitvah menedžerjev uspešnih podjetij sodijo skupaj z znanjem med odločilne nematerialne entitete, ki pripomorejo k uspehu oziroma neuspehu strokovnega in poslovnega prizadevanja. Učinkovit vodja mora znati vzpodbujati kakovostne medčloveške odnose med zaposlenimi ter preprečevati nezdravo tekmovanje, bolešno ambicioznost, zavist, škodoželjnost, zatiranje uspešnih, trpinčenje (mobing) na delovnem mestu, ki sodijo med pogoste spremljevalce posameznikov v neugodni klimi na delovnem mestu.

Prikazani so bili nekateri **rezultati raziskovanja vlaganja v dobro počutje zaposlenih in prebivalcev mest**. Eden od strateški ciljev projekta »Chance4Change« je bil razvoj, izvajanje in vrednotenje subjektivnega počutja aktivnega prebivalstva mestnih občin Maribor, Murska Sobota in Gradec. Glede na dobljene rezultate najvišjo raven dobrega počutja zaznavajo prebivalci Gradca. Tudi zato so razmišljali o vlogi lokalnih skupnosti pri vzpostavljanju okvirnih pogojev za doseganje subjektivne blaginje in kot možen ukrep izpostavili razvoj in vključitev v »mrežo dobrega počutja«. Namen takšne mreže je npr. v Mariboru povezati ponudbo, ki se ukvarja s subjektivno in objektivno blaginjo posameznikov, tj. njihovim fizičnim, duševnim in/ali duhovnim dobrim počutjem. Z oblikovanjem mreže dobrega počutja bi lahko tudi v drugih slovenskih mestih čim širšemu krogu prebivalcev nakazali možnosti za udeležanje dobrega počutja in posledično njihovega aktivnega sodelovanja ter tako prispevali k izboljšanju kakovosti življenja v urbanem okolju.

Kako učinkovito je lahko vlaganje v dobro počutje zaposlenih in prebivalcev mest, je pokazala tudi raziskava, ki so jo opravili raziskovalci Ekonomsko-poslovne fakultete Univerze v Mariboru in Karl-Franzes univerze v avstrijskem Gradcu. Preučevanje

rezultatov mednarodnih primerov dobrih praks je pokazalo, da so se skoraj pri polovici proaktivnih podjetij povečali pozitivni učinki na dobro počutje zaposlenih, predvsem zadovoljstvo, zaupanje, lojalnost in motivacija zaposlenih. Delovne organizacije poročajo tudi o zmanjšanju bolniške odsotnosti ter o izboljšanju poslovne in delovne klime, o ozaveščenosti zaposlenih glede duševnega zdravja, stresa, izgorelosti, kakor tudi o zmanjšanju stopnje fluktuacije. Pri tem je nujna podpora vodstva, participacija in predlaganje idej zaposlenih ter sistematičen pristop na podlagi ciklusa projektnega menedžmenta.

Opravljen je bila tudi zanimiva multidisciplinarna raziskava o dobrem počutju zaposlenih in menedžerjev v elektro- in kovinski industriji. Od aprila do maja 2011 smo v tem sektorju med zaposlenimi in posebej menedžerji izpeljali raziskavo o tem, kako se odzivajo na spremembe in stres ter kako se trudijo za doseganje dobrega počutja na delovnem mestu in izven njega. Ugotovitve te raziskave o stresorjih, stresu in njegovih posledicah v 302 podjetjih oz. članih sindikata SKEI kažejo, da 45 odstotkov vodstvenih delavcev ocenjuje, da se ne ukvarjajo dovolj s preprečevanjem stresa na delovnem mestu. Delovne organizacije so torej relativno seznanjene s problemom stresa, poznajo njegove pokazatelje, a jih skoraj polovica meni, da ne naredijo dovolj za to, vendar o tem razmišljajo. Trije najpogostejši ugotovljeni dejavniki stresa oziroma stresorji so bili delovni čas, organizacijska kultura in mobing oz. nadlegovanje in trpinčenje na delovnem mestu. Raziskovalci so tudi ugotovili, da se v podjetjih izvajajo predvsem tradicionalne aktivnosti na področju premagovanja stresa, manj pa poznajo in uporabljajo sodobnejše pristope.

Predstavljena je bila brošura »Kompas dobrega počutja«, ki je nastala kot plod čezmejnega sodelovanja med Avstrijo in Slovenijo v okviru projekta »Chance4Change«. Namen knjižice je informirati prebivalce mest o dobrem počutju, preobremenjenosti, stresu in njegovih posledicah ipd. Brošura »Kompas dobrega počutja« je namenjena predvsem prebivalcem mest Gradec, Maribor in Murska

Sobota. Vendar je v brošuri predstavljenih 106 ponudnikov in ponudnic iz celotne Slovenije in Avstrije. Izbrani so bili na osnovi kriterijev kakovosti, ki so jih v predhodnem postopku izoblikovali strokovnjaki na obeh straneh meja. Gre za seznam ponudnikov, ki se ukvarjajo z zagotavljanjem dobrega počutja (npr. psihično zdravje – svetovanje, podpora, pomoč; zagotavljanje počitka in sprostitve, šport in gibanje, sproščanje z ustvarjalnimi dejavnostmi, prehrana, izobraževanje na tem področju). Vse ponudnice in ponudniki, ki so navedeni v knjižici, so hkrati vključeni v sistem nadzora kakovosti, ki je bil vzpostavljen v okviru projekta. Širša zainteresirana javnost bo tako lažje izbirala med obstoječo ponudbo.

Za zaključek lahko zapišemo, da smo na konferenci uspeli skupaj pregledati marsikatera že uveljavljena in novejša spoznanja, raziskovalne dosežke in druge novosti na področju premagovanja stresa na individualni in na organizacijski ravni ter pri ustvarjanju kakovosti življenja in dobrega počutja v urbanih oz. lokalnih okoljih. S tem srečanjem smo tudi pokazali, da se tudi v Sloveniji na nekaterih področjih vlaganj v zdravje in dobro počutje v urbanem in delovnem okolju skrb za zdravje že »osvobaja« iz okvira tradicionalnih meja medicine in zdravstvenega varstva ter razvija v smislu koncepta »zdravja v vse politike«. Tu nas čaka še ogromno skupnega dela. Tu se dotikamo občutljivih področij kompetenc, moči in nadzora nad zdravjem. Zato (še) ni bilo pričakovati, da bi samo na enem takšnem srečanju lahko našli skupno vizijo, ki jo strokovnjaki javnega zdravja sicer razvijamo v okviru konceptov multidisciplinarnega in medsektorskega sodelovanja, »politike zdravja« ter »zdravja v vse politike« na področju skupnega varovanja zdravja. Na koncu velja omeniti tudi zaključno razpravo, ki jo lahko strnemo v kritično ugotovitev, **»da so preprečevanje stresa ter skrb za dobro zdravje in počutje nedvomno že sami po sebi pomembni družbeni cilji in ne bi smeli biti namenjeni izključno večji produktivnosti in gospodarski rasti.«**

E-naslov: Dusan.Nolimal@ivz-rs.si

19. poletna nefrološka šola v Budimpešti

Maša Knehtl

Jutro zadnjega avgustovskega tedna v Budimpešti je že dišalo po jeseni, ko smo peščili proti Univerzi Semmelweis, kjer se je na Oddelku za transplantacijo in kirurgijo začela 19. nefrološka šola pod okriljem ISN (International Society of Nephrology), ERA – EDTA (European Renal Association – European Dialysis and Transplant Association) in ISP (International society of pathophysiology). Pogled na nekoliko starinsko polkrožno zeleno predavalnico z zastavami različnih držav na predavateljskem odru me je nekoliko spominjal na zasedanje Združenih narodov. Do sedaj so namreč v tej nefrološki šoli sodelovali udeleženci iz 15 različnih držav in s petih kontinentov.

Letošnji udeleženci smo prispeli iz Slovenije, Madžarske, Srbije, Črne gore, Hrvaške, Makedonije, Cipra, Češke, Avstrije, Kanade, Nemčije, Belgije, Romunije, Velike Britanije, Poljske, Švedske, Estonije, Rusije, Združenih držav Amerike, Indonezije, Združenih arabskih emiratov.

Prof. Laszlo Rosivalli, predstojnik Oddelka za patofiziologijo, telo in duša nefrološke šole, nas je pozdravil z uvodnim nagovorom. Šola, ki je bila v osnovi namenjena izobraževanju nefrologov iz bivših socialističnih držav, je ustanovila leta 1993 madžarska nefrološka fundacija. Financira se s samoprispevki in je povezana s številnimi univerzami po svetu, kjer se izobražuje in deluje kar

nekaj madžarskih nefrologov. Že madžarski kralj Sveti Štefan (969–1038 n.št.) je bil do tujcev zelo odprt in je v raznolikosti videl potencial za napredek. »Kajti kraljestvo enega jezika in enega običaja je šibko in fragilno.«

Madžarska medicina, kot tudi nefrologija imata dolgoletno in bogato tradicijo. Tako je med drugim Von Sandor Koranyi, rojen leta 1866 v Budimpešti, avtor koncepta ledvične insuficience. Ignaz Philipp Semmelweis, rojen leta 1818, po katerem ima Univerza v Budimpešti tudi ime, pa velja za pionirja antiseptice.

Imeli smo priložnost poslušati predavanja mednarodno priznanih nefrologov z bogatim znanjem in karizmo. S področja predklinike je bil to prof. Jens Tietze, po mnenju nekaterih bodoči Nobelov nagrajenec, nosilec nove teorije o metabolizmu natrija, ki bo potencialno bistveno spremenila obstoječe dojemanje in zdravljenje arterijske hipertenzije. Dejstvo, da so Madžari vodilni v obolenju za kardiovaskularnimi boleznimi, je nedvomno povezano z njihovo kuhinjo, o čemer so pričale odlične, a slane enolončnice v okrepčevalnici, kamor smo hodili vsak dan na kosilo. Soliti ali ne soliti? To je zdaj vprašanje.

Prof. Eberhard Ritz, sicer na pragu upokojitve, ki je v svetu medicinskih publikacij že kar znamka, nas je zabaval z nekaj odličnimi predavanji s področja genetike in arterijske hipertenzije. Eno izmed predavanj je nosilo naslov »Deset hipertonikov, ki sem jih spoznal.«

Prof. Marc E. De Broe z Univerze v Antwerpnu, lepo zagorel, kot da se je ravnokar vrnil s kakega D-vitaminskega jadranja, nam je pristregel z odličnim predavanjem o najnovejših dognanjih na področju metabolizma kalcija in fosfata pri ledvičnih bolnikih, s poudarkom na pomenu nadomeščanja neaktivne oblike vitamina D pri ledvičnih bolnikih. Tudi njegov učenec, Goce Spasovski, balkanski strokovnjak na področju ledvične kostne bolezni, nas ni razočaral s predstavitvijo analize kostnih biopsij.

Kako različni sta si ameriška in evropska miselnost, je bilo začutili v predavanju prof. Simin Goral z Univerze v Pensilvaniji, katere energična predstavitev je spominjala na volilne shode ameriških predsedniških kandidatov. Med drugim je dvignila nekaj prahu s predstavitvijo primera potencialnega 20-letnega živega donorja, ki naj bi daroval ledvico svojemu dedku, staremu 75 let, ki je bil že enkrat transplantiran. Bizarno za naše razmere.

Predavanje Harolda Heldermana o novostih na področju imunosupresivnih zdravil se mi je zdelo že skoraj vesoljsko.

Steven Rosansky z večvrednostnim kompleksom ameriških sanj, ki je sicer prepričljivo predaval na temo »Kdaj pričeti z dializo? – Kritična analiza dokazov«, je kasneje v razpravi izražal dvom v dostopnost dialize v naših državah in nas je tozadevno dal vse v isti koš, čeprav smo bili, kar zadeva ekonomske in kulturološke razmere, z dokaj različnih delov sveta. Medtem ko je nadomestno zdravljenje s hemodializo pri nas po kakovosti in kvantiteti dostopno za vse, pa so Indonezijke pripovedovale o dializnih kvotah, zaradi katerih se posamezne bolnike dializira največ dvakrat tedensko.

Tudi za sproščanje je bilo poskrbljeno. Tako smo imeli priložnosti uživati v orglarskem koncertu v baziliki St. Stephen, v izvedbi cenjene prof. dr. Janosa Borvendega.

Da Madžari niso samo tradicionalni, ampak tudi zelo moderni, priča tudi predavanje s področja psihonefrologije in za vse obvezno razgibanje, idejno sicer namenjeno bolnikom, pod vodstvo tai chi profesionalca na dvorišču bolnišnice.

V okviru nefrološke šole se je odvijal tudi »10. Mednarodni simpozij o vinu in zdravju«, ki pa ni potekal čisto po načrtih organizatorjev, saj smo bili po vsakem kozarcu izrazito suhih madžarskih vin vedno bolj glasni in živahni, tako da je someljejeva predstavitev na velikem platnu nekako izzvenela. Zamaknjeno in v popolni tišini smo poslušali le čardaš v izvedbi violinista. In tokaj na koncu je izničil vse dvome v kakovost madžarskega vina.

Ker je diureza za nefrologe obvezna, smo si vsak dan privoščili tudi kak kozarec madžarskega piva v enem od številnih lokalov na ulicah v središču Budimpešte. Večeri so bili še prijetno topli, kot tudi večerna vožnja z ladjico po Donavi.

Trdi sedeži in potjevanje prisotnosti s podpisom dvakrat dnevno so me spominjali na študentske dni, kakor tudi obvezni test na koncu enotedenskih predavanj.

Pohvala in čestitke kolegoma Živojinu Stevanoviću in Tadeju Zormanu, ki sta si glede na rezultate zaključnega testa prisvojila prvo in tretjo nagrado. Drugo mesto je osvojil specializant nefrologije s Cipra. Slovenija je tako blestela.

Kot piše na njihovi internetni strani, je udeležba na nefrološki šoli v Budimpešti zaradi zanimivih predavanj, razprav, čudovitega okolja, gostoljubnosti organizatorjev, relativno nizkih stroškov in podpore s strani Evropske unije zelo vabljiva in tako rekoč obvezna. Hvala tistim, ki so nam udeležbo omogočili, še posebej našemu predstojniku doc. dr. Sebastjanu Bevcu, ki je tudi dal pobudo za pisanje tega prispevka.

E-naslov: masaknehtl@gmail.com



Slovenska ekipa na nefrološki šoli: z leve Živojin Stevanović, Tadej Zorman, Maša Knehtl in Martin Hren.

Črt Kanoni: Moj oče, psihiater Kanoni

Ljubljana, Mladinska knjiga, 2012

Knjiga je najlepši poklon veličini očeta, pravi v zaključnem prispevku k spominom Črta Kanonija pokojni Slavko Zihertl, največ, kar mu lahko da njegov otrok. To je storil Črt, najmlajši izmed petih otrok dr. Janeza Kanonija, profesorja psihiatrije na medicinski fakulteti v Ljubljani in dolgoletnega ravnatelja bolnišnice za duševne in živčne bolezni Ljubljana Polje.

Storil pa je tudi pomemben korak za zdravstveno zgodovino, še posebej zgodovino psihiatrije, saj odkriva dogodke in njihovo resničnost polstoletnega navora samega profesorja in njegovih sodelavcev, da bi oživljali obličje te večkrat ponižane in zanemarjene zdravstvene dejavnosti.

Toda vse poglobljuje in plemenito se pleče okoli profesorjeve osebnosti. Spremljamo ga kot izjemnega alpinista, ko skupaj s prijateljem prekrizarita slovenske Alpe, sam pa se vzpne na Korab, takrat drugi najvišji vrh v državi, in kot prvi presmuča njegove strmine. Med veliko vojno ga zanese na stran osvobodilnega gibanja, preživi strahote koncentracijskega taborišča na Rabu, doživi hudo obsodbo na dvajsetletno zaporno kazen, partizani ga osvobodijo, sam pa postane partizanski zdravnik z dolžnostmi v različnih krajih svobodnega ozemlja.

To bi bil življenjski okvir tistemu, čemur se je profesor Kanoni prvenstveno posvečal. Vstopil je v psihiatrijo, najprej v bolnišnico Novo Celje, se šel od tam izobraževati na znamenito Charchotovo kliniko, Salpetriere v Parizu. Pride v bolnišnico na »Studencu«. Z načrtnim prizadevanjem odgovornih se odpravi po specializacijo v München na prav tako znamenit inštitut, imenovan po Maxu Plancku, v Kraepelinovi ulici. Profesorji inštituta mu odpirajo globlji pogled v takratno strokovno znanje. Posluša tudi o »rasnohigienski politiki«, ki v nacistični Nemčiji vodi v evtanazijski program s smrtjo vsaj 100.000 psihiatričnih bolnikov. Med temi bodo za časa nemške okupacije tudi Slovenci.

Prav nič ne zmanjšujem lepih in dragocenih izsekov iz celotnega Kanonijevega življenja. Toda za zgodovino psihiatrije se po premisleku ustavljam zlasti pri naslovih: »Na ruševinah slovenske psihiatrije«, »Psihiatrična bolnišnica poka po šivih« in »Porazno stanje slovenske psihiatrije«.

Vse tri naslove je mogoče strniti v eno samo predstavitev.

V času svobode, leta 1945, je psihiatrija z bolnišnico na »Studencu« praktično brez rok. Psihiatrija je izgubila Novo Celje, Poljanski nasip v Ljubljani in ustanovo za starejše na Vidovdanski cesti v Ljubljani. V Sloveniji so štirje psihiatri v Ljubljani, eden v Mariboru. Nekdanji borec in partizan trpko pripomni, da skoraj vse medicinske stroke pridobivajo, le psihiatrija je mnogo izgubila, dobila pa nič.

Z leti se razmere še poslabšajo. Pride do tragičnega obvestila javnosti, da edina psihiatrična bolnišnica, tista na »Studencu«, zaradi pomanjkanja prostora ne more sprejemati bolnikov, razen

v najnujnejših okoliščinah. Ob vsem pomanjkanju je profesor Kanoni vztrajen: vznemirja pomembneže. Piše, govori, roti.

Z njegovim prizadevanjem psihiatrija vendarle doživi boljše čase: ustanovi se bolnišnica v Begunjah, odpre se bolnišnica v Idriji, del stavbe na Poljanskem nasipu v Ljubljani je vrnjen psihiatriji. Drugi del stavbe čaka na sredstva za obnovo, a ga prehitijo ljubljanski zapor: rekli so »začasno«, a so v njih še danes.

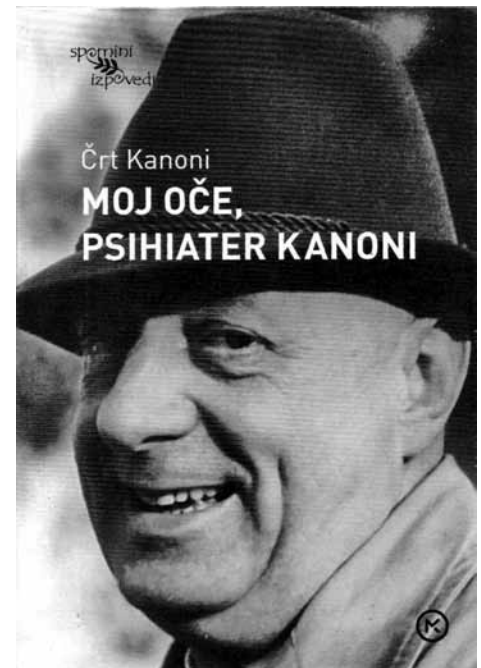
Izven Ljubljane dodelijo psihiatriji stavbo v Ravnah blizu Šoštanja, ki postane naš prvi psihiatrični sanatorij. Črt ne omeni očetovih prizadevanj za prehod bolnišnice za tuberkulozo v Ormožu v psihiatrično ustanovo. Njegova prizadevanja so bila odločilna, da je psihiatrija začela delovati tudi v severovzhodni Sloveniji.

Psihiatrija je bila po Kanonijevem trudu v šestdesetih letih družbi na dlani. Poznalo se je: bilo je več zdravnikov in drugega osebja, odpirati so se začele zunajbolnišnične ambulante, zastavil se je prvi dnevni oddelek. Bolnišnica na »Studencu« je dobila EEG-aparat in oblikovala svoj biokemični laboratorij.

Tisti del takratnega družbenega življenja, ki ga opišemo tudi kot temnega, profesorju Kanoniju ni prizanesel. V knjigi srečamo pojasnilo o »zaroti« nekaterih oseb v bolnišnici, ki naj bi ga »odžagala«. Omogočalo jo je spačeno »samoupravljanje«, pa tudi splošne razmere v ustanovi z zamejenimi in svojskimi značilnostmi. Profesor Kanoni bistrourno presodi, kako se ji lahko upre. Povabi pisca teh vrstic v bolnišnico in na fakulteto. V knjigi seveda ni besed, s kakšnimi vidnimi in nevidnimi ovirami se mora izbrancem soočiti, vendar

– v letu 1968 postane direktor klinične bolnišnice za psihiatrijo in predstojnik katedre na medicinski fakulteti v Ljubljani. Profesorju Kanoniju ohrani obraz in veljavo.

S piscem knjige soglašamo, da je psihiatrija prav s Kanonijevim prizadevanjem dosegla tisti



vzpon, ki je omogočil njen prehod v novo obdobje. Pogled profesorja Kanonija je bil, ob ohranjanju klasičnih spoznanj Kreapelina in drugih, usmerjen navzven, v nove ustanove, za nove bolnike. Izreden napredek v nevroznanostih, nova dinamična spoznanja o osebnosti in skoraj tekoče dopolnjevanje psihofarmakoterapije so stroko usmerili navznoter, k bolniku in s tem v popolnejšo uresničitev profesorjeve vizije o dobri, znanstveno utemeljeni in humani psihiatriji. Dosežen napredek lahko priložimo spomenu nanj. Radovedni bralec se ne bo zaustavil le pri tej knjigi in njenih večkrat vznemirljivih opisih, marveč bo iskal informacijo o spremembah, ki se naslanjajo na prizadevanja naših mentorjev in

učiteljev, v prvi vrsti profesorja Kanonija (glej Google: si. Wikipedia.org/wiki/Miloš_Kobal).

Toliko o zgodovini. Knjiga Črta Kanonija je dragocena tudi drugače: bralcu razkriva značaj, podjetnost in veličino njegovega očeta v nenavadnem času, ob pretresljivih dogodkih v osebni življenju in pred preštevilnimi ovirami. Niso ga ustavile. Profesor Kanoni jih je vztrajno in ustvarjalno premagoval.

Miloš F. Kobal

E-naslov: milosfrancisek.kobal@amis.net

Mariano Rugale, Miha Preinfalk: Blagoslovljeni in prekleti

Viharnik, Ljubljana, 2010, 2012

1. del: **Plemiške rodbine 19. in 20. stoletja na Slovenskem;** 251+1 str.

2. del: **Po sledih mlajših plemiških rodbin na Slovenskem;** 271+1 str.

Za predstavitev si bom privoščil kratek uvod:

Na pokopališče v Kamniku se rad – posebno s kolesom – vračam vedno znova. Res da grem najprej na grob, v katerem je pokopana Marjanca ter moji starši, a potem praviloma vsakokrat obiščem še nekaj drugih. Med drugimi tudi tistega posebnega, ki je bil v mojem otroštvu in mladosti še dokaj razkošen in redno negovan, v zadnjih desetletjih pa je že zelo zapuščen. Besedilo na nagrobnih ploščah je seveda v nemščini in vsakokrat me najbolj pritegne besedilo o pokojniku, imenovanem

Louis Marquis von Gozani

ki je bil po svoji funkciji med drugim tudi t. i. *Regierungsrat*.

Če se prav spomnim, je bilo eni od pokojnic ime Jeanette in na nagrobniku je zapisano, da je za življenja bila *Stiftsdame*. Zanimivo je tudi, da zapuščenost groba ter obledelost zapisov na ploščah po mojem pravzaprav prispeva k nekakšni *večni bliščavosti*, četudi zdaj, ko to pišem, pravzaprav ne vem, kaj naj bi to bilo.

Ob odhodu s pokopališča nisem nikoli imel kakih morbidnih misli. A vsakokrat sem se vprašal, kako, za božjo voljo, je mogoče, da sta na kamniško pokopališče zašla nekakšen markiz (ki je bil vrh tega še *von*) ter njegova sorodnica Jeanette, *Stiftsdame*. In ker grob na pokopališču leži tako, da se v ozadju vidi grad Zaprice, sem domneval, da so bili Gozaniji nekoč tudi lastniki tega gradu.

Obiski drugih pokopališč so – kar zadeva čustveni naboj – podobni in vendar hkrati drugačni. Npr. na avstrijskem Koroškem čustveni naboj temelji na vztrajajoči ali celo umirajoči slovenščini, po Gorenjskem in Štajerskem pa čustveni naboj izvira iz že

docela zamrle nemščine. Morebitne grobnice pa se mi zdijo od tega neodvisne; vidim le monumentalnost neponovljive preteklosti ter vrednot tistega časa.

Svoje vtise z nagrobnikov – posebno, če so napisani v nemščini ali celo v gotici – zasebno asociiram s skrivnostnimi dogodki iz preteklosti in vem, da jih ne bom nikoli doumel. Kar me pa seveda še bolj privlači: je nekakšna protitež *tisti drugi zgodovini*, ki je sicer tudi ni mogoče razumeti, je pa mogoče vsaj približno rekonstruirati dogodke. Ko sem npr. v začetku avgusta 2012 prikolesaril (proga: Rateče–Predel–Log pod Mangartom–Bovec–Kobarid–Tolmin–Most na Soči, 86 km; kakih 10 km pred Tolminom sem samo čakal, da bom od vročine spustil dušo) do Kluž, sem svojemu kolesarskemu kompanionu (nemško: *Kumpel*) pokazal vhod v rov, ki vodi do zgornjega dela, *Fort Hermann*. In priznam, da sem bil ob svojih komentarjih kar malo domišljav; morda tudi zato, ker se nihče, nihče od množice turistov še malo ni zmenil za tisto, kar je bilo nadvse očitno...

*

Blagoslovljeni in prekleti je knjiga (oz. knjigi) o tistem delu slovenske zgodovine, ki je bil (doslej) dosledno zamolčevan: o nastanku in vlogi plemstva na Slovenskem.

Upam, da kot nestrokovnjak ne bom zagrešil prehude napake, če bom knjigi poskusil predstaviti nekako v dveh delih: I. Duh časa ter II. Podatki.

I. Duh časa (*Zeitgeist*; brez tega bi bili ostali podatki pravzaprav nerazumljivi) je obdelan v obeh knjigah na začetnih straneh:

1. del: Kako se je vse začelo; Habsburško plemstvo in Slovenci (str. 5–14);

2. del: Prolog; Uvod; Povzdigi v plemiški stan v habsburški monarhiji; Plemiške stopnje; Plemiški naslovi; Plemiški grbi (str. 5–14).

Besedilo je ne le izjemno zanimivo, temveč tudi informativno. K temu prispeva odlična barvna reprodukcija platnic plemiške diplome ter besedilo diplome (1. del, str. 9–11). Reprodukcijska tako dobra, da je mogoče brati baročno nemščino ter občudovati nadrobnosti grba, ki ga je v imenu cesarja prosilcu določila dvorna pisarna. Zame, popolnega *ignoramus* o problematiki plemstva, pa je bilo najbolj informativno branje poglavja o plemiških stopnjah ter kako globoko je moral kandidat seči v svoj žep, če je hotel postati plemič...

A če pustim te tehnične reči v stran, je poučen komentar, kako je podelitev plemiškega naziva v takratnih časih vplivala na kandidatovo identiteto ali pripadnost, bodisi po nacionalnosti (slovenski, nemški, italijanski) bodisi po deželi (npr. Kranjski, Štajerski, Koroški, Primorski).

II. Podatki (po abecedi) zajemajo večino besedila; v kazalu na začetku, nato pa nadrobno za vsako plemiško družino posebej. Najprej grb, nato zgodovina (kamor so vključene fotografije, osmrtnice in včasih skice izginulih nagrobnikov) ter končno rodovnik s krajevnimi in matičnimi podatki, dopolnjen s t. i. *drevesnim rodovnikom*. Za boljšo orientacijo med priimki ter plemiškimi predikati ima vsaka knjiga na koncu *Kazalo osebnih imen*.

Če se tako s predstavljenima knjigama vrnem na kamniško pokopališče in s konkretno nalogo, je odgovor:

Rod Gozanijev (2. del, str. 24–35) se začne v 15. stoletju. Naziv markiza si je družina pridobila z bogastvom in poroko. Markiz Feliks Gozani je s 15 leti stopil v avstrijsko vojsko in bil leta 1817 povzdignjen v plemiški stan (»von«; *Marquis Felix von Gozani di San Giorgio*). Njegov potomec Feliks je leta 1846 kupil graščino Volčji Potok (med zadnjo vojno so jo požgali partizani; tam je zdaj znani Arboretum pri Kamniku). Njegov sin Ferdinand je zaradi finančnih težav leta 1879 naredil samomor. Najprej so ga pokopali v Ljubljani, nato pa ga prekopali v Kamnik. Zgoraj imenovani Louis (Ludvik) je bil eden od Gozanijev, ki je bil vseskozi v službi na Kranjskem in je bil nekaj časa okrajni glavar v Radovljici.

Tako sem hkrati (2. del, str. 203–207) tudi razvozlal lastniško zaporedje gradu Zaprice v Kamniku, ki je bil v lasti znane kamniške družine Terpinč. Leta 1878 je grad kupil Josef Schneid Ritter von Treuenfeld. Konservativen (nemško govoreči) avstrijski domoljub, ki pa se je v (kranjskem) Deželnem zboru zelo zavzemal za slovenske narodne zadeve. Zadnja lastnica gradu Zaprice je bila Schneidova vnukinja Elizabeta, poročena s Hermannom, baronom Rehbachom. Slednji je bil med drugo svetovno vojno kamniški (nacistični) župan. Vendar je 7. maja 1945 s svojim avtom v Kamnik pripeljal prve partizane, nato pa je bil zaprt in obojen, po izpustitvi iz zapora se je izselil v Avstrijo. Vso družino sem poznal prav dobro...

Knjigi **Blagoslovljeni in prekleti** bi po mojem moral prebrati ali vsaj prelistati vsak, ki se sprašuje, ali so vrednote večne, ali pa so spremenljive, le odraz časa. In ki se vrh tega sprašuje, kaj sestavlja tisti del človekove identitete, ki jo poimenujemo *pripadnost* (narodu, deželi, kulturi). Zakaj (čemu) se je npr. Albert

Levičnik (iz rodu Levičnikov iz Železnikov) kot plemič poimenoval *Elder von Levičnik*, medtem ko se je njegov sokrajan in soimenjak poimenoval *Ritter Lewitschnigg von Glomberg*. Ali npr. zamisliti se ob življenjski poti ženske, ki se je kot mladenka imenovala *Elizabeth von Haumeder*. Ko se je poročila, se je preimenovala v *Lili Nowy von Wallersberg*. Po propadu monarhije se je uradno (češko) preimenovala v *Alžbeto Novo* ter končno postala *Lili Novy*, ki je gotovo ni treba predstavljati...

Enako osupljivo se berejo življenjske zgodbe o plemičih, ki so slovenski javnosti manj neznani: plemeniti Andrejka, vitez Bleiweis, baron Born, baron Čehovin, vitez Gspan, plemeniti Lavrič, vitez Miklošič, vitez Močnik, vitez Pogačnik, plemeniti Šuklje, baron Schemua (Žemva), baron Winkler. Npr. kdo bi si mogel dandanes predstavljati, da je vrhovni poveljnik avstro-ogrske vojne mornarice, veliki admiral (*Grossadmiral*) Anton Haus (1851–1917; 2. del, str. 41–49) svoje otroštvo in mladost preživel v Novem mestu ter da je gimnazijo dokončal v Ljubljani. Njegova sestrična Marija por. Kessler je bila taška pesnika Otona Župančiča...

Vrh vsega zgoraj naštetega sta **Blagoslovljeni in prekleti** tudi zelo lepi knjigi. Reprodukcijske grbov so izvrstne – pa ne le zaradi barv, temveč tudi zaradi vsakokratnega komentarja v kurzivu pod grbom. In ne nazadnje se bralec sprašuje, kakšno težaško delo tiči za zbiranjem množice fotografij in ustreznih pojasnil ter sestavljanjem rodovnikov.

Po moji presoji knjigi izvrstno opisujeta duh takratnega časa ter vrednot. Ne obravnavata le posebne zvrsti zgodovine, temveč se ponekod bereta skoraj kot literatura. Zato imata več sporočil, npr. da je *večna bliščavost* nagrobnih napisov opomin, da je takratnost neprimerljiva s sedanostjo. Glavno sporočilo pa je tole:

Hierarhija je inherentna sestavina človeške (z)družbe. V času **blagoslovljenih in prekletih** še spoštovana, saj je na njenem vrhu bivala vrhovna avtoriteta, cesar. Z njegovim zatonom pa je hierarhija seveda še vedno bila, a se je bistveno spremenila. Postala je banalnost ali celo zločinskost, saj so bili zdaj njeni nosilci le razne strankarske in partijske nomenklature. A neodvisno od tega velja, da hierarhija, takrat in dandanes, temelji na poslušnosti, na zapovedih in prepovedih.

Če torej postavim (anti)tezo, da je (tudi) svoboda inherentna lastnost človeškega bitja, sta knjigi **Blagoslovljeni in prekleti** spodbuda za razmislek o (navideznem?) protislovju med hierarhijo (poslušnostjo) ter človekovo svobodo (neposlušnostjo).

V preteklosti razni kralji in cesarji tega protislovja niso hoteli rešiti.

Ali bodo v prihodnosti razni predsedniki to protislovje znali rešiti?

Marjan Kordaš

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

Christopher McDougall: Skrito pleme, ultratekači in največja tekma, ki je svet ni videl

Založba Sanje, 2012

Najboljši tekač ne pušča nobenih sledi.

Dao de Jing

Je človek rojen za tek ali za hojo? Glavnina strokovnjakov je danes sicer še vedno prepričana, da za hojo, vendar pa postajajo vse bolj glasne in odmevne tudi številne avtoritete, ki dajejo prednost teku in njegovo počasnejšo sestro hojo obravnavajo v senci teka. Fenomen, ki je v času pospešenega razvoja, rasti in tempa dogajanja več kot razumljiv: hitrost, ključna in nezamenljiva lastnost in značilnost – stalnica 21. stoletja, je vsaj veliko bolj naklonjena, če ne že kar pisana na kožo naglici sodobnega časa in utripu, ki ga zaznamuje. Japonci so izračunali, da bi, če bi ljudje vsaj četrtino hoje zamenjali s tekom, prihranili veliko časa, energije in napora (!), hkrati pa bi se za najmanj petino zmanjšalo globalno segrevanje. In kar je najpomembnejše – sprostile bi se napetosti med ljudmi, izboljšali bi se odnosi do ljudi in ostalih živih bitij, do okolja, narave in vesolja nasploh.

Domiselni avtor in besedni virtuoz, Christopher McDougall, nas v svoji svetovni uspešnici o teku s pronicljivo duhovitostjo in imenitnim, zavidanja vrednim besednim zakladom od prve do zadnje strani knjige drži v šahu, ne da bi se sploh zavedali oziroma bi to občutili kot breme in prisilo. Bralca, ki nič hudega sluteč seže po knjigi in se mu sploh ne sanja, da se ob njej lahko, še preden pridrvi do zadnje strani z imenitnim epilogom, mimogrede »zastupi oziroma zasvoji s tekom«, pisec spretno in iznajdljivo vodi od visokospecializiranih harvardskih laboratorijev do sončnih dolin in veličastnih zasneženih vrhov, kjer vse več navdušenih ultratekačev radovedno preverja svoje zmogljivosti in zavzeto preizkuša meje svojih telesnih oziroma psihofizičnih sposobnosti. Svetovna uspešnica *Rojeni za tek* ne aktivira le duha bralca, marveč navdihuje tudi njegovo telo. Mu pomaga do (vsaj na videz) vseodrešujočega spoznanja, da se skrivnost sreče in veselja ne skriva za devetimi gorami in desetimi vodami, marveč leži pred njegovimi nogami, in da mora človek, ki hoče okusiti življenjsko radost, le premakniti oziroma premagati inercijo in se pognati v gibanje. V skladu s slavno Heraklitovo modrostjo »*Pantha rei*« smo vsi ustvarjeni za gibanje. Še več – McDougall poudarja, da smo vsi rojeni za tek. To nam preko pričujoče knjige sporočajo tudi super tekači, pripadniki klenega indijanskega plemena Tarahumara. Njihovo pravo ime je Rarámuri – Ljudje tekači. Naziv Tarahumare so jim v polpretekli zgodovini nedeli konkvistadorji, ki niso razumeli njihovega plemenskega jezika.

Če bi zdravnikom uspelo o tem, da so rojeni za tek (ali vsaj za hitro hojo!), prepričati svoje paciente, njihove najbližje in družinske člane, bi se svet sicer verjetno še vedno vrtel v isti smeri, z nespremenjeno hitrostjo, le zdravstvene blagajne bi (ko bi iz njih padali novci) cingljale malce bolj potihno in legendarna zdravstvena vreča bi nenadoma dobila trdno dno, skozi njene doslej propustne in razrahljane šive pa ne bi več curljala (pre)dragocena vsebina, ki je doslej pogosto izginjala v neznano. Zavarovalničarji si ne bi več pulili las, ministri za zdravstvo bi mirno spali, zdravniki in njihovi sodelavci ne bi več namrgodeni odhajali v službo in se iz nje vračali turobnih misli, sklonjenih glav in pobešenih ramen... In kar je najpomembnejše: ljudje bi bili bolj zdravi, zadovoljni, uspešni in učinkoviti. Pa tudi bolj hitri, poskočni in radoživi.

Se vam zdi vse naštetu bolj podobno zdravstveni (oprostite!) znanstveni fantastiki? Pa ni – je možno, mogoče in uresničljivo – po McDougallu in milijonih njegovih somišljenikov z vseh celin več kot realno, če bi le ljudje hoteli popustiti zavore in se pognati v tek. Se preprosto sprostite, otresti noge, si obuti športne copate ali »fivefingerse« oziroma tisti najbolj pogumni ostati kar bosu in steči...

Najnovejša svetovna uspešnica o teku, ki jo je gotovo z veseljem predihal tudi Murakami – tako on sam (vključno s svojimi simpatizerji in somišljeniki) sedaj še bolje ve, o čem govori, ko govori o teku. Pa tudi avtor legendarnega Ultramaratonca, prekaljeni ameriški tekač, dolgoprogaš Dean Karnazes, je ob njej gotovo grulil od zadovoljstva.

Ljubezen do gibanja, radovednost, vztrajnost in potrpežljivost avtorja navdajajo bralca z občudovanjem, spoštovanjem in hvaležnostjo – človek pogosto kar ne more verjeti, da lahko nekdo o teku napiše toliko imenitnega, koristnega, lepega in zanimivega! Hvalnica teku izpod peresa Christopherja McDougalla je polna presenečenj – v njej nastopa vrsta neverjetnih osebnosti, prinaša obilico osupljivih atletskih dosežkov, navaja in osvetljuje oziroma pojasnjuje številna najnovejša znanstvena odkritja in spoznanja, hkrati pa je dovolj preprosta in razumljiva, da lahko služi kot vir čistega navdiha. Povod za McDougallovo tekaško avanturo je povsem življenjsko vprašanje, zakaj ga pri teku boli noga (ali celo obe), medtem ko lahko kenijski otroci brezskrbno in hitro tečejo brez poškodb? Zakaj antilope ne trpijo zaradi vnete pekošnice in čemu si po teku skozi neskončne prerije volkovom ni treba z ledom hladiti kolen? Ob koncu branja se človek nehote zave, da je uspešnica *Rojeni za tek* več kot knjiga

– je potovanje in pustolovščina, gibalna avantura, ki se začne s preprostim, na videz trivialnim vsakdanjim vprašanjem: »Zakaj me boli noga?« Njemu ob bok pa je mogoče postaviti še drugo, nič manj pomembno in inovativno: »Zakaj lahko žirafe tečejo, ne da bi se utrudile?«

Med iskanjem odgovora na pričujoče, skorajda retorično vprašanje, se Christopher McDougall odpravi na dolgo pot, iskat najbolj potrpežljive, navdušene in vzdržljive tekače na modrem planetu – ki mu pomagajo razumeti in doumeti, da je vse (ali vsaj skoraj vse), kar smo doslej verjeli in mislili, da vemo o teku, zabloda.

Z vrhano mero zvedavosti in radovednosti, ki je Christopherja McDougalla spodbudila, da se je pogumno podal na pot in začel iskati bistvo teka na dolge proge, je mimogrede dopolnil in nadgradil Murakamijevo razmišljanje in/ali razglabljanje o teku, pomagala pa je tudi Karnazesu in njegovemu Ultramaratoncu. Odločno, načrtno in neumorno iskanje je McDougalla privedlo globoko v razbrazdane razpoke mehiških Bakrovih kanjonov, kjer mu skoraj po čudežu uspe nemogoče: prodreti v mistične skrivnosti hitronogih Indijancev iz plemena Tarahumara, ki tečejo bosi ali v preprostih sandalih iz odsluženih avtomobilskih gum. Kljub spremenjenemu imenu so Rarámuri ostali zvesti svojemu načinu življenja in delovanja – begu (teku) namesto prepiru (vpitju, bojevanju). Rarámuri so na nasilje vedno odgovorili s tekom – namesto k plohi besed in uporabi orožja so se raje zatekli v svoj svet – se zanesli na hitrost lastnih nog. McDougall se jim je znal približati in se poglobiti vanje, ne da bi za trenutek izgubil prvotno navdušenje in občudovanje veličine njihove kulture. Odločil se je preveriti, ali je tek človeku res že zapisan v genih in kako to, da antilopa po teku ne potrebuje ledenih obkladkov.

Knjiga *Rojeni za tek* navduši in navdahne vsakogar, ki je naklonjen spremembam in ljubi dinamiko, ki bi rad živel bolj polno in deloval bolj učinkovito ali pa preprosto le hitreje tekkel.

Za mnoge ta knjiga o teku predstavlja nenavadno in noro kombinacijo prave pustolovščine, zgodovine, mutantskega spodletelega potovanja, anatomije, antropologije, fiziologije, patofiziologije, psihologije, humorja in osebne odisejade; je čudaška in čudovita hkrati. Kaj takega pa je mogoče reči le za največje mojstrovine. V želji, da bi odkril, spoznal in razumel skrivnost teka, je Christopher McDougall ogromno tvegala – na kocko je postavil svoje imetje in žrtvoval dragocena leta svojega življenja, nemalokrat pa je na nitki viselo celo njegovo življenje samo. Pogumno je zajel sapo in se odločno podal v nepredvidljive razsežnosti nevarnega kanjona, da bi se naužil večne modrosti oziroma se naučil nečesa pomembnega ter po vrnitvi v normalno življenje z novimi spoznanji obogatil tiste, ki si njegove avanture niso mogli (hoteli, znali) privoščiti, in jih obogatil s starodavno modrostjo, z mogočnimi skrivnostmi, nenavadnimi, nepozabnimi liki ter kontroverzno, čudovito in nepojmljivo zabavno zgodbo.

Knjigo, v kateri pisec pripoveduje o indijanskem plemenu ultratekačev Tarahumara, ki tečejo obuti v sandale, ukrojene iz

avtomobilskih gum, o njihovem tekmovanju znotraj plemena, zlasti pa z najboljšimi ultramaratonci »civiliziranega« sveta, o semenih chia in njihovem čudežnem energetskem napitku, ki človeka ne zasvoji, a ga hkrati tudi nikoli ne pusti na cedilu, začinjeno s presenetljivimi, javnosti pogosto povsem neznanimi ugotovitvami in spoznanji znanstvenikov o teku in njegovi vlogi v razvoju človeške civilizacije, preberete na mah oziroma jo le stežka daste iz rok, dokler ne predihate zadnje vrstice.

Deset in več ur neprekinjenega teka v gorskih strminah običajnega človeka (čeprav se morda upravičeno šteje oziroma velja za vrhunskega tekača) vrže s tira, če ga celo ne spravi na kolena oziroma zabije v tla, od koder se potem še dolgo ne more pobrati. Šestdeset milj nepretrganega teka – na tej razdalji celo najboljši ultratekači omahujejo in omagujejo, strmijo v tla in se zavzeto trudijo, da bi ostali osredotočeni na skorajda nemogočo misijo: postavljanje ene noge pred drugo in nadaljevanje proti zadanemu cilju, ki se zdi nenadoma tako daleč, skorajda nedosegljiv. Kaj pa tisti zgubani fosil, Victoriano? Ostaja hladen in neprizadet, brez kančka nezdrave tekmovalnosti in zagrizene maščevalnosti, kot bi s svojimi bosimi nogami sploh ne premler nepojmljive razdalje in premagal visoke razlike v nadmorski višini. Šestdeset milj gorskih poti, na katerih bi se utrudili in omagali celo hitronogi gamsi, premagujejo Trahumare kot za šalo. Pri šestdeseti miljli so pravzaprav šele dobili krila in poleteli. Bralci se nemo sprašujejo, kaj se dogaja. Imajo opravka z resničnostjo ali jih je pisatelj iz objektivne realnosti uspel neopazno speljati v fiktivne vode znanstvene fantastike? Ali ti ljudje sploh res obstajajo? Kdo so? Kje živijo? Kako se prehranjujejo? Kaj jim daje moč? Kako trenirajo? Kje in kdaj so se naučili teči? Kaj jim pomeni tek in kako si ga predstavljajo? Našteta in podobna vprašanja so McDougalla pregnjala in mu niso dala miru, vse dokler se nekega dne ni odločil, da svojo poklicno kariero postavi na kocko in se odpravi na dolgo pot v neznanu, k rdečkožim staroselcem, ki edini poznajo odgovore nanje. Pogumen, odločen, spreten, iznajdljiv in domiselni se je avtor s svoje odisejade čez čas vrnil v nenavadnim, adrenalina polnim sporočilom, ki je svet osupnilo in prevzelo – bralci in tekaški navdušenci ga ne bodo mogli pozabiti.

Zakaj se spleča vzeti v roke McDougallovo uspešnico *Rojeni za tek* tudi v dneih, ko spomini na počitek pod palmami že počasi bledijo in je počitniški utrip že davno poniknil v pospešeni rutini običajnega vsakdana? Tudi in predvsem zato, ker se ob njej lahko človek sprosti, razbremeni, zamisli, uči, uživa in zabava. Kot prava mala enciklopedija teka, ki je z antropološkim oziroma antropofilozofskim pristopom do prvinskega gibanja (nizanja korakov v pospešenem tempu) na novi celini sprožila pomembno tekaško revolucijo, pričujoče delo ne le v originalni verziji, marveč tudi v imenitnem prevodu Jureta Capudra podira dosedanja prepričanja o teku in postavlja nove tekaške teorije. Začinjena s pronicljivo humornostjo, prežeta z navdušenjem in obogatena z izbranim sočnim jezikom se bere kot napeta kriminalka s srečnim koncem. Je zabavna, duhovita in poučna pripoved, ki bralca (razgibanega in zasedenega)

hkrati informira, poučuje, navdihuje in vzgaja. Ko »pridrviš« na zadnjo stran knjige, te zgrabi želja, da bi si sezul mehke copate in se bos pognal v neznano, v upanju, da boš vsaj za trenutek podoben Trahumaram. McDougall je prepričan, da je le bosonogi tek tisti pravi, najboljši, kar se lahko zgodi tekaču. Visoko razvito specializirano industrijo mehkih, lahkih in prilagodljivih tekaških copat (superg, obuval) pisec šteje za domiselno marketinško potezo, namenjeno izkoriščanju sodobnih tekačev. Predvsem pa vsakokrat, ko pomisliš na McDougallovo svetovno uspešnico, stisneš pesti v upanju, da se bo tekač, ki po vzoru Trnuljčice spi v tvoji notranjosti, čim prej zbudil in začel s tistim, za kar je bil ustvarjen – s tekom.

Knjiga je zdravnikom naravnost pisana na kožo – ne glede na to, ali bodo, ko jo preberejo, pripravljeni oziroma sposobni

pozabiti na vse dosedanje teorije o nastanku človeka in verjeti v najnovejšo, povezano s tekom, in ali bodo lahko z njeno pomočjo v svoje življenje vnesli več vseodrešujoče dinamike in hkrati s svojim zgledom prepričali tudi lenobno, zasedeno populacijo, ki ji pretijo civilizacijske bolezni in z njimi povezani nevarni zapleti. V kriznih časih ljudje bolj kot kdajkoli potrebujejo navdihujoče zglede in svetle vzore iz vsakdanjega življenja. Naloga, ki sodi med pomembne elemente poslanstva sodobnega zdravnika, bo še lažje izvedljiva v primerih, ko bo McDougallovo mojstrovino, kot kombinacijo znanstvenofantastičnega romana, kriminalne zgodbe in znanstvenega traktata prebral oziroma predihal tudi bolnik.

Nina Mazi

E-naslov: isisnima@yahoo.com

Dean Karnazes: Ultramaratonec. Izpovedi neustavljivega nočnega tekača

Založba Sanje, 2012

Čeprav je Karnazesov Ultramaratonec na novi celini v originalu izšel dve leti pred McDougallovim delom *Rojeni za tek* (2007), sem tokrat iz svoje literarne počitniške malhe povsem po naključju najprej potegnila slednjega in se zatopila v skrivnost teka. Pričujoča naključna odločitev se je kmalu izkazala za pravilno in smiselno, saj je načelo iz splošnega na posebno, specialno tudi v tem primeru najbolj ugodno in priporočljivo. Obe knjigi govorita o teku, ga poveljučujeta, hvalita in priporočata (brez nepotrebne patetike, seveda!) in se mu intenzivno posvečata od prve do zadnje strani, vendar pa sta njuni zasnovi in koncepta zelo različna. Za piko na i pa se močno razlikujeta tudi avtorja obeh tekaških biblij, ki na naše knjižne police prihajata, kot bi bila vsak iz svojega planeta, z namenom, da nam predstavita in priljubita tek, gibanje in telesno dinamiko.

Pisec prve svetovne uspešnice, *Rojeni za tek*, Christopher McDougall, danes petdesetletni poklicni novinar, publicist, poročevalec in avtor, sodi po telesni konstituciji med »orjake«, ki so mu zdravniki odsvetovali tek, rekoč, da zanj ne bi bil primeren, ker je preveč težak in robusten. Ker avtor, prepričan, da je rojen za tek, ni odnehal, so mu strokovnjaki svetovali, naj se gibanja loti postopoma, počasi in previdno, da ne bi preveč obremenjeval vezi, mišic, kosti in sklepov. Avtor Ultramaratonca, Dean Karnazes, pa je športen, gibčen in žilav – treniran in fit ter kot tak pravo nasprotje orjaškega McDougalla. Če si je prvi pridobil slavo s peresom in jo je šele kasneje prenesel na tek, pa za drugega, nestorja Ultramaratonca, velja ravno obratno

– zaslovel je s tekom, šele nato pa se je odločil, da bo v tekaškem ritmu začel sukati tudi svoje pero. Karnazes se je proslavil že leta 2004, ko je brezkompromisno pometel s konkurenco in zmagal na najtežji tekaški preizkušnji na modrem planetu – ultramaratonu Badwater v Dolini smrti v Kaliforniji. Tedaj je v dvaindvajsetih urah in sedemindvajsetih minutah neprekinjena teka v neznošni vročini (živosrebrni stolpec na termometru se je ustavil pri skoraj petdesetih stopinjah Celzija) premagal razdaljo neverjetnih 135 milj. Tedaj mu je revija GQ podelila tudi laskavi naziv »Telo leta« (Body of the Year). Mnogi ga še danes poznajo pod vzdevkom »ultramaratonski mož« oziroma mu pravijo kar »ultramaratonec«. Kljub različnosti in nasprotjem pa je MacDougallu in Karnazesu skupno eno, ključno in odločilno dejstvo: oba sta trdno prepričana, da sta rojena za tek in da brez teka ne moreta oziroma ne bi mogla živeti.

V svojem prvencu *Rojeni za tek* se je McDougall veliko ukvarjal z družabno platjo teka. Pri raziskovanju in odstiranju skrivnosti dolgotrajnega vzdržljivostnega teka, ki ga v izsušenih mehiških kanjonih še danes vztrajno prakticira skrivnostno pleme Tarahumare, je spoznal, da gre pri tem za svojevrstno obliko tekmovalnega druženja – kompetitivno socializacijo. Karnazes pa svoje dosežke predstavlja kot brzenje po samotni poti do vrha – kompetitivno individualizacijo. V tem se med drugim odraža veličina teka, ki prenese druženje in samoto oziroma lahko uspeva tako v družabnem kot tudi v individualnem okolju. Povezanost, podobnost in sorodnost obeh knjig se zrcali tudi v dejstvu, da je McDougall v svoji uspešnici *Rojeni*

za tek Tarahumaram ob bok postavil vrsto sodobnih tekaških zanesenjakov, ki niso bili le rojeni za tek, marveč so zanj tudi živeli – od neukrotljive in skorajda neulovljive Anne Trason in legendarnega Emila Zatopeka (imenovanega tudi češka lokomotiva) do vsega spoštovanja in občudovanja, pa tudi posnemanja vrednega ultramaratonskega mojstra in tekaškega virtuozu Scotta Jureka.

Uspešnica Ultramaratonec, ki je ob izidu požela veliko občudovanja in odobravanja ter dvignila precej prahu zlasti med zagovorniki in pristaši lahkotnega, ne preveč zahtevnega in naporenega gibanja, da o zasedenih ljubiteljih mehkih foteljev in udobnih počivalnikov sploh ne govorimo, je res vredna pozornosti. Širok svet je navdušila tako prekaljene in izkušene športnike kot tudi zadržane neizkušene rekreativce in posameznike, ki so, dokler je niso vzeli v roke, veljali za nepoboljšljive lenuške in komodneže – foteljske molje. Domiselno zasnovano in napisano delo Ultramaratonec temelji na spretnem prepletu osebne izpovedi in izkustvenega poročilo znanega ameriškega tekača in ekstremnega športnika o lastnih gibalnih podvigih in dosežkih, pa tudi o razmerah in okoliščinah, ki so ga spremljale na poti do izjemnih ciljev. S svojo osebnoizpovedno zaznamovano uspešnico je Karnazes postavil svetu na ogled vrsto ekstremnih likov iz ultratekaških preizkušenj na novi celini, ponudil opis in analizo, mojstrsko ubesedeno napeto kroniko najbolj odmevnih in zahtevnih ultramaratonskih podvigov z (nemalokrat) neverjetnimi ali vsaj nepričakovanimi razpleti, se poglobljal v psihologijo, filozofijo, antropologijo in fiziologijo teka ter se večkrat dotaknil tudi njegove religije – ultramaratona kot najvišje oblike tekaške religije. Za piko na i pa je v Epilogu razkril še zanimive podrobnosti svojega prehranjevanja, t.i. ultramaratonske diete, in v intervjuju bralcem zaupal najbolj zanimive elemente svojega ultramaratonskega koncepta.

Dean Karnazes je športnik po srcu in duši, poleg teka ljubi še pisanje in poučevanje. Na globalni top lestvici revije Time se je med 100 najvplivnejšimi osebnostmi uvrstil na zavidanja vredno 27. mesto. Je strasten zagovornik aktivnega življenja in zdravega življenjskega sloga. Še naprej z veseljem teče, piše, predava in veliko potuje po vsem svetu, da bi ljudem predstavil pomen telesne dejavnosti in gibanja, zdrave prehrane. Njegov zadnji podvig: v petdesetih zaporednih dneh je v petdesetih ameriških zveznih državah pretekel polnih petdeset maratonov. Svoji neverjetni, za večino kar sanjski podvig je okronal s tekom iz New Yorka, kjer je pretekel zadnji maraton, do St. Louisa, kjer je začel s prvim.

Avtor je pretekel maraton na južni tečaj, pri - 40° C. Sam samcat je pretekel 200 milj dolg štafetni tek in tekel 350 milj brez premora. Poleg tega je preplaval zaliv v San Franciscu, preplezal steno Half Domea v planinah Yosemitekega narodnega parka, se štiriindvajset ur vozil z gorskimi kolesom in deskal na orjaških valovih ob obali Havajev. Zmagal je na vzdržljivostnem teku Vermont 100-Mile, enajstkrat končal Western States 100-Mile Endurance Run in zmagal na že omenjeni najtežji tekaški preizkušnji na svetu, ultramaratonu Badwater.

Dve leti po osvojeni prvi lovoriki na ultramaratonu v dolini smrti je Karnazes leta 2006 prejel prestižno nagrado ESPY za najboljšega športnika v naravi, ki jo podeljuje televizijska mreža ESPN. Karnazes rad teče ponoči – prisega na pomenljivo izjavo svojega kolega Christopherja Gaylorda, legende ultravzdržljivostnega športa: »Spanje je za mevže«. S to ugotovitvijo neustavljivi nočni tekač tudi začel svoj prvenec o teku in ga v tem duhu nadaljuje s poročilom iz doline Napa v Kaliforniji: »... Bližala se je polnoč...« V intervjuju o svojih nočnih tekaških odisejadah je nedavno dejal, da ljudem, ki ponoči raje spijo, kot da bi tekli, želi vsaj, da bi sanjali o teku.

Legendarni Karnazes, ki velja za jeklenegega moža, podobno kot McDougall verjame, da smo se rodili kot dolgoprogaši, prisega na samoto in individualnost – največji dosežki (ideje, odkritja, zamisli, načrti, koncepti) se rodijo v miru, tišini in samoti. Za življenje z duhovi človek potrebuje samoto, pa ne tisto turobno, žalostno in zagrenjeno, ki mu vzbuja občutek osamljenosti in ga navdaja s pridihom zapuščenosti, marveč tisto radostno, pronicljivo in igrivo, ki posamezniku omogoča poglobljanje vase, poslušanje notranjega glasu in druženje s samim seboj. Karnazes je prepričan, da mora biti človek najprej najboljši prijatelj samemu sebi, šele nato lahko stopa v prijateljske odnose z okolico.

Skrb za zdravje, mladostnost, vitalnost, radoživost in dolgovečnost spominja na ultramaraton ali še bolje, na super ultramaraton. Tedaj ultramaraton neumorno tečeta eden oziroma dva – zdravnik in bolnik oziroma njegov varovavec. Enkrat skupaj, z roko v roki in usklajeno, drugič vsak sam, v isti smeri, a z različno hitrostjo, tretjič v različnih smereh, drug proti drugemu oziroma stran drug od drugega, enkrat pospešeno, drugič spet pojemajoče... Podajata si štafetno palico – v prihodnosti bomo morda celo uvedli novo tekaško disciplino »ultramaratonsko štafeto« – in upata, da bosta družno pravočasno prispela na cilj. Lastnosti, sposobnosti in vrline prekaljenih tekačev, kot je Dean Karnazes, so jim pri tem lahko v pomoč in spodbudo. Zato naj bi zdravnik, ko sam prebere Ultramaratonec, imenitno tekaško uspešnico priporočil vsem, ki ga še niso prebrali, s svojimi kolegi oziroma sodelavci in pacienti na čelu.

Nina Mazi

E-naslov: isisnima@yahoo.com

1. ob 9.00 • ODONTOGENE BOLEZNI ČELJUSTNE VOTLINE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: BRDO PRI KRANJU, Kongresni center Brdo	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: do 7. novembra 200 EUR, po tem datumu 250 EUR, na dan seminarja 300 EUR	k. točke: 8
vsebina: podiplomski seminar je namenjen doktorjem dentalne medicine	organizator: Katedra za maksilofacialno in oralno kirurgijo MF v Ljubljani, Klinični oddelek za maksilofacialno in oralno kirurgijo UKC v Ljubljani, ZMOKS, prof. dr. Nataša Ihan Hren	prijave, informacije: prijave: ZMOKS, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, informacije: Ani Klopčič, Nataša Ihan Hren, T: 051 381 557, F: 01 522 24 95, E: celesnikovi.dnevi@kclj.si	

4. ob 19.00 • GASTRO JOURNAL CLUB: PREKOMERNA TELESNA TEŽA JE POVEZANA S POVEČANIM TVEGANJEM TUMORJEV PREBAVIL

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, Klub Domus Medica	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: debatni klub je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom	organizator: Društvo mladih gastroenterologov Slovenije v sodelovanju s KO za gastroenterologijo, UKC Ljubljana, Živa Mrevlje, Samo Plut	prijave, informacije: E: gastrojournalclub@gmail.com	

4. ob 13.00 • DELAVNICA SAMOREFLEKSIJE/PROFESIONALIZMA/PREVZEMANJA SAMOODGOVORNOSTI PRI UČENJU/RAZMIŠLJANJU ZA UČITELJE TUTORJE

kraj: LJUBLJANA, Porodnišnica Ljubljana, Šlajmerjeva ulica 4, Avdio kabinet, 5. nadstropje	št. udeležencev: do 8	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: delavnica (teme: Kako učeči prevzame odgovornost, Osnove profesionalizma, Razvijanje samorefleksivnosti v procesu učenja, Osnovna informacija o metodah razmišljanja po Edwardu de Bonu) je namenjena zdravnikom učiteljem, tutorjem ali mentorjem	organizator: Center za razvoj poučevanja, ULMF, prof. Živa Novak, prof. Samo Ribarič	prijave, informacije: prijave: E: ziva.novak@guest.arnes.si , E: samo.ribaric@mf.uni-lj.si , informacije: W: http://www.mf.uni-lj.si/crp/aktivnosti- , prof. Živa Novak, prof. Samo Ribarič, E: ziva.novak@guest.arnes.si , E: samo.ribaric@mf.uni-lj.si	

5. • 21. SPOMINSKO SREČANJE AKADEMIKA JANEZA MILČINSKEGA: IZVEDENSTVO PRI OCENJEVANJU ZMOŽNOSTI PRESTAJANJA ZAPORNE KAZNI IN SODELOVANJA NA SODNIH OBRAVNAVAH

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta, velika predavalnica, Korytkova 2	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: srečanje je namenjeno zdravnikom izvedencem ter zdravnikom vseh specialnosti, pravosodju in policiji	organizator: Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, prof. dr. Jože Balažič	prijave, informacije: Inštitut za sodno medicino, Korytkova 2, 1000 Ljubljana, E: tajnistvo.ism@mf.uni-lj.si , E: joze.balazic@mf.uni-lj.si , T: 01 543 72 00	

5. ob 18.00 • INFORMIRAJMO SE O ODVISNOSTI

kraj: kraj: LJUBLJANA, Velika predavalnica, Medicinska fakulteta	št. udeležencev: 80	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Predavanja in razprava so namenjeni študentom medicine, zdravnikom. Problem zasvojenosti in pridruženih motenj med študenti medicine in zdravniki in nekemične odvisnosti.	organizator: Delovna skupina MOOD v okviru društva DŠMS, Tanja Čugura, študentka 5. letnika medicine	prijave, informacije: prijave niso potrebne, informacije: Sentilija Delalić, T: 040 418 275, Luka Čavka, T: 031 664 556	

6. ob 19.00 • INTERNA JOURNAL CLUB: DESET NAJPOMEMBNEJŠIH STVARI, ZA KATERE SI ANGIOLOG ŽELI, DA BI JIH VEDELI TUDI DRUGI INTERNISTI

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, Klub Domus Medica	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: debatni klub je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom	organizator: Društvo mladih internistov Slovenije v sodelovanju z Interno kliniko, UKC Ljubljana, Andrej Škoberne, Blaž Mrevlje	prijave, informacije: E: internajournalclub@gmail.com	

6.–7. ob 9.00 • XLIII. MEMORIALNI SESTANEK PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA: NOVOSTI V CITOPATOLOGIJI: MOST MED KLINIKO IN DIAGNOSTIČNO PATOLOGIJO podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, velika predavalnica, pritličje Medicinske fakultete, Korytkova 2	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 6
vsebina: mednarodni simpozij je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani v sodelovanju z Oddelkom za citopatologijo Onkološkega inštituta Ljubljana, prof. Margareta Strojnan Fležar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: margareta.strojan-flezar@mf.uni-lj.si , informacije: E: margareta.strojan-flezar@mf.uni-lj.si , prof. Margareta Strojnan Fležar, dr. med., T: 01 543 71 05, F: 01 543 71 04, E: margareta.strojan-flezar@mf.uni-lj.si	

6.–8. ob 9.00 • ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT PROVIDER COURSE

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

7. ob 16.00 • POZOSTERNA NEURALGIJA – ALI JO RES OBVLADUJEMO? podroben program na spletni strani zbornice

kraj: PTUJ, Narodni dom	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: posvet je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, farmacevtom	organizator: SZZB in Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj, prim. Majda Šarman, dr. med.	prijave, informacije: Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj, Protibolečinska ambulanta, Potrčeva c. 23, 2250 Ptuj, prim. Majda Šarman, dr. med., Karmen Pišek Šuta, dr. med., Anica Lubec, T: 02 749 15 25, F: 00 386 2 749 14 91, E: majda.sarman@sb-ptuj.si	

7. ob 8.00 • MALA ŠOLA NEVROLOGIJE: DEMENCA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Nevrološka klinika, Klinični oddelek za bolezni živčevja, Zaloška cesta 2	št. udeležencev: 25	kotizacija: 150 EUR	k. točke: ***
vsebina: Strokovno izobraževanje o demenci za boljše prepoznavanje, zdravljenje in vodenje bolnikov v ambulanti družinskega zdravnika je namenjeno družinskim in vsem drugim zdravnikom, ki bi radi osvežili svoje znanje nevrologije.	organizator: Klinični oddelek za bolezni živčevja UKC Ljubljana in Katedra za družinsko medicino MF v Ljubljani, asist. Milica Gregorič Kramberger, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Anka Žekš, KO za bolezni živčevja, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, E: anka.zeks@kclj.si , informacije: W: www.kobz.si , Anka Žekš, T: 01 522 23 11, F: 01 522 30 37	

7.–8. ob 8.30 • 29. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: UČENJE IN POUČEVANJE O OBVLADOVANJU TEŽAVNIH SITUACIJ V DRUŽINSKI/SPLOŠNI MEDICINI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: ZREČE, Terme Zreče	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 12
vsebina: učne delavnice so namenjene sedanjim in bodočim mentorjem študentov in specializantov s področja družinske medicine	organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru, Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, prim. doc. dr. Mateja Bulc, prim. Darinka Klančar, doc. dr. Marija Petek Šter, prim. doc. dr. Davorina Petek	prijave, informacije: Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si . Udeleženci bodo na srečanju prejeli zbornik, ki bo obravnaval omenjene teme.	

7.–9. ob 13.00 • TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA

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

8. ob 8.00 • TEČAJ IZBRANIH POGLAVIJ IZ NUJNE MEDICINSKE POMOČI ZA EKIPJE V ZOBOZDRAVSTVU

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162**št. udeležencev:** omejeno**kotizacija:** 147 EUR**k. točke:** v postopku**vsebina:** Tečaj je namenjen doktorjem dentalne medicine in njihovim timom. Namen tečaja je, da osveži in obogati znanje in veščine s področja temeljnih postopkov oživljanja in defibrilacije ter prepoznavanja in pravnega ukrepanja ob nekaterih nujnih stanjih (tujki v zgornjih dihalih, akutni koronarni sindrom, akutna možganska kap, motnje zavesti, anafilaktična reakcija).**organizator:** Zdravniška zbornica Slovenije, mag. Mitja Mohor, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: E: mic@zss-mcs.si, informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mic@zss-mcs.si

11. ob 19.00 • PEDIATRIC JOURNAL CLUB: NOVOSTI V ANTIBIOTIČNEM ZDRAVLJENJU

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, Klub Domus Medica**št. udeležencev:** 50**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** *****vsebina:** debatni klub je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom**organizator:** Društvo mladih pediatrov Slovenije v sodelovanju s Pediatrično kliniko, UKC Ljubljana, Damjan Osredkar, Anja Radšel**prijave, informacije:** E: peditricjournalclub@gmail.com

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 19.00 • CARDIO JOURNAL CLUB: URAVNAVANJE VOLEMIJE PRI AKUTNEM IN KRONIČNEM SRČNEM POPUŠČANJU – JE DIURETIK VEDNO POTREBEN?

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, Klub Domus Medica**št. udeležencev:** 50**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** *****vsebina:** debatni klub je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom**organizator:** Društvo mladih kardiologov Slovenije v sodelovanju s KO za kardiologijo, UKC Ljubljana, Blaž Mrevlje, Gregor Poglajen, David Žižek**prijave, informacije:** E: cardiojournalclub@gmail.com

14. ob 9.00 • GLAVOBOL IN NEVROPATSKA BOLEČINA 2012 podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Gospodarsko razstavišče**št. udeležencev:** do 250**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** *****vsebina:** strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom družinske in splošne medicine, nevrologom, algologom, farmacevtom, medicinskemu osebju in vsem, ki želijo izpopolniti svoje znanje na področju obravnave bolnikov z glavobolom in nevropatsko bolečino ali izvedeti več o tem simptomu**organizator:** Sekcija za glavobol – Združenje nevrologov pri Slovenskem zdravniškem društvu in Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni ob strokovnem sodelovanju zdravnikov UKC Ljubljana, UKC Maribor in drugih slovenskih in tujih strokovnjakov, dr. Bojana Žvan, dr. Marjan Zaletel**prijave, informacije:** prijave: Društvo MŽB, Mala ulica 8, 1000 Ljubljana, informacije: Andreja Merčun, E: andreja@glavobol.com, T: 0590 11234, F: 01 430 23 14

14. ob 7.30 • 5. DELAVNICA KLINIČNE ARITMOLOGIJE IN INVAZIVNE KARDIALNE ELEKTROFIZIOLOGIJE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetni klinični center, predavalnica 1**št. udeležencev:** 150**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** *****vsebina:** mednarodna delavnica je namenjena aritmologom, kardiologom, internistom, specializantom kardiologije in interne medicine**organizator:** KO za kardiologijo, UKC Ljubljana, Društvo za napredek kardiologije in Služba za kardiologijo Pediatrične klinike, UKC Ljubljana, doc. dr. Matjaž Šinkovec, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: KO za kardiologijo (ga. Irena Orel), UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, informacije: doc. dr. Matjaž Šinkovec, dr. med., T: 01 522 28 44, F: 01 522 28 28

14. ob 16.00 • JC tips & tricks: DELAVNICA NEINVAZIVNE MEHANSKE VENTILACIJE (NIMV)

kraj: GOLNIK, UKPA Golnik**št. udeležencev:** omejeno**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** ***

vsebina: Namen delavnice je predstavitev NIMV, s praktičnimi napotki za uporabo. Organizirana bo za majhne skupine, zato je obvezna predhodna prijava na E: journalclub.si@gmail.com. Strokovni program bo objavljen do sredine novembra na W: www.journalclub.si

organizator: JC-skupina, Rihard Knafelj, dr. med., asist. mag. Irena Šarc, dr. med., Miša Fister, dr. med.

prijave, informacije: prijave: E: journalclub.si@gmail.com, informacije: W: journalclub.si.

15. ob 8.00 • 3. MEMORIALNO SREČANJE DR. TOMA PLOJA – »KAJ LAHKO STORIMO ZA OHRANITEV ŽIVLJENJA?« podroben program na spletni strani zbornice

kraj: BRDO PRI KRANJU, Kongresni center**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** 95 EUR**k. točke:** ***

vsebina: podiplomski seminar je namenjen vsem zdravnikom

organizator: Slovensko združenje za urgentno medicino, Marko Gričar, dr. med.

prijave, informacije: prijave: Irena Petrič, IPP – tajništvo, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, informacije: W: www.szum.si, ga. Irena Petrič, T: 01 522 53 37, F: 01 52224 16, E: irena.petric@kclj.si

18. ob 19.00 • MEDICAL STUDENT JOURNAL CLUB: MALIGNI MELANOMA. PROBLEM BASED LEARNING MODUL

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta, srednja predavalnica**št. udeležencev:** 50**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** ***

vsebina: debatni klub za zdravnike, medicinske sestre, študente

organizator: študenti MF Univerze v Ljubljani v sodelovanju z JC-skupino, Aleksandar Gavrić

prijave, informacije: E: medicalstudentjournalclub@gmail.com

8. ob 19.00 • GASTRO JOURNAL CLUB: KAKO OHRANITI PRI ŽIVLJENJU BOLNIKA Z DEKOMPENZIRANO JETRNO CIROZO?

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, Klub Domus Medica**št. udeležencev:** 50**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** ***

vsebina: debatni klub je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom

organizator: Društvo mladih gastroenterologov Slovenije v sodelovanju s KO za gastroenterologijo, UKC Ljubljana, Živa Mrevlje, Samo Plut

prijave, informacije: E: gastrojournalclub@gmail.com

10. ob 19.00 • INTERNA JOURNAL CLUB: DESET NAJPOMEMBNEJŠIH STVARI, ZA KATERE SI KARDIOLOG ŽELI, DA BI JIH VEDELI TUDI DRUGI INTERNISTI

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, Klub Domus Medica**št. udeležencev:** 50**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** ***

vsebina: debatni klub je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom

organizator: Društvo mladih internistov Slovenije v sodelovanju z Interno kliniko, UKC Ljubljana, Andrej Škoberne, Blaž Mrevlje

prijave, informacije: E: internajournalclub@gmail.com

11.–12. ob 8.30 • 29. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: UČENJE IN POUČEVANJE O OBVLADOVANJU TEŽAVNIH SITUACIJ V DRUŽINSKI/SPLOŠNI MEDICINI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58**št. udeležencev:** 50**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** 12

vsebina: učne delavnice so namenjene sedanjim in bodočim mentorjem študentov in specializantov s področja družinske medicine

organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru, Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, prim. doc. dr. Mateja Bulc, prim. Darinka Klančar, doc. dr. Marija Petek Šter, prim. doc. dr. Davorina Petek

prijave, informacije: Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si. Udeleženci bodo na srečanju prejeli zbornik, ki bo obravnaval omenjene teme.

15. ob 19.00 • MEDICAL STUDENT JOURNAL CLUB: PARKINSONIZEM. PROBLEM BASED LEARNING MODUL

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta, srednja predavalnica**št. udeležencev:** 50**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** ***

vsebina: debatni klub za zdravnike, medicinske sestre, študente

organizator: študenti MF Univerze v Ljubljani v sodelovanju z JC-skupino, Aleksandar Gavrić

prijave, informacije: E: medicalstudentjournalclub@gmail.com

17. ob 19.00 • **CARDIO JOURNAL CLUB: NOVOSTI PRI OBRAVNAVI BOLNIKOV Z ISHEMIČNO MOŽGANSKO KAPJO**

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, Klub Domus Medica **št. udeležencev:** 50 **kotizacija:** kotizacije ni **k. točke:** ***

vsebina: debatni klub je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom

organizator: Društvo mladih kardiologov Slovenije v sodelovanju s KO za kardiologijo, UKC Ljubljana, Blaž Mrevlje, Gregor Poglajen, David Žižek

prijave, informacije: E: cardiojournalclub@gmail.com

17., 18. in 22. ob 16.00 • **OSNOVE MEDICINSKE HIPNOZE**

kraj: KRANJ, Ljudska univerza Kranj, Cesta Staneta Žagarja 1 **št. udeležencev:** 20–25 **kotizacija:** 300 EUR **k. točke:** 15

vsebina: tečaj je namenjen zdravnikom in psihologom

organizator: Društvo za medicinsko hipnozo Slovenije (DMHS), prof. dr. Marjan Pajntar

prijave, informacije: prijave: E: društvo.medicinska.hipnoza@gmail.com, informacije: Boni Plut, univ. dipl. psih., T: 031 322 207, Alenka Novšak, dr. med., T: 031 389 111

18.–19. • **SLOVENSKO-HRVAŠKO SREČANJE INTENZIVNE MEDICINE**

kraj: GOLTE, Hotel Golte **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** kotizacije ni **k. točke:** ***

vsebina: seminar je namenjen vsem zdravnikom

organizator: Slovensko združenje za intenzivno medicino, Primož Gradišek

prijave, informacije: Klinika za infekcijske 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, rezervacije hotelskih sob do 1. 12. 2012

22. ob 19.00 • **PEDIATRIC JOURNAL CLUB: POMEN INHALACIJ PRI ZDRAVLJENJU BRONHIOLITISA**

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, Klub Domus Medica **št. udeležencev:** 50 **kotizacija:** kotizacije ni **k. točke:** ***

vsebina: debatni klub je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom

organizator: Društvo mladih pediatrov Slovenije v sodelovanju s Pediatrično kliniko, UKC Ljubljana, Damjan Osredkar, Anja Radšel

prijave, informacije: E: peditricjournalclub@gmail.com

24. ob 19.00 • **INTERNA JOURNAL CLUB: DESET NAJPOMEMBNEJŠIH STVARI, ZA KATERE SI NEFROLOG ŽELI, DA BI JIH VEDELI TUDI DRUGI INTERNISTI**

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, Klub Domus Medica **št. udeležencev:** 50 **kotizacija:** kotizacije ni **k. točke:** ***

vsebina: debatni klub je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom

organizator: Društvo mladih internistov Slovenije v sodelovanju z Interno kliniko, UKC Ljubljana, Andrej Škoberne, Blaž Mrevlje

prijave, informacije: E: internajournalclub@gmail.com

24.–26. ob 10.00 • **3. SLOVENSKI TEČAJ UKREPOV ZDRAVSTVA OB MNOŽIČNIH NESREČAH**

kraj: DOLENJSKE TOPLICE, Vojašnica 14. inženirskega bataljona **št. udeležencev:** 30 primarno zdravstvo + 30 bolnišnice **kotizacija:** 150 EUR **k. točke:** ***

vsebina: podiplomski tečaj

organizator: Slovensko MRMI-združenje, Simon Herman

prijave, informacije: MRMI-sekcija – Slovensko zdravniško društvo, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana, Simon Herman, E: mrimi@szd.si

25. ob 9.00 • **1. SLOVENSKO SREČANJE O KLINIČNI FARMAKOLOGIJI: VARNA UPORABA ZDRAVIL** podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Hotel Mons **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** 120 EUR z DDV **k. točke:** ***

vsebina: strokovno srečanje je namenjeno vsem zdravnikom, predvsem zdravnikom družinske medicine, urgentne medicine, interne medicine, pediatrije, nevrologije in psihiatrije, in farmaceutom v lekarnah

organizator: Sekcija za klinično toksikologijo SZD v sodelovanju s Centrom za zastrupitve, Nacionalnim centrom za farmakovigilanco, Inštitutom za farmakologijo in eksperimentalno toksikologijo Medicinske fakultete v Ljubljani ter Slovenskim društvom farmakologov, doc. dr. Miran Brvar, dr. med.

prijave, informacije: prijave: Sekcija za klinično toksikologijo SZD, Center za zastrupitve, Interna klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana, E: miran.brvar@kclj.si, informacije: Miran Brvar, T: 041 605 420, F: 01 434 76 46, E: miran.brvar@kclj.si

25.–27. ob 13.00 • TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA

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

31. ob 19.00 • CARDIO JOURNAL CLUB: MESTO NIACINA V SODOBNI OBRAVNAVI HIPERLIPIDEMIJ

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, Klub Domus Medica	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: debatni klub je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom	organizator: Društvo mladih kardiologov Slovenije v sodelovanju s KO za kardiologijo, UKC Ljubljana, Blaž Mrevlje, Gregor Poglajen, David Žižek	prijave, informacije: E: cardiojournalclub@gmail.com	

31. 1. do 2. 2. • UPORABNA KARDIOLOGIJA 2013: DOBRA VPRAŠANJA SI ZASLUŽIJO DOBRE ODGOVORE podroben program na spletni strani www.edumedic.si

kraj: PORTOROŽ, Kongresni center Bernardin	št. udeležencev: neomejeno	kotizacija: zdravniki 185 EUR (DDV je vključen), navodila za prijavo in plačilo na www.edumedic.si	k. točke: v postopku
vsebina: Strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom različnih specialnosti (zdravnikom družinske med., kardiologom, internistom, urgentnim zdravnikom, pulmologom in drugim), specialistom in specializantom, lekarniškimi in kliničnim farmacevtom, med. sestram ter drugim, ki se pri svojem delu lahko srečajo s kardiološkimi bolniki in želijo pridobiti uporabno znanje. Poleg odlično izbranih predavateljev in strokovnih vsebin sta poudarjena tudi timski duh in medsebojno spoštovanje.	organizator: Edumedic, d. o. o., Marko Gričar	prijave, informacije: www.edumedic.si , T: 041 999 084, E: info@edumedic.si , prijava@edumedic.si , oglasevanje@edumedic.si	

1. ob 8.00 • ATRIJSKA FIBRILACIJA: KLINIČNI IN ELEKTROFIZIOLOŠKI PRISTOP K DIAGNOZI IN TERAPIJI – TRETJI ELEKTROFIZIOLOŠKI USMERJENI SIMPOZIJ O ATRIJSKI FIBRILACIJI PRI NAS

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk	št. udeležencev: 120	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: elektrofiziološki simpozij o diagnostiki, patofiziologiji in zdravljenju atrijske fibrilacije je namenjen zdravnikom kardiologom, internistom, kardiokirurgom, splošnim zdravnikom, anesteziologom, nevrologom	organizator: UKC Maribor, Klinika za interno medicino, Oddelek za kardiologijo in angiologijo, prim. dr. Damjan Vokač, 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	

1. ob 12.00 • 2. MARIBORSKI UTRINKI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MARIBOR, UKC Mb., Oddelek za psihiatrijo	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje z učnimi delavnicami je namenjeno družinskim zdravnikom, zdravnikom splošne medicine, specializantom psihiatrije, sekundarjem	organizator: Oddelek za psihiatrijo UKC Mb., prim. asist. Mojca Muršec, dr. med., spec. psih.	prijave, informacije: Oddelek za psihiatrijo, UKC Mb, Ob železnici 30, 2000 Maribor, Mojca Muršec, Katari-na Čeranič, Simon Rajh, T: 02 321 10 82, 02 321 10 81, E: mojca.mursec@ukc-mb.si	

1.–2. ob 8.30 • 29. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: UČENJE IN POUČEVANJE O OBVLADOVANJU TEŽAVNIH SITUACIJ V DRUŽINSKI/SPLOŠNI MEDICINI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: STRUNJAN, Zdravilišče Strunjan	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 12
vsebina: učne delavnice so namenjene sedanjim in bodočim mentorjem študentov in specializantom s področja družinske medicine	organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru, Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, prim. doc. dr. Mateja Bulc, prim. Darinka Klančar, doc. dr. Marija Petek Šter, prim. doc. dr. Davorina Petek	prijave, informacije: ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si . Udeleženci bodo na srečanju prejeli zbornik, ki bo obravnaval omenjene teme.	

1.–3. ob 9.00 • NESS 2013 – ENDOSKOPSKA KIRURGIJA OBNOVNIH VOTLIN IN LOBANJSKE BAZE Z MEDOPERATIVNO NAVIGACIJO

kraj: MARIBOR, UKC MARIBOR – Anatomski inštitut MF Maribor
št. udeležencev: 20 udeležencev za praktične vaje, 10–20 poslušalcev (gledalcev)
kotizacija: 1.800 EUR z vključenim DDV/posameznika (en udeleženec na kadavru), 1.560 EUR z vključenim DDV/posameznika (dva udeleženci na kadavru), 720 EUR z vključenim DDV – poslušalci
k. točke: ***

vsebina: mednarodna učna delavnica – tečaj je namenjen specialistom in specializantom otorinolaringologije
organizator: UKC Maribor, oddelek za ORL in MFK UM MF Maribor, mag. Boštjan Lanišnik, dr. med.
prijave, informacije: prijave: W: www.ness2013.com, informacije: Slavica Keršič, posl. sek., T: 02 321 29 40, F: 02 321 28 26

5. ob 19.00 • GASTRO JOURNAL CLUB: ENDOSKOPSKE INTERVENCIJE V GASTROENTEROLOGIJI – KDAJ, PRI KOM IN S ČIM?

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, Klub Domus Medica
št. udeležencev: 50
kotizacija: kotizacije ni
k. točke: ***

vsebina: debatni klub je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom
organizator: Društvo mladih gastroenterologov Slovenije v sodelovanju s KO za gastroenterologijo, UKC Ljubljana, Živa Mrevlje, Samo Plut
prijave, informacije: E: gastrojournalclub@gmail.com

7. ob 19.00 • INTERNA JOURNAL CLUB: DESET NAJPOMEMBNEJŠIH STVARI, ZA KATERE SI RADIOLOG ŽELI, DA BI JIH VEDELI TUDI INTERNISTI

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, Klub Domus Medica
št. udeležencev: 50
kotizacija: kotizacije ni
k. točke: ***

vsebina: debatni klub je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom
organizator: Društvo mladih internistov Slovenije v sodelovanju z Interno kliniko, UKC Ljubljana, Andrej Škoberne, Blaž Mrevlje
prijave, informacije: E: internajournalclub@gmail.com

12. ob 19.00 • MEDICAL STUDENT JOURNAL CLUB: CEPLJENJE PROTI HPV – PREDNOSTI IN SLABOSTI. PROBLEM BASED LEARNING MODUL

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta, srednja predavalnica
št. udeležencev: 50
kotizacija: kotizacije ni
k. točke: ***

vsebina: debatni klub za zdravnike, medicinske sestre, študente
organizator: študenti MF Univerze v Ljubljani v sodelovanju z JC-skupino, Aleksandar Gavrić
prijave, informacije: E: medicalstudentjournalclub@gmail.com

12. ob 9.00 • TTT – TRENIRANJE TRENERJEV – UČENJE UČITELJEV

kraj: LJUBLJANA (lokacija bo sporočena vsem, ki se bodo prijavi na tečaj)
št. udeležencev: 8–12
kotizacija: 200 EUR, za zaposlene v UKC Lj. kotizacije ni
k. točke: 7

vsebina: delavnica je namenjena vsem zdravnikom in bodočim zdravnikom, farmaceutom, biologom, ki učijo v zdravstvenih ustanovah
organizator: UKC Lj., Svet za izobraževanje, prof. dr. Živa Novak Antolič, dr. med.
prijave, informacije: prijave: E: ziva.novak@guest.arnes.si, informacije: Živa Novak Antolič, T: 01 522 62 55, ga. Meta Kovačič, T: 01 522 60 73

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

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162
št. udeležencev: omejeno
kotizacija: predavanje: 120 EUR (DDV je vključen), za upokojene zdravnike je 25 % popust. Kotizacijo nakazati na TRR pri Unicredit banki Slovenije, d.d., št.: SI56 2900 0005 0400 669, sklic: 104000
k. točke: v postopku

vsebina: Seminar je namenjen vsem zdravstvenim delavcem, ki želijo osvojiti veščine komuniciranja in razumevanja drugačnosti.
organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Metka Komar
prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si, informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si, T: 01 30 72 191

14. ob 19.00 • CARDIO JOURNAL CLUB: MESTO OCT IN IVUS V VSAKDANJI PRAKSI INTERVENTNEGA KARDIOLOGA

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, Klub Domus Medica
št. udeležencev: 50
kotizacija: kotizacije ni
k. točke: ***

vsebina: debatni klub je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom
organizator: Društvo mladih kardiologov Slovenije v sodelovanju s KO za kardiologijo, UKC Ljubljana, Blaž Mrevlje, Gregor Poglajen, David Žižek
prijave, informacije: E: cardiojournalclub@gmail.com

14. ob 9.00 • VERBALNA IN NEVERBALNA KOMUNIKACIJA (delavnica) 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: delavnica: 144 EUR (DDV je vključen), za upokojene zdravnike je 25 % popust. Kotizacijo nakazati na TRR pri Unicredit banki Slovenije, d.d., št.: SI56 2900 0005 0400 669, sklic: 104000	k. točke: v postopku
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, Metka Komar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191

15. ob 9.00 • SPORI NA DELOVNEM MESTU IN ZAKAJ JE UPORABA MEDIACIJE IN MEDIACIJSKIH VEŠČIN KORISTNA? podroben program na spletni strani <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 120 EUR (DDV je vključen), za upokojene zdravnike je 25 % popust. Kotizacijo nakazati na TRR pri UniCredit banki Slovenije, d.d., št.: SI56 2900 0005 0400 669, sklic: 104000	k. točke: v postopku
vsebina: Seminar je namenjen vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci se bodo seznanili z ozadji sporov in postopki mediacije.		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Anka Stojan, univ. dipl. psih.	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 30 72 191

16. ob 8.00 • TEČAJ IZBRANIH POGlavIJ IZ NUJNE MEDICINSKE POMOČI ZA EKIPe V ZOBoZDRAVSTVU

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: 147 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: Tečaj je namenjen doktorjem dentalne medicine in njihovim timom. Namen tečaja je, da osveži in obogati znanje in veščine s področja temeljnih postopkov oživljanja in defibrilacije ter prepoznavanja in pravičnega ukrepanja ob nekaterih nujnih stanjih (tujki v zgornjih dihalih, akutni koronarni sindrom, akutna možganska kap, motnje zavesti, anafilaktična reakcija).		organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, mag. Mitja Mohor, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mic@zss-mcs.si

19. ob 19.00 • PEDIATRIC JOURNAL CLUB: IZBOR ZDRAVIL ZA PREKINJANJE KRČEV

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, Klub Domus Medica	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: debatni klub je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom	organizator: Društvo mladih pediatrov Slovenije v sodelovanju s Pediatrično kliniko, UKC Ljubljana, Damjan Osredkar, Anja Radšel	prijave, informacije: E: peditricjournalclub@gmail.com	

21. ob 19.00 • INTERNA JOURNAL CLUB: DESET NAJPOMEMBNEJŠIH STVARI, ZA KATERE SI DIABETOLOG ŽELI, DA BI JIH VEDELI TUDI DRUGI INTERNISTI

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, Klub Domus Medica	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: debatni klub je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom	organizator: Društvo mladih internistov Slovenije v sodelovanju z Interno kliniko, UKC Ljubljana, Andrej Škoberne, Blaž Mrevlje	prijave, informacije: E: internajournalclub@gmail.com	

28. ob 19.00 • CARDIO JOURNAL CLUB: LOKALNO TROMBOLITIČNO ZDRAVLJENJE ŽILNIH TROMBOZ

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, Klub Domus Medica	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: debatni klub je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, študentom	organizator: Društvo mladih kardiologov Slovenije v sodelovanju s KO za kardiologijo, UKC Ljubljana, Blaž Mrevlje, Gregor Poglajen, David Žižek	prijave, informacije: E: cardiojournalclub@gmail.com	

28. ob 8.00 • OBNOVITVENI TEČAJ DODATNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA

kraj: BLEED, Hotel Jelovica	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	

28. 2.–2. 3. ob 15.30 • 29. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: UČENJE IN POUČEVANJE O OBVLADOVANJU TEŽAVNIH SITUACIJ V DRUŽINSKI/SPLOŠNI MEDICINI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MORAVSKE TOPLICE

št. udeležencev: 50

kotizacija: kotizacije ni

k. točke: 18

vsebina: učne delavnice so namenjene sedanjim in bodočim mentorjem študentov in specializantov s področja družinske medicine

organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru, Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, prim. doc. dr. Mateja Bulc, prim. Darinka Klančar, doc. dr. Marija Petek Šter, prim. doc. dr. Davorina Petek

prijave, informacije: Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si. Udeleženci bodo na srečanju prejeli zbornik, ki bo obravnaval omenjene teme.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

»Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je javni zavod, ki zagotavlja zavarovancem v državi uveljavljanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Z usposobljenimi in motiviranimi zaposlenimi, s sodobno tehnologijo in organiziranostjo želimo zavarovancem, partnerjem in drugim strankam nuditi odlične storitve.«

K sodelovanju vabimo

komunikativne in dinamične sodelavce, ki želijo nadaljevati svojo poklicno kariero v Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

1. zdravnika/zdravnico - vodjo oddelka za nadzor v območni enoti Novo mesto za:

- vodenje sodelavcev in organiziranje, kontroliranje in usklajevanje dela v oddelku ter zagotavljanje zakonitosti in ažurnosti poslovanja,
- odločanje o pravicah zavarovancev v skladu z zakonom in pravili.

Poleg splošnih zahtev, določenih z zakonom, pričakujemo, da prijavljeni kandidati izpolnjujejo naslednje pogoje:

- doktor medicine, specialist medicine dela, prometa, športa ali druga ustrezná specializacija,
- 48 mesecev delovnih izkušenj,
- strokovni izpit iz splošnega upravnega postopka (izbrani kandidat, ki ob prijavi tega izpita ne bi imel opravljenega, ga bo dolžan opraviti najkasneje v roku šestih mesecev od dneva zaposlitve),
- poznavanje dela z osebnim računalnikom (urejanje besedil in preglednic) in e-pošte ter znanje svetovnega jezika.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas, s polnim delovnim časom in trimesečnim poskusnim delom.

Za dodatne informacije se lahko obrnete na nas po T: 07 393 35 05.

Vaše pisne prijave s predstavitvijo dosedanjega dela in delovnih izkušenj ter dokazila o izpolnjevanju pogojev pošljite **do 31. decembra 2012**, na naslov: ZZZS – OE Novo mesto, Pravno kadrovski oddelek, Prešernov trg 7, 8000 Novo mesto oz. na e-naslov: zaposlitev@zzzs.si.

2. zdravnika/zdravnico na Direkciji za:

- izvajanje finančno-medicinskih nadzorov in predlaganje ukrepov v primeru odstopanj.

Poleg splošnih zahtev, določenih z zakonom, pričakujemo, da prijavljeni kandidati izpolnjujejo naslednje pogoje:

- doktor medicine, specialist javnega zdravlja ali specialist medicine dela, prometa in športa ali ustrezná druga specializacija,
- najmanj 48 mesecev delovnih izkušenj,
- poznavanje dela z osebnim računalnikom (urejanje besedil in preglednic) in e-pošte ter znanje svetovnega jezika.

3. zdravnike/zdravnice na direkciji ter v območnih enotah Koper, Krško, Ljubljana, Ravne na Koroškem za:

- odločanje o pravicah v skladu z zakonom in pravili,
- izvajanje finančno-medicinskih nadzorov in predlaganje ukrepov v primeru odstopanj,
- podajanje izvedenskih mnenj.

Poleg splošnih zahtev, določenih z zakonom, pričakujemo, da prijavljeni kandidati izpolnjujejo naslednje pogoje:

- doktor medicine ali doktor medicine, specialist medicine dela, prometa in športa ali druge specializacije ali doktor dentalne medicine ali doktor dentalne medicine, specialist stomatološke protetike,

- najmanj 24 mesecev delovnih izkušenj,
- strokovni izpit iz splošnega upravnega postopka (kandidati, ki ob razpisu tega izpita ne bi imeli opravljenega, ga bodo dolžni opraviti najkasneje v roku šestih mesecev od dneva zaposlitve),
- poznavanje dela z osebnim računalnikom (urejanje besedil in preglednic) in e-pošte ter znanje svetovnega jezika.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas, s polnim ali krajšim delovnim časom in trimesečnim poskusnim delom.

Za dodatne informacije, pod 2. in 3. točko, se lahko obrnete na nas po T: 01 307 74 10.

Vaše pisne prijave s predstavitvijo dosedanjega dela in navedbo enote, kamor se prijavljate, pošljite **do 31. decembra 2012** na naslov: ZZZS, Direkcija, Miklošičeva 24, 1507 Ljubljana oz. na e-naslov: zaposlitev@zzzs.si.

Od novih sodelavcev pričakujemo sposobnosti komuniciranja in reševanja problemov, sposobnosti organiziranja in analitičnega razmišljanja, sposobnost timskega dela, sposobnost hitre presoje in sodelovanja, predvsem pa profesionalnost in samoiniciativnost ter pripravljenost za pridobivanje specifičnih znanj s področja zdravstvenega zavarovanja. Pod točko 1 pa še sposobnost vodenja in ravnanja z ljudmi.

Novim sodelavcem nudimo dinamično delo v urejenem okolju ter možnost strokovnega izpopolnjevanja in razvoja.

Za delo v OE Koper je na razpolago dvo-sobno službeno stanovanje.

Kandidati bodo izbrani na podlagi izbirnega postopka, ki lahko vključuje tudi testiranje.

Kandidati bodo o izboru obveščeni v zakonsko določenem roku.

ODDAMO

Ugodno oddamo 45 m² velik prostor, primeren za zobozdravstveno ali katero drugo podobno dejavnost v bližini meje z R. Avstrijo v Sv. Juriju 14, občina Rogašovci. Po potrebi je možno najeti tudi stanovanje.

Informacije na T: 041 620 805

PRODAMO

Lokacija Ortnek, 25 km iz Ljubljane.

V mirnem zavetju narave, v bližini glavne ceste, šole, vrtca, zdravstvenega doma, trgovin, banke, pošte prodam enodružinsko hišo, zgrajeno leta 2006, uporabne površine cca 300 m², na urejeni parceli cca 980 m², z asfaltiranim dovozom do hiše in dvoriščem. Vsa infrastruktura urejena, ogrevanje na plin, v hiši solarij, infrardeča savna, velika masažna kad. Možnost opravljanja mirne dejavnosti.

Vredno ogleda!

Cena 250.000 EUR.

Informacije na T: 031 607 002



49. tradicionalno srečanje slovenskih in hrvaških upokojenih zdravnikov

Mojca Kos Golja

Dne 25. maja 2012 je potekalo tradicionalno srečanje Sekcije upokojenih zdravnikov Slovenskega zdravniškega društva (SUZ-SZD) in upokojenih zdravnikov Hrvaškega zdravniškega zbora (UL-HLZ), ki je bilo že 49. po vrsti. Naš tokratni cilj je bil obisk knežjega mesta Celja in celjskega Pokrajinskega muzeja.

Tako kot že mnogokrat doslej, je bil tudi tokrat odhod avtobusa iz Ljubljane ob 8. uri z Napoleonovega trga pri Križankah. Okrog 9.00 smo prispeli v Celje in se ustavili v restavraciji Štorman. Prav tam je bilo dogovorjeno, da se kmalu po 9. uri snidemo s hrvaškimi kolegi. Pri Štormanu smo se med čakanjem imeli prav prijetno, saj smo se ob prijetnem klepetu okrepčali z dvema dobrima enolončnicama: z odličnim, ravno prav pikantnim ciganskim golažem in z mesno obaro, ki po okusnosti ni prav nič zaostajala za ciganskim golažem. Medtem smo pričakali hrvaške kolege in sledili so pozdravi in dobrodošlice predsednice SUZ-SZD, mag. Božene Skalicky Kuhelj, dr. med., in predsednika UL-HLZ Dragutina Kremzirja, dr. med. Pozdravil nas je tudi predsednik Zdravniškega društva Celje, Igor Praznik, dr. med.

Sprehod po starem delu Celju je vodila kolegica Marta Škapin, ki se je zelo dobro pripravila na vodenje. Žal je bila naša skupina prevelika, da bi bili vsi enakovredno deležni njene zanimive predstavitve starega Celja, kar pa ni motilo prijetnega vzdušja.

Od hotela Štorman smo krenili po Levstikovi ulici proti cerkvi sv. Maksimilijana, ki so jo zgradili ob koncu 15. stoletja,

v času grofov Celjskih in jo posvetili starokrščanskemu škofu Maksimilijanu. Škofa naj bi Rimljani leta 284 po nalogu rimskega sodnika Eulazija, ki je deloval tu kot namestnik cesarja Numerijana, obglavili. Eulazij je namreč silil kristjane, naj darujejo Martu, bogu boja, čemur pa se je Maksimilijan uprl. Njegovo truplo so skrivaj pokopali na mestu, kjer danes stoji cerkev. Sveti Rupert ga je 350 let kasneje dal prenesti v *Bischofs-hofen* na Solnograško. Maksimilijanova kri naj bi padla na mesto, kjer se je pojavil »studenec obglavljenja svetega Maksimilijana«, nad katerim je bila v istem času kot cerkev sezidana majhna kapelica, ki stoji še danes. Cerkev sv. Maksimilijana je še dodatno zanimiva, ker je bil v letih od 1540 do 1547 Primož Trubar tam najprej *beneficiat* in kasneje *kaplan*. Ob cerkvi stoji Trubarjev bronasti spomenik, delo kiparja Borisa Kalina.

Pot smo nadaljevali po Stanetovi ulici, kjer stoji *Plečnikova Ljudska posojilnica*, ki so jo gradili v letih 1928 in 1929. Na vogalu je stavba zaobljena, v tem delu jo krasijo lepi stebriščni balkoni. Danes ima v stavbi poslovne prostore Banka Celje. V njej je še kino Metropol z večnamensko dvorano, kjer si je prijetno ogledati kakšen dober film, žal pa ni prav številnih obiskovalcev.

Nato smo se sprehodili mimo bivše *Rakuševe trgovine* z železnino, kjer so še vidna nekatera obrtniška znamenja. Stavba je iz druge polovice 19. stoletja, prvotna stavba pa še iz srednjega veka. Žal je trgovina prenehala delovati, ker so jo izrinili veliki trgovski centri na obrobju mesta. Danijel Rakuš je bil v rajnki Jugoslaviji največji veletrgovec z železnino, njegova trgovina je



Skupina slovenskih in hrvaških upokojenih zdravnikov pred celjskim Narodnim domom (foto Božena Kuhelj Skalicky).

bila druga največja v Evropi. Nad trgovino sta ohranjeni plastiki sv. Roka in sv. Florjana. Prvi kaže na gnojno rano na stegnu, drugi gasi požar. S tem simbolizirata dve najhujši nadlogi tistega časa, kugo in požare.

Na koncu Stanetove ulice dominira glavna celjska opatijska *cerkev sv. Daniela*, ki spada med najstarejše stavbe v mestu, saj je iz leta 1306, stoji pa na mestu cerkve iz 12. stoletja. Do sredine 16. stoletja je cerkev s številnimi prezidavami dobila sedanjo obliko. Ob prenovi jeseni leta 1963 so v cerkev in kapelo Žalostne Matere božje, ki je bila prizidana leta 1413, dodali barvna okna, delo Staneta Kregarja. Kapela Matere božje je izjemno kakovostna arhitektura klasične gotike. Pred glavnim vhodom v cerkev so leta 1996 odkrili spomenik blaženemu škofu Antonu Martinu Slomšku. V stavbo in njene zunanje stene je vzdanih več plastično oblikovanih srednjeveških in renesančnih nagrobnikov iz 15., 16. in 17. stoletja.

Nadaljevali smo pot po Prešernovi ulici, ki ima zanimivo zgodovino. O njej je zapisano: »Celjan, ki se v življenju ni selil, se je rodil pred prvo svetovno vojno na Rotovski ulici, nato je otroštvo preživel na Prešernovi ulici, okupacijo na trgu Adolfa Hitlerja, povojna leta na Stalinovem trgu in dočakal upokojitev na Trgu 5. kongresa, ki se je kasneje spet preimenoval v Prešernovo ulico«. Na levi strani Prešernove ulice je zgradba starega Magistrata, kjer je od leta 1963 *Muzej novejše zgodovine Celja* z nekaj stalnimi zbirkami, med njimi tudi zobozdravstveno zbirko starih instrumentov in ambulante opreme ter edinim otroškim muzejem v Sloveniji, imenovanim Hermanov brlog. Stavba po gradbeni tradiciji sega vsaj v 17. stoletje, njeno jedro pa je celo renesančno. Poslopje je nekaj časa služilo kot plemiški dvorec, nato pa kot mestna hiša. Leta 1830 jo je kupil Celjski mestni svet, da bi v njej namestil mestno upravo. Hišo so temeljito preuredili, dogradili dvoriščna poslopja in ji prizidali balkon, ki so ga naslonili na osem stebričev, urezanih iz orjaškega rimskega stebra. Fasada je dobila klasicistični videz. Nad arhitravom so pozidali stolpič z uro. Kot zanimivost navajajo, da je v tem poslopju leta 1782 prenočeval *papež Pij VI.*, ko je potoval na Dunaj.

Nasproti Magistrata smo si ogledali zunanost *Marijine cerkve* v okviru Minoritskega samostana, ki je bila zgrajena v začetku 14. stoletja. Na reliefnem timpanonu sta pred Marijo domnevno upodobljena klečeča donatorja, Celjana Herman I. in Ulrik I. (iz leta 1360). Pod glavnim oltarjem je bila nekoč grobnica Celjskih grofov, njihove lobanje so zdaj v Pokrajinskem muzeju.

Prispeli smo do Glavnega trga, kjer stoji *Prothasijev dvorec*, ki je najlepša baročna stavba v starem celjskem jedru, še posebej eleganten je njegov portal. Dvorec je bil sezidan leta 1770. Danes je v njem celjska poročna dvorana.

Na trgu Celjskih grofov nas je navdušil *Narodni dom*, ki se je nekdanj imenoval *Slovenski dom*. Po načrtih češkega arhitekta Vladimírja Hraskyja je bilo leta 1897 poslopje zgrajeno v neorenesančnem slogu. Vse do razpada dvojne monarhije je bil Slovenski dom simbol slovenstva ter kulturno, politično in

družabno središče meščanstva v Celju. V poslopju sta bili med drugim čitalnica in dvorana za gledališke in koncertne prireditve. Zunanosti, ki je bila spremenjena med drugo svetovno vojno, so pred nekaj leti ponovno vrnili nekdanji sijaj. Danes je v lepo obnovljenem poslopju od leta 1995 sedež Mestne občine Celje, Upravne enote Celje, v vogalnem delu pa je razstavišče Likovni salon. V izredno lepi dvorani, s čudovito akustiko, potekajo najodličnejši družabni dogodki, predstave in komorni koncerti. Pred Narodnim domom stoji kip *Josipa Pelikana*, znamenitega celjskega fotografa. Kip je bil odkrit septembra 2011 (delo kiparja Vasilije Četkovića - Vaska). Fotograf Pelikan je večino svojega ustvarjanja preživel v Celju. Njegovo delo je svojevrsten dokument časa in ostaja dragocena kronika življenja Celja, ujeta v fotografski aparat. Po dosegljivih podatkih je Pelikan ustvaril najmanj 25.000 fotografij, predvsem pa je bil mojster portretov. Del njegovega fotografskega opusa, nastalega med letoma 1921 in 1939, je bil predstavljen spomladi 2011 v dvorani slovenske cerkve sv. Cirila v New Yorku. O bogatem ustvarjalnem življenju Josipa Pelikana priča tudi stalna muzejska postavitev in stekleni fotografski atelje.

Kot protiutež Slovenskemu domu so celjski Nemci med letoma 1905 in 1906 po načrtih dunajskega arhitekta *Branja* zgradili *Celjski dom*, ki se je tedaj imenoval *Nemška hiša*, ki pa je nismo videli zaradi gradbenih del.

Pred opisom obiska Pokrajinskega muzeja je potrebnih nekaj besed o bogati zgodovini Celja. Ugodne naravne razmere so že v predrimski, posebej pa v rimski dobi nudile prebivalcem dobre možnosti za življenje. Na vzhodnem delu spodnje Savinjske doline se je v halštatski in kasneje v keltski dobi razvila prva mestna naselbina, imenovana *Keleia*. V rimski dobi, za časa cesarja Klavdija (41–45) je naselbina, imenovana *Municipium Claudia Celeia*, dobila mestne pravice in doživela tudi svoj prvi vrhunec. V času velikih selitev (5. in 6. stol.) je bilo mesto porušeno, vendar so ga že v zgodnjem srednjem veku obnovili. Prva omemba srednjeveškega Celja (Cylie) je zapisana v Admontski kroniki, ki je nastala med leti 1122 in 1137. Neizbrisen pečat v poznem srednjem veku je Celju v kratki dobi vladanja vtisnila uspešna in ambiciozna rodbina Žovneških gospodov, kasnejših *Celjskih grofov* in knezov. Celjski grofi so s spretno politiko posegli celo v vrhove tedanje evropske politike, saj so hčere možili z evropskimi kralji in cesarji. Žovneški, ki so dobili najprej grofovski in nato še knežji naslov, so si izbrali za prestolnico Celje. Sprva je bil sedež Celjskih Gornje Celje (Stari grad), že okrog leta 1400 pa nova renesančna zgradba v mestu, imenovana Spodnji grad. Dne 11. aprila 1451 je celjski grof Friderik II. podelil Celju status mesta z vsemi mestnimi pravicami, v naslednjih desetletjih pa še obvezno mestno obzidje, zgrajeno leta 1473, in obrambni jarek.

Po smrti zadnjega Celjana grofa Ulrika II. (1456) je posest Celjskih prišla v roke Habsburžanov. Celje je bilo v tem času eden najpomembnejših renesančnih centrov na Slovenskem, zato se je v mestu začelo razvijati pravo mestno življenje z razvito trgovino in raznovrstno obrtjo. Tudi sodobna duhovna

gibanja (protestantizem), turška nevarnost in naravne katastrofe niso obsli mesta ob Savinji (kuga 1647 in 1679, poplava 1672, požar 1687. leta). Konec 18. stoletja je Celje doživljalo novo renesanso, z večjo urbanizacijo in začetno moderno industrijo. Ko je leta 1846 pripeljal v Celje prvi vlak, je mesto še živelo v relativnem miru in bidermajerskem vzdušju. V drugi polovici 19. stoletja so se tudi v Celju, podobno kot v ostalih delih avstrijske Srednje Evrope, pričeli narodno prebujati. To je ob koncu stoletja privedlo do močne zaostritve nacionalnih odnosov in po prvi svetovni vojni do razpada večstoletne Habsburške monarhije. Konec prve svetovne vojne leta 1918 je prinesel v mesto ob Savinji nove trenutke. Nov državno-politični okvir, spremenjeni politični nazori in nova duhovna soočenja so vplivala na mentaliteto ljudi in precej spremenila življenja takratnih Celjanov. Tudi druga svetovna vojna in okupacija je Celju in v Celjanih pustila globoke sledi. Pa vendar si je Celje, kot že nekajkrat pred tem, ponovno opomoglo in se razvijalo naprej. Po drugi svetovni vojni je mesto ob Savinji postalo živahen industrijsko-trgovski center. Kot sedež mestne občine ima vse značilnosti regionalnega upravnega, poslovnega, kulturnega, izobraževalnega, zdravstvenega in turističnega središča. V zadnjih letih velja Celje za eno najhitreje razvijajočih se slovenskih mest.

Po zanimivem ogledu starega dela Celja, ob čemer nam je dobro služilo tudi prijetno sončno vreme, smo se odpravili v *Pokrajinski muzej*. Stara grofija, v kateri domuje *Pokrajinski muzej*, predstavlja enega najlepših primerov renesančne arhitekture na Slovenskem. Grofijo so več let (po letu 1580) gradili severno-italijanski grofje Thurn-Valsassina. Njihovo lastništvo izkazuje družinski grb na fasadi. V letih od 1622 do 1640 so ji prizidali še arkadne hodnike in ogradili dvorišče. Dvorec je ostal v posesti grofov Thurn-Valsassina do leta 1869, ko ga je mestna občina kupila na dražbi. V obnovljeni stavbi si je tedaj prostore uredilo mestno osnovno šolstvo, po letu 1914 se je vanjo preselilo okrožno sodišče. Po drugi svetovni vojni so grofiji namenili ustrežnejšo vsebino. Prostori so bili restavrirani in obnovljeni in stavba je z novo muzejsko vsebino zaživela novo življenje.

Zbrali smo se v I. nadstropju Pokrajinskega muzeja v centralnem delu stavbe, kjer je v glavni dvorani grofije znameniti in slikoviti *Celjski strop*. Nazorno so nam predstavili njegovo vsebino in glavne značilnosti. Celjski strop je redek primer profanega slikarstva na prehodu iz renesanse v zgodnji barok. Poslikan naj bi bil v 17. stoletju, glede avtorja poslikave pa ni soglasja. Nekateri menijo, da je izhajal iz italijanske slikarske šole, najnovejše študije pa so avtorja umestile v krog slikarjev, ki so delali za dvor Rudolfa II. v Pragi. Strop v velikosti 14,45 x 9,87 m je poslikan s tempera barvami na platno. Razdeljen je na 11 stropnih polj, ki jih ločujejo dekorativno poslikani leseni tramovi in opaži. V največjem sredinskem polju je iluzionistično naslikana stebriščna arhitektura s štirimi stolpi, med katerimi se odpira pogled v nebo v obliki križa. Obroblyajo ga balustradne ograje, prek katerih visijo dragocene preproge. Za njimi so v manjših skupinah naslikani plemiči in plemkinje, dvorjani, vojniki. Med njimi je tudi portret verjetnega naročnika J. A. Thurna



Znameniti celjski strop v Pokrajinskem muzeju v Celju (foto Božena Kuhelj Skalicky).

in avtoportret slikarja s pomočnikom. Ob stranicah osrednjega polja sta na izstopajočih podstavkih figuri Jupitra in Neptuna. Ob daljših stranicah stropa so alegorično upodobljeni štirje letni časi s prizori in opravili iz vsakdanjega življenja. Na krajših stranicah je naslikan dramatični spopad v bitki Latincev in Trojancev, vogale pa zapolnjujejo štirje giganti – napadalci neba.

Po ogledu zanimivega Celjskega stropa smo se razdelili v več skupin in si ogledali *kulturno-umetnostno in zgodovinsko zbirko* muzeja. V desetih sobah je urejena in predstavljena zbirka pohištva, slik, grafik, kipov, posodja, orožja in drugih »mičnih drobnarij« iz različnih stilnih obdobij v času od 13. stoletja do konca 19. stoletja (od srednjega veka, preko renesanse, zgodnjega in poznega baroka do rokokoja, klasicizma, bidermajerja in historizma). Izbrani srednjeveški predmeti so razstavljeni v sobi s freskami z žanrsko motiviko. Tu je začasno našla mesto vitrina z lobanjami grofov Celjskih. Stalna razstava o grofih Celjskih je deponirana in čaka, da mesto uredi ustrezne prostore v Knežjem dvoru, kar se bo zgodilo letos jeseni. V renesančni sobi poleg pohištva pritegne pozornost otroška mrliška avbica iz Govč. V sobi s predmeti iz časa med renesanso in barokom izstopa omara z intarzijo iz dragocenega lesa, obložena s slo-novo kostjo in želvovino. Baročni eksponati so razstavljeni pod obokom nekdanje kuhinje. Dela celjskega baročnega kiparja Ferdinanda Galla so razstavljeni v sobi z rokokojsko poslikavo. Čas poznega baroka in rokokoja je predstavljen z značilno stanovanjsko opremo. Klasicistično in empirsko ustvarjalnost prikazujejo dragoceni kosi pohištva, ure, porcelan, miniature in drugo. Bidermajerski čas predstavljajo meščansko pohištvo in številni portreti. V zadnji sobani so na ogled predmeti iz časa historizma, to je od sredine 19. stoletja, ko ni bilo oblikovanega nekega novega stila, pač pa le eklektično posnemanje različnih zgodovinskih slogov.



Celea – mesto pod mestom: ostanki rimske Celeje v kleti knježjega dvorca (foto Božena Kuhelj Skalicky).

V Pokrajinskem muzeju so nam predstavili tudi izredno zanimivo stalno etnografsko zbirko *Alme Maximiliane Karlin*, ki je ena najzanimivejših slovenskih žensk, z izredno bogatim življenjem, s številnimi talenti in sposobnostmi. V zbirki je okoli 800 njenih predmetov in 400 razglednic, vendar pa je njena zapuščina razpršena po različnih krajih in je vsaj še enkrat tolikšna. Napisala je dvajset odličnih romanov, potopisov in zgodb, v njeni zapuščini pa je še približno 40 neobjavljenih besedil, novel, črtic in poljudnoznanstvenih člankov, 400 pesmi, 98 listov notnih zapisov ter več kot 500 rastlinskih listov in risb. Rodila se je 12. oktobra 1889 v Celju v meščanski družini šestdesetletnemu očetu Jakobu Karlinu in petinštiridesetletni materi, Vilibaldi Miheljaki. Oče je bil upokojeni major avstrijske vojske iz Tuncovca pri Rogaški Slatini, mati pa učiteljica in hči prvega slovenskega notarja v Celju Martina Miheljaka. Tako kot je bilo običajno v družinah državnih uslužbencev, so v družini govorili le nemško, čeprav sta bila starša slovenskega rodu. Zato Alma ni prav dobro govorila ali pisala slovenskega jezika. Na svet je prišla napol hroma, s poškodovanimi nogami, nesimetrična, z napol priprtimi levimi očesom. Zdravnik je napovedal, da bo otrok verjetno duševno prizadet. Kako se je motil! Pri osmih letih ji je za jetiko umrl oče, leto zatem so jo tete vzele s seboj na popotovanje po Dalmaciji, Hercegovini, Italiji, Tirolski in Bavarski. Že tedaj si je po pet ur na dan ogledovala galerije in muzeje ter napisala svoje prve pesmi in krajše zgodbe. Pri trinajstih je preživela več zahtevnih ortopedskih operacij, bolečine pa je začela premagovati z učenjem tujih jezikov in je postala prava poliglotta. V letu 1907 je na srednji šoli v Gradcu opravila izpite iz nemščine, angleščine in francoščine. Leta 1913 je Alma nadaljevala študij številnih jezikov (angleščine, švedščine, norveščine, danščine, italijanščine, španščine, francoščine in ruščine) na Society of Arts v Londonu. Učila pa se je tudi sanskrta in kitajščine ter preučevala egipčanske hierogliffe

in hebrejščino. Preživljala se je kot prevajalka in s poučevanjem jezikov, predvsem Azijcev, ki so jo vpeljali v teozofijo in vzhodnjaške filozofije ter ji pomagali pri učenju kitajščine in sanskrta, sama pa se je delno seznanila še z arabščino in perzijsčino. Kmalu je postala članica londonskega Teozofskega društva. Med študijem je šest mesecev preživela tudi v Parizu. Spomladi leta 1914 je na londonski Society of Arts z odliko opravila izpite iz osmih tujih jezikov, s čimer je vzbudila veliko pozornosti, saj je pri izpitu iz angleščine prekosila vseh devetsto kandidatov, celo same Angleže. Ob začetku prve svetovne vojne je odšla na Norveško, kjer je nekaj časa preživela na skrajnem severu in v Stockholmu. Tam se je odločila, da bo potovala

po svetu in postala poklicna pisateljica. Po prvi svetovni vojni se je vrnila domov v Celje in ustanovila šolo za tuje jezike ter začela s pripravami na potovanje okoli sveta, ki ga je nato tudi izpeljala. Obiskala je dejansko vse kontinente in številna svetovna mesta. Načrtovala je, da bo potovanje trajalo dve, največ tri leta. V resnici pa je trajalo kar dobrih osem let. Po osmih letih se je januarja 1928, na prošnjo svoje umirajoče matere, iz Indije vrnila domov v Celje.

Obiskane kraje je Alma podrobno preučila, vse od njihove zgodovine in splošnega ter duhovnega izročila do drugih posebnosti dežel. Vse kraje, rastlinstvo in živalstvo je tudi natančno skicirala ali naslikala v številnih beležkah in pri tem urejala še herbarij. Zanimala se je za šolanje in družbeni položaj žensk, predvsem pa je preučevala starodavna verska izročila, magijo, šamanizem, zdravilna zelišča, simbole in mitologijo ter o tem pošiljala prispevke številnim časopisom in revijam po svetu. Zanje pogosto ni prejela honorarja ali pa je bil ta izjemno skromen. Po vrnitvi domov je Alma predavala, urejala zbrano gradivo in pisala, iz zbranega etnološkega gradiva je v svojem stanovanju uredila malo zbirko. Imela je veliko odmevnih predavanj, ki so jih njeni someščani zelo radi obiskovali. Predavala je tudi na različnih evropskih univerzah in v ženskih društvih. Leta 1932 je obiskala Stockholm in na tamkajšnjem radiju predavala o svojih popotovanjih. Tedaj se je seznanila s slikarko Theo Schreiber Gammelin, znanstvo se je nato razvilo v trajno prijateljstvo. Nekaj let kasneje se je Thea za stalno preselila v Slovenijo in postala Almina osebna tajnica. Ob zasedbi Jugoslavije leta 1941 jo je preganjal gestapo, jo aretirali, zaplenili njeno premoženje in jo poslali v Dachau. S poti v taborišče se ji je nekako posrečilo uiti in pobegniti v partizane. Iz časa NOB je ohranjenih več njenih partizanskih zgodb. Tudi Thea se je med vojno pridružila partizanom in bila kot kurirka huje ranjena. Po vojni oblasti niso hotele imeti ničesar s pisateljico,

ki je pisala nemško. Almino in Theino privarčevano imetje je bilo nedosegljivo v bankah v tujini. Preselili sta se v majhno hišo na hrib Pečovnik nad Celjem, kjer sta se preživljali s skromno Theino pokojnino in večkrat trpeli pomanjkanje. Alma Karlin je umrla 14. januarja 1950 v Pečovniku pri Celju, pokopana pa je na Svetini.

Sledil je še voden ogled arheološkega razstavišča v kleti Knežjega dvorca, imenovan *Celea – mesto pod mestom*, ki je največja predstavitev ostankov rimske Celeje »in situ« doslej. Po mnenju večine iz naše skupine je bil ta ogled kot jago-da na torti. Ostanki rimskega mesta, ki so prikazani na zelo izviren način, s steklenimi prehodi, mostiči, vmesnimi potmi, diskretno osvetlitvijo, so nedvomno osrednja zanimivost. Pokrajinskega muzeja. Naše zanimanje so predvsem vzbudili zidovi zelo razkošne in prostorne rimske hiše (villa urbana), z ostanki predelnih sten in različnih hodnih nivojev, ki pričajo o večstoletni uporabi. Na enem od zidov so vidne rimske freske s konca 1. stoletja. Na ogled so tudi obdelani rimski kamni (marmorne spolije), lep in eleganten marmorni kip neznane, verjetno pomembne ženske v nadnaravni velikosti s konca 1. ali iz 2. stoletja. Sprehodili smo se po tlakovani rimski cesti, široki šest metrov, skupaj z obcestnim jarkom in pločnikom je cesta široka kar 14 metrov. Cestna površina je bila del glavne ceste, ki je peljala iz zahodnega v vzhodni del mesta. Ogledali smo si še marmorno arhitekturno dekoracijo glavnega trga (forum) in osrednjega mestnega svetišča (capitolium) ter srednjeveško

obzidje z jarkom in vodnjakom. Vznemirljiv sprehod v daljno preteklost, skozi kamnite labirinte in po starodavni rimski cesti nam je dejansko pričaral vso lepoto antične Celeje.

Že nekoliko utrujeni, a bogatejši za marsikatero novo spoznanje o knežjem mestu Celju in bogastvu njegovega Pokrajinskega muzeja, smo se odpeljali v gostišče Hochkraut, nekaj kilometrov iz Celja v smeri proti Laškem. Tam so nas pričakali z dobrim domačim kosilom. Predsednika obeh sekcij sta si izmenjala nekaj prijaznih pozdravnih besed in priložnostnih daril. Sledilo je sproščeno medsebojno druženje. Hrvaški kolegi so bili zelo zadovoljni s celotno organizacijo in navdušeni nad prikazanim v knežjem mestu Celju. Spet smo preživeli prijetno in uspešno tradicionalno srečanje slovenskih in hrvaških upokojenih zdravnikov, za kar je ponovno najbolj zaslužna neutrudna organizatorka teh srečanj, predsednica Sekcije upokojenih zdravnikov SZD, mag. Božena Skalicky Kuhelj. Tokrat ji je priskočila na pomoč in ji izdatno pomagala tudi celjska kolegica Marta Škapič, dr. stom., ki je res lepo in zavzeto predstavila svoje zanimivo mesto. Vseh udeležencev srečanja je bilo kar 95, kar je tudi v primerjavi s prejšnjimi srečanji impresivna številka, ki dokazuje priljubljenost teh naših druženj, a tudi zahtevnost organizacije. Veselimo se že naslednjega tradicionalnega srečanja, to bo 50. jubilejno srečanje hrvaških in slovenskih upokojenih zdravnikov v Zagrebu, o čemer bomo prav tako z veseljem poročali.

E-naslov: mojca.golja@siol.net

Nastopa orkestra »Camerata medica« v poletju 2012

Pavle Košorok, Marina Klemenčič, Vildana Repše

Zdravniški orkester Camerata medica, ki je v lanskem letu praznoval 20-letnico obstoja, je tudi za zaključek sezone pred poletjem naštudiral zanimiv program, ki smo ga tradicionalno pripravili najprej v okviru »Grajskih glasbenih večerov« v Polhograjski graščini. Naš dirigent, prof. Franc Avsenek, je kot vedno izbral in priredil pester program, s katerim smo se postavili pred našim občinstvom. V veselje nam je bilo, da smo spremljali štiri zdravniške glasbenike, ki so se nam pridružili kot solisti.

V prvi točki nastopa se je orkester predstavil s sonato Giuseppeja Tartinija (1692–1770), ki je ustvarjal bogato, gracilno lirsko melodiko in subtilno gradil harmonsko strukturo. Sonata a Quattro št. 3, ki smo jo izvajali, je skladba, ki jo izvajalci najpogosteje izberejo med štirimi sonatami, ki jih je mojster napisal za to zasedbo.

Ko smo z uvodno skladbo ustvarili baročno vzdušje, ki je kot nalašč za grajsko okolje, smo pripravili občinstvo na nastop našega kolega, specialista otorinolaringologije Jerneja Podboja,



Klarinetist Jernej Podboj.

ki se nam je predstavil z Mozartovim Koncertom v A-duru KV 622. W. A. Mozart (1756–1791) je napisal nekaj imenitnih del za klarinet. Drugi stavek Koncerta v A-duru KV 622 zveni



Violinist Andrej Gubenšek.



Flavtistka Anja Colja.

nekoliko otožno, vendar tančica veselosti ne zapušča harmonskih tokov. Jernej Podboj je kljub upokojitvi vsestransko angažiran glasbenik, saj nastopa s skupino »Remake swing quartet«, v »Godbi ljubljanskih veteranov« in zdravniškem ansamblu »Inflamatio musica«.

V naslednji točki smo spremljali mladega zdravnika in violinista Andreja Gubenška, ki je z našim orkestrom že večkrat nastopal. Svoje nagnjenje do medicine in do glasbe je pokazal tudi čisto konkretno kot ustanovitelj komorne zasedbe »Muzikoterapija«. Andrej Gubenšek se nam je predstavil v skladbi poljskega skladatelja Henryka Wieniawskiego – Scherzo -Tarantelle Op.16. Poljski violinist Henry Wieniawski (1835–1880) je poslušalce vedno prevzel z bleščečo spretnostjo in temperamentom. Veliki virtuoz je svojo kariero violinista žalostno zaključil zaradi hazardske strasti – ostal je brez instrumenta. Za sabo je pustil dragoceno zakladnico najlepših violinskih skladb, med katere nedvomno sodi tudi ta, ki jo je virtuosno z našim orkestrom zaigral Andrej Gubenšek.

Julije Bajamonti (1744–1800), skladatelj, zgodovinar, doktor medicine in orglar, je po končanem študiju medicine v Padovi vodil zasebno medicinsko prakso v Splitu in dirigiral v katedrali. Pisal je razprave o medicini, zgodovini, arheologiji, folklori, kemiji, filozofiji in estetiki, prijateljeval s književniki in pisal poezijo. Skromen opus (150 del) šteje kar 130 del cerkvene glasbe. Lahkotna mediteranska folklor in elementi dalmatinskega melosa dajejo kvartetu v F-duru dopadljivost in ležernost, kar je bilo v odlični priredbi prof. Avseneka za godalni orkester še posebej zaznati.

V skladbi, prirejeni za flavto solo in godala, se nam je predstavila študentka medicine in akademije za glasbo Anja Colja, ki je pričarala vzdušje vročekrvne Španije v skladbi Francois Bornea – Carmen Fantasie. Francois Borne (1840–1920), skladatelj in prvi flavtist Velikega gledališča Bordeaux, je bil profesor flavte na konservatoriju v Toulousu ob koncu devetnajstega stoletja. Brilljantno Carmen fantazijo za flavto je napisal leta 1900, orkestrirana pa je bila v letu 1990. Skladatelj se kot odličan flavtist spretno poigrava z znanimi temami iz opere Carmen

in združuje virtuosne glasbene in tehnične vidike igranja na flavto, čemur je bila Anja Colja več kot kos, saj je delo izvedla brezhibno in bila nagrajena z velikim aplavzom poslušalcev.

Potem ko so opero Samson in Dalila leta 1877 prvič izvedli v celoti, je do danes ostala na svetovnih opernih odrih in še okrepila ugled Camilla Saint Saënsa (1835–1921), največjega francoskega skladatelja tistega časa. V priljubljeni ariji iz drugega dejanja Mon coeur s'ouvre (Moje srce se odpira) se ra-

zodene spokojna, zametna melodična linija in nas docela očara. V tej točki je z našim orkestrom zapela kolegica Alja Koren, ki je študij medicine že končala, na akademiji za glasbo pa končuje tudi solo petje. Z orkestrom je že lani nastopila na koncertu ob zaključku Plečnikovih dni, pa tudi na Božično-novoletnem koncertu v Zdravniški zbornici.

Polhograjska graščina tako ostaja priljubljen kraj nastopov orkestra Camerata medica. Vsa leta doslej smo imeli srečo, da smo se pred in po koncertu lahko družili v grajskem parku, kar je nastopu orkestra dajalo še poseben čar. Letos nas je slabo vreme omejilo, zato smo druženje po koncertu nadaljevali v grajski dvorani, kjer pa je bilo dovolj navdušenja in pozitivne energije, tako da smo se od občinstva in med seboj poslavljali še dolgo.

Za ljubljansko občinstvo se je orkester z istim programom predstavil v atriju Uršulinskega samostana v Ljubljani na topel junijski večer. V več kot prijetnem ambientu smo odigrali enak program kot v Polhograjski graščini, še posebej pa smo ponosni, da je za vse tiste, ki se koncerta niso mogli udeležiti, posnetek koncerta v celoti dostopen na našem Youtube kanalu (www.youtube.com/cameratamedica), vse fotografije pa zbrane na novi spletni strani orkestra (www.cameratamedica.com). Veseli smo, da smo se z vodstvom samostana uspeli dogovoriti za sodelovanje, ki se bo nadaljevalo tudi v tem letu, saj smo trenutno v fazi dogovarjanj, da bi lahko nastopili tudi pri božični maši. Po koncertu smo člani orkestra za publiko pripravili manjšo pogostitev, pogovori pa so se zavlekli daleč v večer in se nadaljevali ob kozarcu vina tudi izven samostanskih zidov.

Ob lanskih nastopih, predvsem pa ob nastopu v Zdravniški zbornici, se je orkester dobro predstavil svojemu ciljnemu občinstvu – slovenskim zdravnikom. Z glasbo se ne ukvarjamo poklicno, vendar pa s svojo ljubeznijo do glasbenega poustvarjanja in orkestrske igre radi nastopimo tudi na bolj slovesnih dogodkih, povezanih z medicinsko stroko. V mesecu oktobru smo tako sodelovali pri slovesnosti v Zdravniški zbornici ob 20-letnici delovanja Miroslava Milačiča na področju čeljustne in zobne ortopedije v Sloveniji, kot tudi pri podelitvi specialističnih listin mladim specialistom v Zdravniški zbornici, kjer se nam je kot solistka pridružila Barbara Čokl.



Študentka medicine in mezzosopranistka Alja Koren.

Že letos se nam je v orkestru pridružilo kar nekaj novih članov, predvsem študentov medicine, kar nas še posebej veseli, saj upamo, da bodo tudi po končanem šolanju tvorili jedro orkestra. Tudi zaradi tega si želimo, da sodelovanje orkestra ob dogodkih Zdravniške zbornice in Medicinske fakultete postane stalnica, ki bo požlahtnila druženje med študenti medicine, med zdravniki kot tudi med drugimi prijatelji in kolegi. Prepričani smo namreč, da taki dogodki krepijo tako prijateljske kot tudi strokovne stike, preko katerih vsak s svojega področja prispeva največ k ustvarjanju za skupno dobro.

E-naslov: pavle.kosorok@guest.arnes.si

Ko harmonija glasbe in slikarstva vzame dih

Likovni homo universalis Janez Kovačič

Ksenija Slavec

Redki dogodki so takšni, da človeka popolnoma prevzamejo, se ga dotaknejo v dno duše, povzročajo fizične občutke blažene ugodja in spremljanja ob zaprtih očeh. Ko so v razstavišču Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (UKCL) na koncertu za bolnike 13. novembra 2012 zapeli pevci Kranjskega okteta, se je ustavil čas. Brezčasna lepota slovenske narodne glasbe v zlahtni interpretaciji najbolj izbranih moških glasov Gorenjske je na slovesnosti ob 70-letnici akademskega slikarja Janeza Kovačiča, ki je mentor Likovne skupine Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher (KUD), prav tako pa izjemen slikar, pokazala, kako cenjeno je njegovo likovno delo. Nabito polno razstavišče, ki ga je počastil tudi generalni direktor UKCL mag. Simon Vrhunec, je bilo zapolnjeno z ogromnimi kolorita polnimi platni realistične vsebine, ki posegajo na številna področja slikarstva, od pejsaža, do tihožitja, sakralnega triptiha in akta.

O slikarju Janezu Kovačiču je v monografiji, ki je letos izšla o njem, prof. Zvonka Zupanič Slavec zapisala: »Redki ljudje so kot odprta knjiga, ki govori sama zase. Janez Kovačič je neposreden, človeško topel in široko razgledan intelektualec, ki mu je likovna umetnost le eden, a vendar osrednji način izražanja. Kot je spreten s čopičem in številnimi tehnikami upodabljaajoče umetnosti, mu je blizu tudi beseda, s katero tankočutno opisuje svoja globlja notranja spoznanja in občutja. Kot pedagog je sijajen: spoštuje posameznikov likovni izraz, se o njem pogovarja in brez skrivnosti razgrinja svoje znanje in spoznanja o slikarstvu in njegovih tehnikah. Pri tem je človeško topel, odkrit in spodbuden.

Je vsestranski, popularen in zelo cenjen slikar: ljubi slovensko krajino, domačnost, žanrske prizore, motive iz narave, kot so npr. žareči ruj ali barviti gozd, pa figuraliko, akt in še kaj. Zato njegova dela srečujemo v zelo različnih okoljih in nenehno spoznavamo avtorjevo pluripotentnost, ustvarjalno slo in izjemno obsežen ustvarjalni opus. Janez Kovačič v likovni umetnosti opravlja pravo poslanstvo in je likovni *homo universalis*.

Avtor je tudi vedrega duha, srčen in karitativen. Je družinski človek in se otroško veseli vsega živega. S predanostjo svoji muzi, z delom in življenjem v mednarodnem prostoru se je izoblikoval v svetovljana, ki mu nič človeškega ni tuje, a je ob



Velika in impresivna platna akademskega slikarja Janeza Kovačiča so bogato zapolnila prostor razstavišča UKCL (foto Tea Šulek).

vsem doseženem ohranil človeško preprostost, idealizem in vero v dobroto.«

Na odprtju razstave je o njem spregovorila umetnostna zgo-dovinarica in likovna kritičarka Polona Škodič in povedala: »Akademskega slikarja Janeza Kovačiča dobro poznamo kot priznanega umetnika in dolgoletnega likovnega pedagoga. Že vrsto let vodi različne likovne tečaje. Težko bi našli vse ljubitelje slikanja, pravzaprav celo generacije slušateljev, ki jim je pomagal k slikarski rasti in tudi uspehom. V likovni sekciji ima izjemne zasluge za viden in kakovosten razmah ljubiteljske slikarske ustvarjalnosti. Je tudi dolgoletni, zvest član cerkniškega Društva Notranjskih kulturnikov Krpan. Ob jubilejni 70-letnici je letos maja izdal bogato pregledno monografijo svojega umetniškega opusa.

Janez Kovačič se sicer posveča različnim slikarskim temam, od krajine, tihožitja, akta in portreta, pa vse do vitraža in restavracije, – skratka izraža se v najširšem likovnem razponu. Je eden tistih ustvarjalcev, ki so neskončno zaljubljeni v likovno umetnost, postavljeni pred nenehen izziv, ko vsak še tako droben ali veličasten motiv v naravi ali okolju postane umetniška odslíkava videna in doživeta. S svojim slikarstvom je blizu ljudem, saj posreduje veliko toplino in domačnosti. Določen tip pokrajine kaže različne podobe v različnih svetlobah, skozi letne čase, kar avtor poudarja z izbranimi barvnimi lestvicami, – od umirjenega realistično-impresivnega odslíkovanja, mimo tonsko bolj lirično in melanholično uglašeni kompozicij. Po sijoči barvitosti se prepoznavajo njegovi izrazito osebno doživeti motivi, včasih poetični, kdaj drugič domačinsko patinirani ali celo ekspresivni, da človek le slutí, kaj se skriva za njimi. Z nekaj potezami že pričara živahno pripoved dežele spreminjajočih se motivov. Z vso pozornostjo se je posvetil tudi risbi in grafiki.

Čprav se je Kovačič s svojimi mnogoštevilnimi deli in razstavami odpravil v daljni svet, ki se mu je naklonjeno odzval, je še vedno najsrečnejši doma in zvest svoji Notranjski – slikoviti in razgibani pokrajini podjavorniških motivov s Cerkniškim jezerom. Potovanja in delo v tujini – v Nemčiji, Kanadi, ZDA in Italiji, so ga obogatila z novimi izkušnjami. Njegova plodovita, produktivna in široko razgibana ustvarjalnost pa je še najbolj koloristično bogata v oljih in akvarelih. Z nekaj potezami že pričara živahno pripoved dežele spreminjajočih se motivov, obuja spomine na starožitnosti in staro izginjajočo kulturno dediščino in s tem nadaljuje v zlahtnem tonu tradicijo slovenskega krajinarstva. Že vsa desetletja ostaja zvest samosvojemu realizmu in slikarski govoricí, ki je jasna in razpoznavna, polna življenjskega utripa in vedrine. Na pričujoči razstavi bo na ogled delež iz njegove bogate umetniške zakladnice, predvsem impresivnih krajinskih upodobitev. Popeljal nas bo na barvito potovanje od primorskih vedut čez žareče rdeči Kras v Ljubljano, na Gorenjsko, vse do mogočnih vršacev naših gora in velikih slapov, pa še veliko dlje, tudi na po-deželje, kjer še stoji stara arhitekturna dediščina. Prav fascinanta so velika platna, ki so nastala v zadnjem obdobju. Realistično izhodišče se umika barvnim in svetlobnim impresijam, vse do ekspresivne abstrakcije.



Jubilant Janez Kovačič je ob življenjskem jubileju izdal obsežno monografijo svojih del, v katero je zapisal: Delo posvečam družini, prijateljem in tistim, ki me niso razumeli (foto Tea Šulek).



Mogočni glasovi pevcev Kranjskega okteta in hkratno njihovo blaglasno petje slovenske narodne pesmi so očarali tudi najzahtevnejše poslušalce. Njihov vodja je dolgoletni tenorist Slovenskega okteta Andrej Ropas (foto Tea Šulek).

Janez Kovačič živi z željo, da bi ves bogat svet slovenske pokrajine, ki jo bo morda spremenil že jutrišnji dan, ohranil v njeni najlepši in najiskrenejši umetniški podobi.«

Slikarka Blaža Fečur

Zanimivo je bilo nadaljevanje odprtja razstave, kjer je prav pedagog Janez Kovačič predstavil svojo učenko Blažo Fečur, katere cvetlični šopki so žareli v Mali galeriji UKCL. O njej je povedal: »Diplomirana ekonomistka in uspešna podjetnica Blaža Fečur je željo po likovnem ustvarjanju občutila že v osnovni šoli, saj je na temo o Prešernu za risbo Prešernova soba v Slovenj Gradcu prejela prvo nagrado republiškega natečaja osnovnih šol. Po končani gimnaziji ni nadaljevala študija v tej smeri, želja po oblikovanju in likovnem ustvarjanju pa je ostala ves čas, vse do upokojitve. Na pobudo prijatelja in mentorja, akademskega slikarja Janeza Kovačiča, in na spodbudo moža, likovnega pedagoga, je pričela intenzivneje slikati. V likovno skupino KUD-a Klinični center se je včlanila leta 2007.



V Mali galeriji je razstavila svoje bogate šopke cvetic v akvarelni tehniki slikarka KUD-a Blaža Fečur, ki jo je predstavil njen likovni učitelj Janez Kovačič (foto Tea Šulek).



Lahkotno naslikani šopki avtorice Blaže Fečur (foto Tea Šulek).

Akvareli slikarke Blaže Fečur so v marsičem prava posebnost. Slikarji dobro vemo, da sodi akvarel v eno najzahtevnejših slikarskih tehnik. Kot tehnika ne dovoljuje popravkov in poznejših korektur. Slikanje v akvarelu zahteva veliko zbranost in spretnost, česar Blaži gotovo ne manjka. Tu ne gre zgolj za navidezno prelivanje vode, obarvane z različnimi barvnimi odtenki. Slikarju mora biti izjemno jasno, kaj hoče z akvarelom doseči – na kakšen način in seveda koliko ta medij sploh obvlada. Lestvica obvladovanj akvarela je lahko zelo široka in pestra.

Blaža se s samim motivom kaj dosti ne ukvarja. V njenem slikarskem opusu prevladujejo predvsem šopki in tudi izjemno intimna tihožitja. Videno natančno opazuje, si ustvari notranjo izpovedno podobo in to suvereno naslika. Pri slikanju pušča veliko naključnih barvnih trenutkov, ki pozneje prispevajo vidne

efekte. Nobeden izmed motivov ni faktografsko zvesto interpretiran, tu gre bolj za asociacijo vidnega v rahlem odmiku, vendar motivno še vedno prepoznavno. Prefinjeno niansiranje barvnih odtenkov, polaganje oblikovnih lis, rastrov, različnih elementov cvetličnih podrobnosti ponuja pravi mavrični ples, ki ga Blaža na slikarskem prostoru skrbno nadzoruje. Največkrat se odloča za kvadrat. Razmerje v kvadratu je tisto njeno izrazno polje, ki še poveča dinamiko barvnih halucinacij. Blažino slikarstvo nas živo nagovori in prepriča z zrelo likovno govorico in upajmo, da jo bomo še dolgo poslušali.«

Kranjski oktet

V Kranju, ki ima bogato pevsko tradicijo in številne zборе ter vokalne skupine, so prijateljske in pevske vezi spodbudile nastanek tudi te skupine. Združila jih je želja po prepevanju v manjši vokalni zasedbi. Člani prihajajo iz Kranja in okolice in svojo ljubezen do glasbe izpričujejo tudi s prepevanjem v drugih zborih.

Začetki okteta segajo v jesen 2008, ko so se na pobudo enega izmed članov zasedbe sestali in zasnovali pot Kranjskemu oktetu. Trenutni repertoar okteta so dobro znane slovenske narodne in umetne pesmi, ki prijazno nagovorijo najširši krog poslušalcev. Njihov namen je ohranjati slovensko pesem in z njo narodno zakladnico, razveseljevati poslušalce, predvsem pa se veseliti petja in s pesmijo izražati dobrodušnost.

Po več uspešnih samostojnih koncertih so leta 2010 organizirali prvi Festival oktetov Kranj, ki ga sedaj pripravljajo vsako leto. Leta 2011 so se udeležili festivala klap v črnogorskem Perastu in osvojili zlato plaketo in drugo mesto. Letos pa jih je pot popeljala v Prago, kjer so se udeležil 26. mednarodnega zborovskega tekmovanja in festivala Praga Cantat, na katerem so sodelovali zbori iz 11 držav. Slovensko pesem je predstavil tako v kategoriji moških sestavov kot v kategoriji ljudskih skladb. V obeh kategorijah je osvojil zlato plaketo, kar ga je uvrstilo tudi v tekmovanje za *Grand Prix* in zaključni koncert. Kranjski oktet je dobil tudi posebno nagrado za izvedbo obvezne pesmi. Po besedah umetniškega vodje Andreja Ropasa, dolgoletnega tenorista Slovenskega okteta, sta osvojeni zlati plaketi odlična popotnica za letošnjo sezono, v kateri bo Kranjski oktet izdal prvo zgoščenko z naslovom *Božične pesmi*, sledilo pa bo še snemanje slovenskih narodnih pesmi (info@kranjski-oktet.com).

Zbrane je voditeljica, organizatorica in predsednica KUD-a Zvonka Zupanič Slavec ob koncu imenitne prireditve le še povabila, da si ogledajo še druge razstave, ki jih organizira KUD: »Jetika: od brezupa do zmage. Slikovna zgodba golniškega sanatorija (1921–1965)« Zvonke in Ksenije Slavec v galeriji Medicinske fakultete v Ljubljani, razstavo Biserke Komac v galeriji Nevrološke klinike, povabila pa je tudi na študentski (19. 11. 2012 v Cankarjevem domu) in zdravniški koncert (6. 12. 2012 v Slovenski filharmoniji) ter božični koncert v UKCL (18. 12. 2012). Vabljeni tudi bralci Izide!

E-naslov: Ksenija.slavec@gmail.com

Kulturno-umetniško društvo
Kliničnega centra in Medicinske fakultete
dr. Lojz Kraigher

Inštitut za anatomijo
Inštitut za histologijo in embriologijo
Inštitut za patologijo
Inštitut za sodno medicino
Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani

vabijo na

43. KONCERT ZDRAVNIKOV ob XLIII. MEMORIALNEM SESTANKU PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA

s podelitvijo

diplome profesorja Janeza Plečnika

in

priznanja profesorja Franceta Hribarja

Četrtek, 6. decembra 2012, ob 19. uri

Dvorana Marjana Kozine (Velika dvorana), Slovenska filharmonija,
Kongresni trg 10, Ljubljana

Spored

A. Vivaldi – Gloria

*Vokalna skupina Univerzitetnega
kliničnega centra
Vox Medicorum*

*Mešani pevski zbor dr. Bogdan Derž
Pevski zbor študentov Medicinske
fakultete Cor*

Godalni komorni orkester Pro Medico

Domagoj Jugovič, orgle



S. Avsenik – Viharnik vrh gora
(arr. S. Avsenik ml., besedilo I. Sivec)

J. Privšek – Pred mano je poletje
(besedilo G. Strniša)

B. Anderson, B. Ulvaeus –
Angeli živijo
(arr. Č. Sojar Voglar in M. Vidic)

F. Lederer – Lesičjak – Pesem o
rojstvu
(arr. in besedilo L. Kramolc)

*Mešani pevski zbor dr. Bogdan Derž,
zborovodja: Venčeslav Zadravec*



L.- C. Daquin –

Variacije na božično temo
Domagoj Jugovič, orgle



J. Brahms –

Trio v Es-duru za rog, violino in
klavir, op. 40, *Andante*

*David Bele, rog
Andrej Gubensek, violina
Polona Maver Vodičar, klavir*



F. Liszt –

Madžarska rapsodija št. 6 v Des-duru
Andrej Babnik, klavir



J. Gregorc, E. Budau – Ptica brez kril

*Sektet Inflammatio musicae:
Hotimir Lešničar, klavir
Jernej Podboj, saksofon
Tine Malgaj, kitara
Gašper Kren, kontrabas
Kamil Berro, tolkala
Barbara Čokl, vokal*



A. Hačaturjan –

La Valse iz baleta Maškerada
(arr. F. Avsenek)

*Ljubljanski zdravniški orkester
Camerata Medica
dirigent: Franc Avsenek*



F. Chopin –

Nokturno v Es-duru, op. 9
(arr. F. Avsenek)

*Ljubljanski zdravniški orkester
Camerata Medica
Andrej Gubensek, violina
dirigent: Franc Avsenek*

U. Koder – Cvetje v jeseni
(arr. F. Avsenek)

*Ljubljanski zdravniški orkester
Camerata Medica
Alja Koren, mezzosopran
Andrej Babnik, klavir
dirigent: Franc Avsenek*

Spored oblikoval Andrej Babnik
Koncertni del programa vodi Zvonka
Zupanič Slavec

Vstop prost

Drevo

Andrej Rant

Kako lepo je gledati drevesa,
ko zlato listje se z vej otresa,
ko rahli dežek tiho le rosi
in dan se v meglicah večeri...

Kako bi rad vsaj nekaj časa še živel!
Spomladi gozd bo spet ozelenel,
a vem, da zdaj morda sem jaz na vrsti,
ki več mu ne odženejo pomladni brsti,
kot staro nagnjeno drevo,
ki zadnjikrat so mu odpadli listi
da golih vej strmi v nebo...

Vem, o vem za vse

Andrej Rant

Vem, o vem za vse,
kar ljubo srcu je, očem,
kako vijolice diše,
kako v jutru rosa se umije,
kako mi sonce blagodejno sije
in ogenj, kako živo plapola...

A ti si prav vse to obenem:
ti rosa si, ki v jutru se umije,
si sonce, ki name blagodejno sije,
vijolica si mojega srca
in ogenj, ki mi toplino da!

Lisica

Andrej Rant

Zima s snegom je oblekla
polja, loge in vasi,
luna se je na nebo privlekla,
sredi mrzle je noči...

V molku smreke lovec vztraja,
ure dolgo nepremično ždi;
v dalji hripavo lisjak zalaja
in neveste si želi...

Senca se je premaknila...
Lisica k ženinu hiti;
v strelu se je vase zvila,
v sledi pušča lepko kri...

E-naslov: andrej.rant@yahoo.com

Utrinki

Tomaz Rott

Srečal sem srečo

Srečal sem srečo,
pa je skomignila
z rameni,
češ da me ne pozna
in je odšla.

Spomni se

Spomni se,
da moja ljubezen
ne pozna nedelj,
ne praznikov,
nočnega miru in
popoldanskega
počitka.

Rad bi bil kruh

Rad bi bil kruh,
da me zamesijo
roke tvoje,
da me pregnete
tvoja vihravost,
da me poljubiš
kot drobtinico
kruha.

Spoznanje

Spoznanje je
kakor pečena ura.
Brez besed se izteče.
In ne veš kaj z njim.

Minljivost

Vsak utrinek misli,
vsaka izrečena beseda,
vsak doživetni trenutek,
so izgubili dom sedanjosti.

Veš, kaj bi rad?

Veš, kaj bi rad?
Rad bi,
da bi se nekoč
srečale tvoje
in moje želje
in si podale roke
in skupaj odšle
srečo iskat.

Starost

Starost je slap,
ki se v mladosti
je izlil v dolino,
in skrnil v tolmun,
a vendar znova pada
še naprej v globino
nemiren, vedno živ.

Starost je
skup spoznanj
in zraven kupček sanj
kamor spoznanj
ne pripustimo.
Zato brezglavo
spet živimo.

Velike stvari

Velike stvari
vidimo velike
in v njihovi senci
nas zmrazi.

V meni je tudi
nekaj velikega
in vendar
nosim v sebi
prgišče sonca.

Prebujanja

Žal se vsakdan
prebujamo,
pa raje bi
še naprej spali
in sanjali.
Resničnost
je budilka,
preslišimo jo
večkrat in
sanjamo naprej.

Sreča

Sreča ni v tem,
da si srečen,
sreča zaživi,
ko so drugi
ob tebi srečni.

Bolečina

V mraku se
bolečina ne vidi,
v mraku se
bolečina podvoji.

Predrami se

Predrami se, saj ti si me zbudila:
edini dan poljub bil je danica.
Razpele želje krila so kot ptica
– morda gredoč ljubezen si izgubila,

A želja k meni bo jo povrnila.
Res hočeš jo nazaj? Je golobica
izgubljena iz tvojih rok, vsa lica,
a tudi oči, z veseljem napolnila.

Res jo želiš nazaj? Potrkaj k meni
in si oglej, če dobro jo varujem.
Je varno skrita? Ti mi razodeni:

Imaš ljubezni še, da z njo posujem
ti vse besede in z menoj ti skleni
račun, da ti ljubezni žar darujem.

Iskanje

Kostanjevo drevo podaja sad,
umira listje doživetih dni.
Na strehah hiš se kapelj roj blešči,
čež mrke ulice zaveje hlad.

Pot sem iskal, da našel bi pomlad,
čakanje v meni je postala kri.
Morda se enkrat sreča prebudi,
vendar ne vem, če pojde me iskat.

In znova listje barve pomladi
in znova cvet kostanjev rumeni,
rudeče strehe hiš toplo žare.

Le v meni se izgublja pot želje,
neznana je pomlad prihodnjih dni.
Izpeta moja pesem umirja se.

Voščilo

Božični dan prebujajo se življenje,
in upanje, brsteče koprnenje,
ko dan zavesi noč rojene sreče,
ko ura dopolnitve se izteče.

Izpoj širine glas srca neizmerne,
zadoni zvon, prebudi vse neverne,
božično žito vzklije v nove trate
za vsakega med nami in še zate.

Naj bo korak nam spet lahak, nemirne
pobegle misli spet v povodec ujete
odrešujočega miru, ljubezni

nedotakljivo krhke neizmerne
naj podari za vedno božje Dete,
prežene nam duha, teles bolezn.

E-naslov: tomaz1945@yahoo.com

»Au«-foristična tinktura

Kratki aforizmi v beli halji z geografskim poreklom

Janez Tomažič

Permanentna (re)organizacija naše dežurne službe je sosledje enega sranja, ki mu sledi drugo sranje.

Če ne bi bilo kolegic, bi bila medicina brez smisla.

Biti infektolog je blagovna znamka, če ne verjamete, vprašajte dr. Housa.

Ugotavljam, da imam vse boljši spomin, zato si lahko privoščim, da kaj pozabim.

E-naslov: janez.tomazic@kclj.si

Zadnja majska sobota

Iztok Tomazin

V Močvirju

Navsezgodaj sem z motornim kolesom zdrvel proti Ljubljani, namesto v gore, kot bi se spodobilo za sončno, v naravo vabečo majsko soboto po napornem delovnem tednu. Organizatorjem tradicionalnega srečanja timov v osnovnem zdravstvu sem bil že pred časom obljubil predavanje. S strokovno in še kakšno drugo motivacijo mi ni bilo težko, seveda le začasno, odmisli gorških prelesti. Srečanja s kolegi in kolegicami iz družinske medicine, pa tudi s strokovnjaki drugih področij, ki prispevajo k širjenju in poglobljanju naših medicinskih obzorij, so vedno dragocena, tako v strokovnem kot v drugih smislih. Prijetno in koristno je izmenjavati strokovne in druge izkušnje, blagodejno je deliti zadovoljstvo, pa tudi stiske ali nezadovoljstvo. Slednjega žal ne manjka v slovenski družinski medicini, pa tudi v zdravstvu nasploh. Vse bolj zbirokratizirano, odtujeno in stresno delovno okolje, vse manj časa za paciente...

Vedno znova občudujem trud in rezultate organizatorjev strokovnih srečanj družinske medicine, tokrat predvsem Davorine in Nene. Odličen program, brezhibna organizacija, skrb za mnoge podrobnosti, ki so večini udeležencev srečanja nevidne ali pa vsaj samoumevne. V slovenski družinski medicini se je v zadnjih letih zbrala in izkristalizirala velika in uspešna skupina organizatorjev. Brez potrebe po kompenzaciji dolgoletne vsiljene in seveda za lase privlečene »strokovne manjvrednosti in neambicioznosti splošnjakov«, s katero so nas pitali že med študijem medicine, med stažiranjem in kasneje, smo lahko zadovoljni, veseli, ponosni in še kaj. Enako velja za naš strokovni vrh, umeščen v obeh katedrah za družinsko medicino, ljubljanski



Prestol v severni steni Storžiča.

in mariborski. Žal temu ne sledi položaj in vloga slovenskih družinskih zdravnic in zdravnikov. »Družinski zdravniki so srce našega zdravstva« ali nekaj podobnega je rekel eden od kandidatov za predsednika naše zbornice. Lepo povedano, ne bi se mogel bolj strinjati, vprašanje pa je, koliko bo to prepoznano in predvsem upoštevano v prihodnosti. Fides na tem področju ni upravičil našega zaupanja, dosedanje vodstvo zbornice ga je delno, upanja pa so seveda že uprta v novo vodstvo, kakršno koli bo. Ampak to soboto je bil čas predvsem za svetlejšje teme.



Lomska dolina s Storžičem v ozadju.

V veselje mi je bilo odpredavati zgoščen prikaz svojega doktora, še posebej, ko sem začutil veliko zanimanja poslušalcev, čeprav je za večino helikopterska nujna medicinska pomoč (HNMP), še posebej tista v gorah, predvsem eksotika. Ki pa pogosto pride zelo prav, celo rešuje življenja. Večina družinskih zdravnikov in njihovih sodelavcev skrbi za nujno medicinsko pomoč tudi v oddaljenih in težko dostopnih krajih, kjer smo jim HNMP-jevci pogosto v veliko pomoč. Poleg tega je večina Slovencev, vključno z medicinci, vsaj občasnih planincev. In ko se v višavah kaj zalomi, pridemo gorski reševalci, peš ali s helikopterjem, in po najboljših močeh opravimo svoje. Že celo stoletje, če štejemo še enako motivirana početja naših prednikov. Ja, letos slovenski gorski reševalci praznujemo stoto obletnico organiziranega reševanja v naših gorah. Ogromen je razkorak od prvih, pogosto več dni trajajočih »rešilnih ekspedicij« s primitivno opremo in skoraj nikakršno medicinsko oskrbo, do današnjega sožitja vrhunske tehnike v obliki helikopterjev in druge sodobne opreme ter odlično usposobljenih reševalcev vključno z zdravniki.

Nazaj na Gorenjsko, v gore

Zanimivost naslednjih strokovnih tem je premagala skušnjavo, da bi takoj po svojem predavanju zdrvel nazaj na Gorenjsko.



Uživanje nad gozdovi Kriške gore.

Ni mi bilo žal, revmatologija je v družinski medicini zelo aktualna in kolegi revmatologi so zelo dobri predavatelji. Sredi dopoldneva pa je le zmagal klic gora, predvsem zaradi dejstva, da me je naslednji dan čakalo nedeljsko 24-urno dežurstvo v zdravstvenem domu. Kot že mnogokrat, sem pobegnil iz Močvirja v pravljicne kraje. Spet sem zajahal težki BMW, ga v domači vasi pod Kriško goro zamenjal za manjšega, razdrapanim gorskim cestam in kolovozom primernejšega »samo« 650-kubičnega bratca in v oblaku prahu z nahrbtnikom na ramenih zdrvel do doma pod Storžičem. Do vznožja severne stene moje domače gore sem se ravno dobro ogrel, seveda z obveznim postankom in trenutki tihe umaknjenosti v spomine in koščke praznine, ki so jo pustili nosilci imen, vklesanih v spominsko ploščo na veliki skali, ki se je v sredo gozda bogve kdaj privarila iz storžiške stene. Znanci, prijatelji, gorniški učitelji, splezalci. Nešteto preizkušenj, zahtevnih in predvsem lepih skupnih doživetij ostaja v spominih, deloma tudi zapisanih, čeprav so odšli. Pravzaprav so ostali tam, od koder se še živeči v doline vračamo tudi zato, da bomo lahko spet odhajali nazaj. V Himalajo, v Alpe, v domače gore, v druge, drugačne svetove...

Vzpon v severni steni Storžiča je bil užitek, zabeljen s hitrim globokim dihanjem, popolno koordinacijo telesa in hkratnim intenzivnim doživljanjem okolja. Plezanje ni bilo težko, še posebej ob dejstvu, da sem poznal skoraj vsak stop in oprimek. A zavest, da ne smeš zdrsniti ali celo pasti, kljub domačnosti vedno poskrbi za primeren odnos. Grožnja napovedanih neviht se ni uresničila, gobasto napihnjene kumulusi v bližnji in daljni okolici so ostali dovolj visoko na nebu, pretežno beli in suhi, nenevarni, pa tudi sončne žarke so pogosto spustili do zemlje. Na vrhu Storžiča sem ostal le nekaj intenzivnih, samotnih trenutkov, ko se je spet zdelo, da čas ni merilo količine in intenzivnosti doživetja. Ure in ure ždenja na vrhu, razgledovanja in razmišljanja, kadar imaš čas, se lahko zgostijo v intenzivne trenutke, morda minute, kadar nimaš časa, ko le zajameš poln požirek vsega, vsrkaš in sprejmeš, potem pa se moraš, nerad in

z željo ostati, obrniti in sestopiti. Za prihodnost kljub hitenju lahko ostane veliko neprecenljivega.

Tudi sestopil sem po severni steni, kot že mnogokrat. Hitreje in zanimiveje je, kot hoja po markirani poti, plezanje navzdol zahteva še več zbranosti in še boljšo koordinacijo telesa. Skoraj obvezen je bil postanek na Prestolu, najlepšem, z mehкими travami in cvetličnim vrtom okrašenem prostorčku visoko v steni, na izpostavljenem pomolu med prepadi, s čudovitim razgledom na Julijce in osrednje Karavanke na zahodu, na gozdna prostranstva tržiške občine spodaj, na mogočni greben Košute, ki zapira severno obzorje, na še marsikaj. Pogosto tudi nase, kadar je dovolj časa za odklop v miru in tišini. V grapi Kramarjeve smeri je bilo še veliko snega, zato sem si privoščil vratolomno »smučanje« po zlizanih podplatih pohodnih čevljev. Bilo je v nasprotju z vsem, kar učimo obiskovalce gora, tudi cepina nisem imel, ampak v gorah je še pomembnejše od upoštevanja varnostnih pravil, da odlično poznaš svoje zmožnosti in omejitve, da znaš preceniti vse okoliščine in da si popolnoma zbran na tukaj in zdaj ter seveda, da v popolnosti obvladaš gibanje. Kontrolirana divja vožnja je bila posledica desetletij smučanja, od mladostnih tekmovanj do kasnejših alpinističnih in ekstremnih smukov, desetletij podobnega početja na snežiščih in v grapah, in zato seveda polna užitka. Tudi na Bivaku sredi stene je bil postanek skoraj obvezen, vsaj za bežen stik s še vedno mogočnim razgledom in z množico spominov na ta, za tržiške alpiniste posvečeni kraj. Koliko mladostnih norčij, divjih neviht, čarobnih večerov v samoti ali v dvoje, koliko bežnih ali vseživljenjskih zgodb se je napletlo v tej leseni hišici sredi prepadov!

Spet v hrib, v zrak

V tihem, mogočnem gorskem gozdu pod Storžičem sem se ustavil, umiril, zajahal motor. Med vožnjo navzdol sem se spet naužil prijazne lepote Lomske doline in kar prehitro iz gorskega doma pripeljal v svoj uradni dom. Sredi popoldneva sem se prelevil v kuharja in takoj nato v požeruha, ki je na domači terasi s čudovitim pogledom na Julijce obilno nadomeščal v Storžiču porabljene kalorije, skoraj prepričan, da bo preostanek dneva minil v sproščenem uživanju. In sprva je res kazalo tako. Joga nidra, v približku prevoda jogijski spanec, katerega ena ura naj bi nadomestila, v marsičem pa presešla več ur običajnega spanca, me je približala večeru. Takrat je s svojega izobraževanja prišla žena in mi takoj, kar ji v takih primerih ni težko, spremenila načrte. Bi šel še enkrat v hrib? Seveda, še posebej ob dejstvu, da bom tokrat nesel s seboj jadrarno padalo. In tako sva odrinila v pobočja Kriške gore, jaz oprtan z velikim nahrbtnikom. Ob veliki motivaciji za novo turo v dragoceni družbi in nadaljevanje v zraku je prijetna storžiška utrujenost hipoma izginila.

Po 16 letih premora, ko mi je bil edini stik z jadralnimi padalstvom reševanje ponesrečenih padalcev in občasno ubujanje spominov na izjemna letalska doživetja in dosežke, sem letos spet začel leteti. Brez tekmovalnih in drugih ambicij, a z velikim navdušenjem po ponovnem uživanju v najlepšem gibanju, po raziskovanju čudno domačega mi medija in moje malenkosti

v njem. In tako sem pred nekaj meseci postal nekakšen čuden zelo izkušen začetnik, ki je v poldrugem desetletju marsikaj pozabil in mora obnoviti ali pa se naučiti na novo, hkrati pa se še spominja časov, ko je bil državni prvak in državni rekorder v zmajarstvu in jadralnem padalstvu, pa prvi Slovenec z zmajem in padalom v Himalaji ter še marsikaj. Iz globin zavestne, načrtovane, dolgotrajne pozabe se le počasi prebujajo letalski refleksi, izkušnje in znanje, do nekdanje suverenosti v zraku je še dolga, morda predolga pot. Zato je bil polet z vzletišča v Gozdu, ko sem ravno še ujel zadnje zdihljaje z večerom pojemajočega vzgornika, tudi začetniško vznemirljiv. Kratek, šest intenzivnih minut, a sladek. Nič se ne more primerjati s prostim letenjem.

Ko sva se vrnila domov, se je sobota dokončno prevesila v večer. Dan je bil lep in intenziven, mozaik marsičesa, kar mi izpolnjuje, osmišlja ali vsaj oplešuje življenje. Sproščeno uživanje v dvoje se je obetalo tudi v nadaljevanju. Potem pa je zazvonil telefon...

Sobotni večer

Na zaslonu je utripala številka, ob kateri me vedno stisne. »Nesreča visoko v Kamniških, hudo poškodovan planinec med Grintavcem in Skuto, Kamničani nimajo svojega zdravnika, tudi nihče drug se ne javi...« je sporočal dežurni operativec v centru za obveščanje. Seveda, dežurstva helikopterske ekipe za gorsko reševanje na Brniku se bodo začela šele čez nekaj dni, do takrat v primeru nesreče iščejo prostega zdravnika letalca po pozivnikih in telefonih. Če se nihče ne oglasi, so težave.

V trenutku se je vse spremenilo, konec je bilo komaj dobro začetega večera v dvoje, stekel sem v terenca, ki je vedno poln medicinske in reševalne opreme, se zapeljal do travnika na robu vasi in bil zadovoljen, da sem bil pripravljen na akcijo, ovešen in oprtan z vso opremo, še pred prihodom vojaškega helikopterja. Tuhtal sem, kaj bomo s helikopterjem sploh lahko naredili, saj se bo kmalu stemnilo. Ko smo leteli proti Kamniku pobirat reševalce, je bilo razlogov za napetost in skrb več kot dovolj. Mračilo se je in lahko se bo zgodilo, da zaradi teme sploh ne bomo mogli izpeljati helikopterskega reševanja. Alternativa bo celonočno peš garanje. Ga bo hudo poškodovani planinec sploh preživel? Tudi lokacija ponesrečenca ni bila čisto jasna. Za zdravnika je teža stanja ponesrečenca seveda med največjimi negotovostmi pri vsakem gorskem reševanju. Zbuja usodna vprašanja: kaj bo potrebno in kaj nujno storiti? Kaj bo sploh možno storiti na kraju samem? Koliko bo potrebno tvegati... in tako naprej.

Že v polmraku smo na travniku pred Kamnikom pobrali dva domača reševalca. Vesel sem ugotovil, da je eden od njiju Primož, izkušen zdravnik gorski reševalec, sicer kirurg, ki se je »našel«, medtem ko me je helikopter letel iskat v Križe. Kadar gre za hude poškodbe v zahtevnem terenu, je dovolj ali preveč dela tudi za dva zdravnika. Zdravstveni tehniki in drugi medicinsko usposobljeni reševalci, katerih pomoči smo vajeni iz vsakodnevnega dela v nujni medicinski pomoči v urbanih krajih, so med



Na prestolu v steni Storžiča.

gorskimi reševalci letalci žal zelo redki. Praviloma je zdravnik na intervenciji v gorah sam, edini medicinec in pri oskrbi pacienta nam pogosto manjkajo izkušene roke in druga strokovna pomoč. Zato in zaradi drugih zahtevnih okoliščin je oskrba bolnikov in poškodovancev v gorah pogosto mnogo zahtevnejša kot v urbanem dolinskem okolju...

V polmraku smo poleteli proti že skoraj črni gmoti Kamniških. Znane silhuete Grintavca, Štruce, Skute in drugih dvatisočakov so pred nami počasi rasle kot ogromen razbrazdan val in se stapljale z brezoblačno gladino ugašajočega neba. Lep, a v obetih bližnje prihodnosti kar malo grozljiv prizor. Kup izzivov je bil pred nami, pri vsakem bi se lahko kaj zalomilo, veriga vseh bo vplivala na uspeh, lahko tudi na preživetje. Ponesrečenca bo treba najti, nato priti do njega, ga oskrbeti, dvigniti v lebdeči helikopter, skrbeti zanj med poletom do predaje kolegom v bolnišnici. Poznavanje terena se nam je tudi tokrat obrestovalo, saj smo kljub mraku po nekaj minutah zoprnega obletavanja grebenov in ostenij našli skupino z domnevnim ponesrečencem. Seveda so bili temno oblečeni, da jih je bilo iz zraka še težje zagledati. Močan veter je onemogočal varen dolet helikopterja, saj je ponesrečenec ležal v zaprtem žlebu. Nad njim stena, pod njim stena. Premalo vzgona, premalo prostora za takojšnji umik helikopterja v primeru težav. Nismo se mogli približati mestu nesreče, po več poskusih pa je pilot uspel zalebdeti visoko nad dnom žleba, ki se je iztekal v prepad. Z reševalcem sva se pripela na jeklenico. Sledil je zoprn dolg spust, zabeljen z nihanjem in vrtenjem. Kar trajal je in trajal, preden sva se lahko oprijela rušja v strmini, se odpela z jeklenice in se pognala navkreber. Sto višinskih metrov strmine s težko opremo na ramenih naju je dodobra upehalo. V poltemi sva prisopihala do skupine Čehov. Njihova negotovost, strah in upanje so bili skoraj otipljivi. Kratek orientacijski pregled v šibki svetlobi čelne svetilke mi ni dal dosti odgovorov. Nobenih vidnih zlomov ali drugih poškodb, komunikacija je bila zaradi njihovega skromnega znanja angleščine težavna. Splošen vtis, občutek, klinična ocena



Bivak v steni Storžiča.

ali kakorkoli rečemo temu, česar nas niso naučili na fakulteti ali kje drugje, pač pa smo se priučili v dolgih letih prakse na terenu, pa je bil slab. Mladenič je bil prizadet, *nekaj* se je dogajalo, zanesljivo v trebuhu, morda tudi v glavi. Medtem se je stemnilo, bili smo v žlebu več kot dva tisoč metrov visoko. Pilot naju z reševalcem pred dobre četrt ure, ko se je vsaj še kaj videlo, ni uspel spustiti do ponesrečenca, pač pa sto metrov nižje. Kako šele naju bo s ponesrečencem pobiral z mesta nesreče v temi, sem se zaskrbljeno spraševal. Nesrečnika zaradi teme, strmine, prizadetosti in še česa ne bi mogli dovolj hitro prenesti na helikopterju dostopnejše mesto. Klasično reševanje pa bi trajalo celo noč in vprašanje je, če bi nesrečnik to preživel. V zgoščeni obliki sem to po radijski zvezi povedal pilotu z upanjem, da bomo našli skupno rešitev. Jasno je bilo, da štejejo minute in da nimam nobenega časa karkoli delati s ponesrečencem, razen osnovne priprave za dvig v helikopter. Torej doktrina »poberi in steci«, ki je ne maram, a v gorah včasih drugače ni možno. Pilot se je odločil, da bo Primoža z vso nujno opremo odložil v Kamniški Bistrici, saj lažji helikopter pomeni lažje manevriranje in več rezerve v kritičnih situacijah. Potem se bo vrnil in poskusil zalebdeti nad nami.

Kot slabo okrašena, bobneča novoletna jelka z nekaj utripajočimi lučkami se je približeval iz doline. Vznemirjenje je naraščalo. Če ga ne bomo uspeli dvigniti v helikopter, se bo ponesrečencu slabo pisalo. Najbrž kar najslabše. Mojstrsko, najbrž tudi precej tvegano letenje je končno privedlo do tega, da so naju pobrali z mesta nesreče, seveda s pripadajočim nihanjem, vrtenjem in drugo zoprno skoraj do konca iztegnjeno jeklenico. Ko sva bingljala v zraku, prepadov pod nama zaradi teme nisem več videl, le rohneči stroj z utripajočimi lučkami je postajal vse večji in zelo težko sem čakal, kdaj se ga bom oprijel in naju zvelkel na krov. V Kamniški Bistrici smo pobrali še Primoža z vso medicinsko opremo in odleteli proti Ljubljani.



Severna stena Storžiča.

Preživetje, nedelja, smrt

Ob desetih zvečer, seveda že v nepredirni temi, me je helikopter odložil na kriškem polju. Ko sem doma uredil medicinsko in reševalno opremo ter nato z meditacijo za silo še sebe, se je iztekla zadnja sobota letošnjega maja. Preostanek noči bo kratek. Jutri zgodaj zjutraj bom začel 24-urno dežurstvo v Zdravstvenem domu Tržič. V nedeljo, ko večina počiva. Po tako intenzivni soboti in napornem delovnem tednu pred njo bi bolj kot karkoli drugega potreboval počitek. V nedeljo, katero si bom poleg »običajnih« dežurnih obremenitev v zdravstvenem domu in na terenu zapomnil predvsem po tem, da se bom moral pozno popoldan, utrujen, v veliki stiski, negotovosti in skrbi, spet vkrati v reševalni helikopter. Zapustiti zdravstveni dom med dežurstvom ni enostavno, a ker bo intervencija v naši občini in ker bom spet edini takoj dosegljivi zdravnik, usposobljen za reševanje s helikopterjem, si bom to lahko in moral privoščiti. Odleteli bomo v severno steno Storžiča, kjer sem plezal včeraj. Tam bodo pogrešali mojega dolgoletnega soplezalca in prijatelja, pa tudi pacienta Janka. Sam je navsezgodaj odšel plezat, tako kot jaz dan poprej. Ob napovedanem času se ni vrnil in ko je po nekaj urah stiska in negotovost staršev postala prevelika, so klicali gorske reševalce. Stekla je iskalna akcija, čeprav smo nekateri slutili, da ne bo šlo samo za iskanje. Tržiški gorski reševalci so se v Storžič podali s terenci in peš, midva z gorskim reševalcem policistom pa s helikopterjem. Vsi

z bremenom skrbi in usodnim, še neodgovorjenim vprašanjem: kaj je z našim Jankom, zakaj se še ni vrnil, zakaj se ne oglašja na telefon?

Prvi ga bom zagledal in po skoku iz lebdečega helikopterja bom prvi pri njem. Ležal bo med skalami na dnu strmega snežišča, sredi storžiške stene, kjer se bodo še poznale moje včerajšnje sledi smučanja po čevljih. Le lučaj proč od našega Bivaka. Ko bo helikopter še bobnel nad mano, se ga bom, klečeč in nizko sklonjen, da me siloviti piš vetra ne bi odpihnil v prepad, dotaknil z upanjem, da se bo zganil. Da bom kot zdravnik in prijatelj lahko še kaj storil, da ga bomo vrnili v dolino, v življenje. Ko bo helikopter odletel, pa bom v moreči tišini ugotovil, da je, tako kot sta pred nekaj leti Filip in Janez, pred nekaj urami odšel tudi Janko. Tretjič v zadnjih nekaj letih, v isti steni, v isti plezalni smeri, bom kljub vsej zdravniški opremi in znanju nemočen ob trupu tržiškega alpinista. Tudi z Jankom ne bova nikoli več skupaj plezala ali si delila česar koli drugega. V skromno uteho mi bo le novica, da je včeraj hudo poškodovani češki planinec preživel.

Večerno in nočno nadaljevanje dežurstva v zdravstvenem domu mineta kot v težkih, morastih sanjah, iz katerih ni mogoče pobegniti nikamor drugam, kot le še globlje vase. Ko bo čas in priložnost za to. Do takrat, do konca dežurstva, pa je ne glede na prizadetost, stisko in utrujenost potrebno funkcionirati optimalno: zbrano, strokovno, prijazno...

E-naslov: itomazin@siol.net

Tradicionalni pohod na Okrešelj

Okrešelj, Logarska dolina, Potočka zijalka, Fidov gaj

Željko B. Jakelič

Napočil je čas tradicionalnega pohoda na Okrešelj. Letos mineva petnajst let – kako čas teče – od največje nesreče med slovenskimi gorskimi reševalci, ko se je 10. junija 1997 na usposabljanju na grebenu Turske gore smrtno ponesrečilo pet reševalcev. Kot vsako leto do sedaj, so zdravstveni delavci ZD Jesenice in člani Gorske reševalne službe (GRS) tudi letos (22. septembra 2012) organizirali tradicionalno spominsko srečanje v spomin na prijatelja in zdravnika ZD Jesenice, dr. Janija Kokalja. Številni pohodniki so se odpravili na Okrešelj z željo, da bi se poklonili ne samo našemu prijatelju, temveč tudi drugim ponesrečencem, ki so se leta 1997 med rednim usposabljanjem gorskih reševalcev smrtno ponesrečili v ostenju Turske gore nad Okrešljem.

Spomin na ponesrečene oživljajo zdravstveni delavci in prijatelji dr. Kokalja ter tudi prijatelji drugih ponesrečenih. Policisti imajo Brajnikov memorial na Jezerskem, kjer vsako leto organizirajo turno smučarsko preizkušnjo. V spomin na Janija Kokalja poteka vsakoletno strokovno srečanje splošnih zdravnikov. Primorski in zamejski gorniki obujajo spomin na Borisa Mlekuža.

Številni pohodniki so se v zgodnjih jutranjih urah, ko je bila še tema, zbrali pred ZD Jesenice. Kot je bilo napovedano, se je obetalo izredno lepo vreme, ki je pohodnikom tudi letos omogočilo ogled čudovitih Kamniško-Savinjskih Alp.

Letošnji načrt in zamisli organizatorja so bili zelo domiselni! Glede na vremenske razmere, zaradi zapadlega snega, ki se je še obdržal, se je načrt nekoliko spremenil. S to odločitvijo smo se strinjali predvsem v situaciji, ko se ne ve, kako se bodo določeni pohodniki znašli v težavnih vremenskih pogojih. Sleherni zdrs oziroma padec je namreč lahko usoden. Nekateri pohodniki so se zaradi spremembe načrta kar oddahnili, zavedajoč se, da je pot (4 do 5 ur) zelo dolga in je za pohod treba imeti tudi nekaj kondicije. Pripomb na spremembo načrta ni bilo. Načrt in odločitev smo, zaradi velikega tveganja poškodb, tudi sprejeli! Pa vendar... Nekateri so se s to odločitvijo strinjali, medtem ko so nekateri... no, pač, tako je!!!

Organizator je imel tudi alternativni načrt! O tem... pozneje!

Letošnja pot nas je vodila skozi tradicionalni Kamnik, ob Kamniški Bistrici, čez Črnivec, skozi Gornji Grad, Luče... vse do Krajinskega parka Logarska dolina in slapa Rinke, od koder smo se po lažji in nekoliko manj zahtevni poti napotili proti domu na Okrešlju. Vreme in primerna pot sta bila čudovita, kar je bila tudi priložnost za boljše medsebojno spoznavanje pohodnikov. Vreme je omogočilo občudovanje harmonije ljudi in narave. Čudovit razgled na vršace je zameglil številne nakopičene težave tako v službah kot v... In sami veste, zakaj se gre! Ali? Pohod na Okrešelj je bil za nekatere udeležence naporen. Organizator je predvidel tudi to, tako da je tudi te z upočasnjem

vzponom, številnimi šalami in smehom pripeljal do cilja, spominskega obeležja.

Samo Cuznar, kot reševalec in sam udeleženec usposabljanja tragičnega leta, nam je na pohodu podal podrobne in številne informacije o poteku, nastanku in mestu tragične nesreče. Po prihodu vseh pohodnikov na Okrešelj je sledilo obujanje spominov na tragično preminule in tradicionalno polaganje venca in sveč. Na ta način smo preminulim izkazali dolžno spoštovanje.

Sledila je vrnitev do Frischaufovega doma (1396 m). Prof. Johannes Frischahuf (1837–1924) je bil profesor na graški univerzi, neutrudden oznanjevalec lepote Savinjskih Alp, humanist in prijatelj Slovencev. Tam smo imeli malo svečanost. Kot se spodobi, so bili udeleženci, ki so prvič prišli na Okrešelj, po planinskih navadah krščeni. Prizor je pospremičilo veselo vzdušje prisotnih obiskovalcev doma. Šala in prizori so uspeli, kar so s svojim smehom potrdili tudi krščenci! Ja, tako je, ko prvič prideš na kakšen vrh!

Glede na dejstvo, da nas je čakalo še nekaj obveznosti, smo se, kljub še vedno..., odpravili proti avtobusu.

Iz Logarske doline smo se napotili proti Fidovemu gaju, kjer nas je čakalo presenečenje, ki nam je bilo tudi obljubljeno. Organizator se je zmenil za ogled Dediščine ljudske modrosti v Gostišču in muzeju Firšt. Tam je na voljo tudi manjši seminarski prostor, kjer je bila pripravljena tudi predstavitev in razstava o Potočki zijalki in razstava Zdravje bolnikov – ljudsko zdravilstvo v zgornji Savinjski dolini. Potočka zijalka je jama, ki leži na nadmorski višini 1700 metrov v jugozahodnem pobočju gore Olševe nad Logarsko dolino. Pred približno 20.000 do 40.000 leti, v kameni dobi, naj bi bilo tu središče tedanjih lovcev. Izkopavanja so se pod vodstvom Srečka Brodarja (1893–1987) pričela leta 1928. Tu so bile najdene kosti več kot 40 različnih vrst



Udeleženci pohoda (foto Željko B. Jakelič).

živali (med drugimi lobanja jamskega medveda), 130 kamnitih konic puščic in številni drugi predmeti.

Sledila je predstavitev Fidovega gaja. Na pragu Logarske doline se v slikovitem naravnem okolju skriva tematski park Fidov gaj – Dediščina ljudske modrosti. Fidov gaj predstavlja izjemno zapuščino solčavskega zdravilca Vida Strgarja – Fida (15. junija 1836, Solčava – 1922). V Solčavi še pomnijo zdravilca in po njihovem mnenju moža nerazumljivih sposobnosti, Vida Strgarja, ki so ga domačini imenovali Fida. Okoli tega izredno učenega človeka, obvladal je nemščino in latinščino, še danes krožijo razburljive zgodbe. Njegova učenost kljub temu, da se točno ve, kaj in kdaj se je šolal, kaže na morebitno šolanje v semenišču ali vsaj gimnaziji. Napisal je izjemno zanimivo in strokovno knjigo Zdravje bolnikov. Vendar se pri 27 letih, po vrnitvi v domači kraj, ni imel kam vseliti, ker je bil nezakonski otrok, zato je poiskal zatočišče v zijalki, skriti v skalovju nad sedanjim gostiščem in muzejem Firšt, kjer je preživel devet let. Po njem se ta jama imenuje Fidova zijalka. Za Fida se govori, da je točno napovedal

svojo smrt. No, to so samo... Osrednja zanimivost Fidovega gaja so: stara oferija, Fidova zijalka, vrt zdravilnih rastlin, travniški sadovnjak ter sprehajalno-učna pot. Predstavljena snov nam je bila všeč. Ostalo nam je še nekaj časa za ogled številnih posterjev in dokumentov, ki so podkrepili skrbno izbrane prispevke.

Po predstavitvi Potočke zijalke, ogledu razstavnega prostora in gostilne je bil že čas, da se napotimo proti domu.

Zaradi zelo vijugaste ceste, ki nas je pripeljala v Logarsko dolino, smo spremenili smer odhoda proti Jesenicam. Namesto da bi šli proti Gornjemu Gradu, smo se napotili ob Savinji proti Nazarjam, Mozirju (Arboretum Savinjski gaj), Trojanam in nazaj proti piceriji Botana, ki je bila že naš tradicionalni cilj. V veselem razpoloženju smo, srečno, končali tudi letošnji obisk v spomin na naše tragično preminule kolega na Okrešlju.

Praden končam letošnji prispevek, bi izrazil priložnost in izrazil dolžno hvaležnost članu GRS in organizatorju Samu Cuznarju za potrpljenje pri vodenju in pri organizaciji letošnjega pohoda.

Generacija medicincev, ki smo se na fakulteto vpisali leta 1962, je proslavila 50-letnico vpisa

Dušan Sket

Zbor je bil v soboto, 6. oktobra, ob 9. uri v ljubljanskem Tivoliju. Od tod smo z avtobusom krenili na Kras. Prva postaja je bila v Tomaju, kjer so nas pričakali kolegi z Obale na čelu z organizatorjem srečanja primarijem Pišotom, z njimi pa so bili tudi tisti, ki so se pripeljali s svojimi vozili. Bilo nas je 50. Pravšno število za 50-letnico vpisa na Medicinsko fakulteto. V Tomaju smo si ogledali hišo družine pesnika Srečka Kosovela. Nadaljevali smo v Dutovlje, kjer smo pri Lisjaku obiskali vinsko klet, dobili prigrizek in opravili pokušino šampionskih vin, ki je dvignila sicer že tako dobro razpoloženje na še višjo raven.

Nadaljevali smo v Koper, kjer nas je simpatična vodička popeljala po ulicah starega mestnega jedra, v stolnico in pretorsko palačo. Kosilo smo dobili v gostilni »Al Mulino« pri Ankaranu. Ob eni sami veliki skupni mizi in na svežem zraku smo ob dobri hrani in domači kapljici posedeli do mraka. Veliko smo si imeli povedati. Seveda smo imeli tudi govornico in govornika. Prva je obudila spomine od naših prvih korakov na Medicinski fakulteti pa do zaključka študija in do naše poklicne življenjske poti. Ker pa pri takšnih srečanjih ne gre brez šale, je drugi govornik poskrbel za bolj zabaven nagovor. Seveda smo se spomnili tudi kolegice in kolegov, ki so nas že zapustili, bilo jih je 20. Pri obujanju spominov smo vzdržali do mraka, ko je napočil trenutek slovesa. Primorci so ostali na svojem, drugi pa smo se z avtobusom vrnili v Ljubljano.

E-naslov: dusan.sket@mf.uni-lj.si



Pred koprsko stolnico.



Pogovor med kolegi.

Literarno kolesarjenje v poletju 2012

Marjan Kordaš

Splošno je znano, da morajo starci (samo starci; starke, kot je znano, ne obstojijo) vzdrževati svojo fizično in psihično (umsko, duševno, duhovno) dejavnost. Kar zadeva mene, sem še kar zadovoljen; tudi zato, ker se mi zdi, da se moje zadovoljstvo (z leti) povečuje.

Ta izjava se mi pa zdi protislovna; ni izključeno, da postajam nekritičen – da kakih degenerativnih procesov v svojem osrednjem živčevju sploh ne omenjam. Se pravi, svoje zadovoljstvo s tovrstno dejavnostjo v letu 2012 velja izmeriti, kritično ovrednotiti ter primerjati s prejšnjimi leti.

Explicite, skladno z naslovom, se bom spodaj omejil samo na kolesarjenje in branje ter samo na obdobje julij–avgust 2012. *Implicite* pa bo dovolj pozoren bralec opazil vse moje druge dejavnosti. Po mojem nadse uporabne za upokoјence, tudi kolege. Za upokoјene kolegice pa si ne upam tvegati nasveta. Resnična resna omeјitev je čas. Čas, kot je znano, je (edina) ireverzibilna količina (spremenljivka) v življenju in prava umetnost je, kako med počitkom od branja kolesariti oz. kako med počitkom od kolesarjenja brati. Da ne omenjam kuhanja ter vsega bolj ali manj užitno (s)kuhanega tudi pojediti ter ponoči (tudi) spati. Vmes redno servisirati dve (dve!!; glej spodaj) kolesi; za nastavljanje zavornih oblog kolutnih zavor sem si z leti sicer izmislil nekaj sijajnih, skoraj bliskovitih bližnjic, a npr. demontaža stare ter montaža nove, izvrstne verige *Wippermann* mi je vzela vsaj dve uri časa pred kolesarjenjem ter mi za naslednje naložila vprašanje, kaj storiti, če se strga vezni člen...

V juliju 2012 sem največ kolesaril sam, ob sobotah in nedeljah pa v prijetni ženski družbi (PŽD; glej vložek spodaj). Se pravi, v glavnem sem lenaril, prekolesaril svojo dolgoletno mesečno normo 500 km in bral razmeroma malo. V celoti samo dve, bolj *diagonalno* pa približno pet knjig v nemščini o 2. svetovni vojni. Najbolj presenetljiva je tista o zlomu nacistične 6. armade v Stalingradu. Nisem vedel, da je poveljnik Generalfeldmarschall Friedrich Paulus načrtoval preboj (umik) iz mesta ter da je v ta namen uničil vse težko orožje ter zaloge hrane, obleke ter streliiva. Potem se je pa vmešal Hitler, preboj iz mesta prepovedal in 6. armada se je soočila s pomanjkanjem vsega tistega, kar je prej sama uničila.

V avgustu 2012 sem pa vseskozi kolesaril s PŽD, tako da me je prekosila (*»Dober učitelj vzgoji učenca, ki prekosi učitelja.«*) Njena kilometraža je bila, če se prav spomnim, 1028 km, moja pa komaj 1001 km...

Kvantitativno opredeliti kolesarjenje je dandanes prav preprosta reč. Pri meni vedno kilometraža, pri bolj zahtevnih pa časovni profil frekvence srca ter profil nadmorske višine (vključno z vsoto višinskih razlik). Npr. kolesarjenje Bitnje–Stara Fužina–Koprivnik–Rudno polje in nazaj je dolgo več kot 60 km in ima vsoto višinskih razlik več kot 1000 m.

Kvantitativno opredeliti branje pa je dandanes enako problematično kot pred stoletji. Se pravi: v juliju in avgustu sem prebral 11 knjig, skupna teža približno 4 kg, skupna višina 31 cm, vsega skupaj več kot 1500 strani. A vse to je v bistvu zavajajoče. Npr. znamenita *Traumnovelle* (Sanjska novela) Arthurja Schnitzlerja v *Reclamovi* izdaji je drobna knjižica, manjša od žepnice. Branje pa je izjemen užitek napora (ali napor užitka) Schnitzlerjeve avstrijske (dunajske) nemščine ter iskanje sporočila. In ko je tega konec, se zbrati, usesti se za računalnik in napisati recenzijo... Vsega skupaj sem napisal tri, vse že poslal in držim fige, da bo naš urednik dobre volje in da ne bo fige...

Navadno rečemo *»...dobre reči so tri...«*; v zapisu spodaj bom torej poskusil opisati

- tri najbolj zanimiva kolesarjenja ter
- tri skupine izvrstnih knjig, o katerih sicer nisem napisal recenzije, so pa zame zanimive tudi zaradi načina, kako so dobesedno prijadrle do mene. Se pravi, v mojem zapisu spodaj gre, literarno gledano, za t.i. *zgodbo v zgodbi*. Zato sem jo tudi ustrezno formatiral. Bralec jo seveda lahko preskoči, še posebej zato, ker med drugim opisuje mojo vpletenost v dejavnost, ki jo slovenska oblast utegne šteti za korupcijo:

Spomladi 2010 je šla v stečaj neka znamenita slovenska tiskarna. PŽD se je po svojih skrivnih zvezah prebila do stečajnega upravitelja, ga omrežila ter dobila dostop do dela stečajne mase, knjig. Dobila dovoljenje, da vzame (si prisvoji, izmakne, ukrade) toliko knjig, kolikor jih lahko odpelje s svojim avtom. To je tudi storila ter se kmalu potem, prekrita s skoraj desetletnim prahom vskladiščenih knjig, pojavila pred našim inštitutom. Če je osebni avto registriran za pet oseb in če ima sodobna oseba (odrasel moški, debeluhar, s povečano vsebnostjo plazemskih lipidov ter vsaj prediabetesom tipa II) npr. 100 kg, je bilo v tem avtomobilu naloženih za vsaj 500 kg(!) knjig. Prestrašen zaradi očitne preobremenjenosti sem od PŽD zahteval, da mora nujno svoj avtomobil obremeniti bolj enakomerno, in tako sva se lotila prekladanja knjig. Na srečo naju pri tej sumljivi dejavnosti ni opazil prav nihče iz KC (saj je bila sobota dopoldne!) in medtem ko sva prekladala knjige, sem si jih ogledoval... Ko sva knjige preložila, je ob avtu ostala skladovnica za kakih 100 kg knjig, darilo PŽD. Odnesla sva jih v moj laboratorij ter jih vskladiščila v digestoriju, ki se ni podrl. In potem sem kak teden dni lahko občudoval, kako imenitne knjige – večinoma v nemščini, nekaj pa tudi v angleščini – smo nekoč tiskali v Sloveniji...

V začetku avgusta 2012 se je zgodba nekako ponovila. PŽD se je pojavila pri meni na Bledu s svojim avtom ter s tovorom približno 400 kg knjig. Slednje sicer niso bile pri-svoјene tako kot zgoraj, temveč izposojene, a brez plačane

izposojevalnine oz. članarine. Na srečo lahko razkrijem nadrobnosti: Ta finančni zločin ne zadeva nobene knjižnice v Sloveniji, temveč *Slovensko študijsko knjižnico* v Celovcu. Tja slovenska sumničavost ne seže. Avstrijska policija pa se na srečo ne ubada z bedarijami slovenske vrste. Vrh tega se je ta transfer knjig iz Avstrije v Slovenijo izvedel z vednostjo in na pobudo direktorice (vodje, šefinje, šefle) te knjižnice, utelešene v PŽD. Se pravi, edini resnični problem je bil, kako knjige uskladiščiti v mojem prebivališču, ki je ena najstarejših hiš na Bledu, ne da bi se hiša, zgrajena leta 1874, podrla. Po kratkem posvetu sva 100 kg uskladiščila v prvem nadstropju, 300 kg pa v pritličju. Se pravi, na voljo sva imela skoraj celotno slovensko knjižno produkcijo leta 2012, množico nemških knjig, pomembnih za slovensko leposlovje, ter nekaj knjig, ki si jih je PŽD izposodila v celovski (nemški) knjižnici Delavske zbornice (*Arbeiterkammerbibliothek*). Sicer mi je pa PŽD povedala, da v Celovcu obstojita samo dve javni knjižnici. Kar pomeni, da *Slovenska študijska knjižnica* predstavlja 50 odstotkov vseh knjižnic v Celovcu...

No, morda sem pri masi knjig nekoliko pretiraval. A če bi naju s PŽD t.i. zunanji opazovalec zalotil *in flagranti* podnevi doma (tj. med počivanjem od kolesarjenja), bi najverjetneje uzrl tole: mene na postelji med branjem, PŽD pa med kupom knjig o teozofiji ter pred računalnikom z osnutkom članka o duhovnem svetu svetovne popotnice Alme Karlin...

1A. Najbolj pustolovsko je bilo kolesarjenje od Rateč do Mosta na Soči (86 km). Ker sva se odpravila zgodaj, je bilo sprva prijetno hladno, promet pa znošen. Za predor pod Predelom (tik nad Rabeljskim jezerom) sva imela oba utripajoči rdeči luči zadaj, jaz tudi luč spredaj. Vzpona do prelaza skoraj nisem čutil, PŽD, še brez kondicije, se je pa kar precej mučila in sem jo počakal na vrhu vsakega od treh ovinkov. Nato pa seveda (navzdol) brez težav, tako da sem v Logu pod Mangartom PŽD razkazal znamenito pokopališče iz 1. svetovne vojne. Učinek vročine ter naraščajočega prometa pa se je pokazal že pri Kluzah in se potem stopnjeval – oba mila vzpona pri Žagi ter Srpenici sta bila prav mučna – do Kobarida. Tu sva zavila na Napoleonov most ter na cesto na levem bregu Soče. A vročina je bila tu že pošastna in vse bolj pogosto sem čakal, da me je PŽD lahko dohitela. Tuhtal, kaj mi je storiti, če bo zastokala »...ne morem več!« Tolmin, čeprav s pekleno vročino, je bil nekakšna luč na koncu predora. Na železniško postajo v Mostu na Soči sva prišla približno ob 14.30. In potem ko je kupila železniški vozovnici (za dve osebi in dve kolesi), se je PŽD sesedla na postajno klop in dahnila najprej »...žejna...«. No, dandanes to ni težava in brž sem ji priskrbel eno plastenko vode (z okusom po vodi) in še eno plastenko vode (menda z okusom limone). Ne spomnim se, ali je popila eno ali obe, vsekakor pa je dahnila – kot pričakovano – še »...lačna...«. Tudi to ni bila težava, tudi zato ne, ker sem bil (jaz) tako zdelan, da nisem čutil ne lakote ne žeje. In takoj potem, ko je PŽD pojedla svoj sendvič,

je točno po voznem redu ob 15.00 prispel vlak. Sprevodnik je z najinima kolesoma sicer delal kot svinja z mehomo, a vožnja je bila prijetna. Izstopila nisva na Bledu, temveč na Podhomu. Zavila na Zasip in v gostilni *Pri Kureju* naročila ocvrte jurčke (bogate s holesterolom in trigliceridi) s solato. Popil sem eno celo steklenico piva in precej pivsko vrtoglav, pod budnim očesom PŽD, mimo policijske postaje na Bledu, sva oba varno prikolesarila domov. Vsega skupaj 92 km!

1B. Najbolj pustolovsko branje je bilo *Izbirne sorodnosti* J. W. Goetheja. Po eni strani zaradi izvrstnega prevoda, saj si sicer ne bi znal predstavljati, da je slovenščina zmožna tako baročnega izražanja. Po drugi strani pa zaradi načina pripovedovanja, ki nekako vzbuja radovednost. In to se vse bolj stopnjuje tako, da se proti koncu nekako zlomi ter da sem se začel spraševati, kdo je butec: jaz ali slavni J. W. Goethe. Zgodba je takšna: Eduard in Charlotte sta bila sanjski par. A potem je naneslo, da sta se razšla ter oba bogato poročila (on z drugo žensko, ona z drugim moškim). No, slednja sta kmalu umrla in zdaj bogat vdovec Eduard se poroči z bogato vdovo Charlotte. Srečno živita vse dokler se Eduard ne zaljubi v Ottilie, Charlotte pa (bolj previdno, a vendar) v nekakšnega stotnika. Med baročnimi zapleti Eduard po skrivnih hodnikih palače išče sobo ljubice Ottilie, a zgreši pot in se znajde pred vrati spalnice svoje zakonske žene Charlotte. Slednja pa, v pričakovanju ljubimca stotnika, odpre vrata. Tako se ne srečajo, kot pričakovano, vsi štirje ljubimci, temveč nepričakovano oba zakonca. No, Eduard ob pogledu na rahlo opravljeno soprogo očitno pozabi na svojo ljubico, se *vzburi* (hm!) in opravi svojo t.i. zakonsko dolžnost. Deklica, ki jo nato rodi Charlotte, pa nima potez svojih genetskih staršev, temveč poteze Ottilie (očetove ljubice) ter poteze stotnika (materinega ljubimca). No, morda sem v opisu te zmede naredil kako napako, a zakonske in ljubimske zdrahe se stopnjujejo skoraj do nepreglednosti. Končno »umreta« oba ljubimca (Ottilie in stotnik), tako da »ostaneta živa« le oba zakonca (Charlotte in Eduard), vendar se on odseli na svoje. *Izbirne sorodnosti* so menda najboljši Goethejev roman. Strokovnjaki se pa pripravajo, kaj je njegovo sporočilo: Ali nedotakljivost (svetega) zakona – ali nedotakljivost (svobodne) ljubezni. Knjigo je vsekakor vredno prebrati, premišljevat o tistem času, primerjati z Linhartovim *Matičkom* ter soditi po svoje.

2A. Najbolj nenavadno kolesarjenje je bilo od Kranjske Gore prek Predela do novega mostu čez Predelico in nazaj (65 km). Potem ko sva s PŽD med pošastnim odmevanjem nasprotnega prometa varno prekolesarila predor nad Rabeljskim jezerom, je črn avto s hamburško registracijo še dokaj varno prehitel PŽD, mene pa potisnil prav na rob ceste ob ograjo. Na srečo sem se ustavil brez padca. Ko mi je uspelo kljub strmini kolo spet pognati, me je pograbila sveta jeza. Pognal sem na vso moč, upajoč, da se bo lastnik avta na Predelu ustavil in se razgledoval. Prav živo sem si med kolesarjenjem navkreber predstavljal, kako ga dohitim in mu povem svoje. Takole: »Sie, Schwein...« (Vi, prasec...) ter tuhtal o učinkovitosti. Nato stopnjevanje, takole: »Du, Schwein...« (ti, prasec...) in ko sem poln (nor)adrenalina

pogledal na merilec utripa, je kazal 169/min, ki je padel na 155/min, pa navzgor, pa navzdol. Ker ni bilo nobene klinične simptomatike, sem poganjal na vso moč še naprej ter tako kar hitro prispel na prelaz. A prasec se je že odpeljal. Pravzaprav sem bil tega kar vesel; obrnil sem se in se odpeljal navzdol in PŽD nasproti. Sicer pa je poznejši izpis merilca pokazal, da je bila moja frekvenca srca takrat ne 169/min, temveč »samo« 163/min. Ni slabo, mar ne?

2B. Najbolj nenavadno branje so bile tri knjige (vse v nemščini): *Vermessung der Welt* D. Kehlmana (*Izmera sveta*, prevedena tudi v slovenščino), ter Arthurja Schnitzlerja *Reigen* (*Rajanje*, prevedena tudi v slovenščino) in *Casanovas Heimfahrt* (*Casanovova vožnja domov*, žal še ni prevedena v slovenščino). Prvi dve knjigi sem prebral že drugič. V *Izmeri sveta* je najbolj nenavadno, kako je Carl Friedrich Gauss v osnovni šoli na pamet in v nekaj minutah odkril algoritem, kako izračunati vsoto števil od 1 do 100. Ali kako sta se Alexander von Humboldt in Aime Bonpland v fraku, s cilindrom in v mestnih čevljih z gladkimi podplati povzpela do višine 5800 m na pobočju ognjenika Chimborazo. Knjiga *Rajanje* zajema deset pogovorov med moškim in žensko »prej« in »potem«. Osrednji je 5. pogovor, *Die junge Frau und der Ehemann* (*Mlada žena in soprog*), v katerem soprog »prej« od žene zahteva, da v svojem življenju ne bo nikoli občevala z žensko, ki ne bi imela brezhibnega (*tadellos*) življenja. »Potem« je tako vljuden, da svojo ženo poimenuje *mein Kind* (moj otrok). Kako se ta mlada žena vede z *mladim gospodom*, ljubimcem, soprog pa *sladko deklico*, ljubico, pa pripovedujeta 4. in 6. pogovor. Schnitzler je dramo napisal že leta 1897, založba Fischer pa si je leta 1899 zaradi spotakljivosti ni upala objaviti. Uprizorjena je bila šele v dvajsetih letih ter sprva s škandalom zaradi vmešavanja takrat že močnega nacizma. *Casanovova vožnja domov* pa ni knjiga te vrste. Schnitzler si je zgodbo izmislil, napisal pa jo je v slogu dogodivščin Giacoma Casanove ter v nemščini, v kateri sem užival celo jaz, v nemščini bolj slabo podkovan...

3A. Najbolj nepričakovano kolesarjenje je bilo od Kranjske Gore prek Trbiža in Bistrice na Zilji (Feistritz/Gail) do Šmohorja (Hermagor) v Ziljski dolini in nazaj (120 km). Pravzaprav sem vseskozi pričakoval, da bo PŽD odnehala in obrnila. Namreč, po najinem peklenskem kolesarjenju komaj dva dni nazaj se po mojem mnenju PŽD ni dovolj spočila – vsekakor sem jaz zaradi utrujenosti svoje noge prav pošteno čutil. A glej ga zlomka: PŽD ni odnehala in ni obrnila ne v Trbižu ne v Bistrici. Po eni strani je imela prav: od Čajne (Nötsch) naprej je bilo kolesarjenje čudovito, vseskozi med polji po kolesarski stezi ob (ne več zelo bistri) Zili. Hm, v Šmohorju bi bilo nebeško, če pred nama ne bi bilo druge polovice poti, še enkrat 60 km – nazaj. Vrh tega sem bil sestradan, a kolesarjenje s polnim želodcem bi pomenilo priti z dežja pod kap... Kar pomeni, da sva v Šmohorju pospravila vsak svoj sendvič (velikosti za nekaj

grizljajev) in se odpravila nazaj z mojo preskušeno kolesarsko taktiko, samo približno 18 km/h kljub temu, da je šlo sprva le rahlo navzdol. Če je mene utrujenost oplazila že v Šmohorju, je pa utrujenost PŽD kar usekala v Bistrici, ko se začne zmeren, a dobrih 20 km dolg vzpon prek Trbiža vse do Rateč...

3B. Najbolj nepričakovano branje je bila *Kratka zgodovina mite*. Zame docela nepričakovano spoznanje je bilo, da je verjetno *Homo sapiens sapiens*, in morda že celo *Homo sapiens neanderthalensis*, doživljal tisto, kar mu je bilo nerazumljivo. A človek ima inherentno potrebo, da vse doživlje no tudi *osmisli*. Zato si izmišlja mite, seveda z mitskimi osebnostmi in čez nekaj časa začne človek verovati, da gre za resnične dogodke v preteklosti. In mitske osebnosti imajo nadnaravne sposobnosti in od tu naprej je le še korak do božanstev ter Boga, do ver in religij. In da je tako človeštvo nekaj sto let pred našim štetjem, skoraj hkrati po vsem planetu, v t.i. *Osni dobi* (Axial age) odkrilo *zlato pravilo* etike »Ne stori svojemu bližnjemu tistega, kar nočeš, da on stori tebi«. Začetnik krščanstva je to izrazil z »Ljubi svojega bližnjega kot samega sebe«, najbolj silovit etični imperativ pa izhaja iz znamenite *Molitve sv. Franciška* »Svojemu bližnjemu stori tisto, kar želiš, da on stori tebi«.

Sklep I: Menim, da sem s svojim fizičnim in psihičnim stanjem (še vedno) lahko zadovoljen. 1000 km/mesec je sicer dosežek, a zahteva preveč načrtovanja, logistike in preučevanj vremenske napovedi. Zato se bom v prihodnje omejil na običajnih 500 km/mesec, kar pravzaprav niti ni tako malo. Vrh tega me čaka še nekaj dela pri simulaciji anevrizme miokarda in dokler se znajdem med elektronskimi vezji, se mi zdi delovanje mojega osrednjega živčevja še zadovoljivo.

Sklep II: Schnitzlerjev pristop »prej« ter »potem« zlahka uporabljam tako za kolesarjenje kot za branje.

Npr. pri kolesarjenju je najlepše »potem«, ko se neha. Ko se kolesar lahko naje ali celo nažre po mili volji, tudi soli in holesterola in trigliceridov in vseh preketih enostavnih in sestavljenih ogljikovih hidratov in – verjemite – se na teži ne pozna prav nič, nič, nič. In potem postelja in hamletovsko »spati, spat, morda sanjati...«

Tudi pri branju je najlepše »potem«. Razmisliti o sporočilu. Med zmernim kolesarskim naporom, ko je frekvenca srca manj kot približno 140/min, v mislih sestaviti osnutek za recenzijo. Se nato pogovarjati, ali preprosto sedeti na stopnicah pred hišo in opazovati ptičji par, sivega muharja, kako krmita mladiče, kako rastejo in vzletijo in kako je prej živahno gnezdo zdaj le še luknja v zidu.

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

Tako razmišljam o tem našem času

Eldar M. Gadžijev

»Klanjam se dobremu, klanjam se slabemu«

Kabir

Že dolgo ugotavljamo, da sedanja kriza ni le ekonomska, ampak tudi družbena, kriza vrednot in odnosov, moralna in etična kriza in predvsem kot tako jo doživljam tudi sam. Še verjamem v pravico govora in tiska, pravico do izražanja mnenja, verjamem, da še lahko kaj napišemo brez cenzure! Je pač tako, da če ne pričakuješ, potem tudi ne moreš biti razočaran. Pa vendar smo in tudi sam sem veliko in, kot kaže, preveč pričakoval.

Po osamosvojitvi sem pričakoval veliko predvsem od naše nove, demokratične, slovenske družbe, pa tudi od medicine v novih demokratično svobodnih in pravičnih razmerah. Manj sprememb sem pričakoval od kolegov in še manj od ljudi samih, saj sem enostavno verjel v že obstoječe dobro, v poštenost in solidarnost, ki se naj ne bi bistveno spremenili oziroma bi se v novih razmerah celo bolj izrazili. Sedaj pa bi bil lahko razočaran nad sodržavljeni, nad kolegi, se čutil prizadetega zaradi sedanjega stanja v naši medicini, nad tem, kakršna je v veliki meri postala, in še najbolj nad našo državo in zaradi tega, v kar je prešla naša družba. Seveda pa vem, da ne bi bilo pomembno, da sem kot nekoristen upokojenec razočaran. Žal smo vsi v glavnem pasivni, tihi, namesto da bi se naš protest proti vsemu slabemu, kar se dogaja, slišal čez devet hribov in dolin! In kaj sploh pomaga, če je človek razočaran? Bolje je poskušati razumeti in se zavedati, da so naše zavesti tako silno različne, da ima vsak svoj razlog, zakaj se odloči ali počne... Torej ni prostora za razočaranje, kar pa ne pomeni, da ni prostora in časa za protestiranje!

Pa vendar: Kam smo prišli? Kje smo? Kje so vrednote, kje ideali? Smešno? Imamo demokracijo!? Ha, ha, ha, kaj takega! In smo vključeni v Evropo, smo celo v NATO, za vedno rešeni groženj z vzhoda! In smo srečni zaradi tega, smo zadovoljni? Grozeča prikazen komunizma je umrla, kitajski komunizem se je »kapitaliziral«, diktatorje, ki so vendarle skrbeli za svoje narode bolj kot demokratične oblasti, so na željo globalistov pospravili, medtem pa so nas mediji prepričevali, da je tako prav. Ameriški individualizem, surov pohlep in pehanje za uspehom za vsako ceno so danes glavne vrednote. Uboga Amerika! Po grozljivem genocidu nad avtohtonimi prebivalci in uničenju starih kultur z blagoslovom Rimskokatoliške cerkve se bo najbrž prav vse začelo tam. Ali smo že kdaj pomislili, da je grozota problemov z drogami maščevanje za vse gorje, ki smo ga Evropejci z mečem, ognjem in križem zadali starim ljudstvom in kulturam Amerike, kjer so ljudje z drogami živeli brez problemov, ki jih poznamo danes? To je žal dežela, kjer so že bile in še bodo najhujše zemeljske katastrofe, čeprav se o tem skoraj ne sme govoriti in pisati. Čeprav prav tam poskušajo vplivati na vreme, se vmešavati v moči narave, se zdi, da bo tam narava najprej zahtevala svoje plačilo...

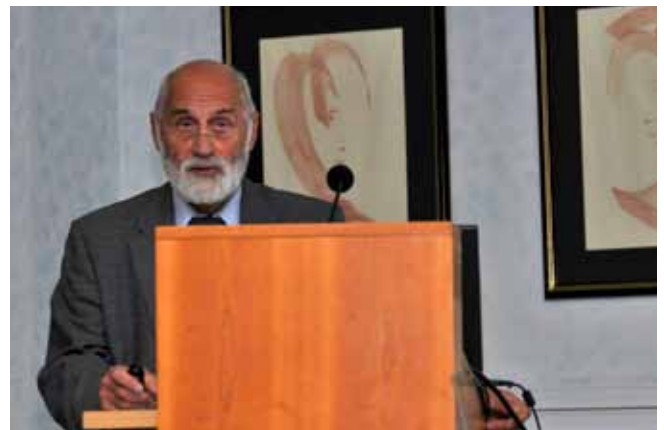
Vsi vemo, da so prav ameriški bankirji krivi za krizo po svetu, pa vseeno tukaj na tej strani Atlantika »kriza« ne pojenja, kar je njim na oni strani do neke mere celo prav, saj si ob že premočnih Kitajcih ne želijo še močne Evrope! Mi, Slovenija, pa smo v bistvu majčkeni

protektorat Nemčije, smo tisti mali, ki naj zategujemo pasove, plačujemo vse mogoče davke in čez 50 odstotkov tega, kar zaslužimo, dajemo državi, pomagamo Grkom, kjer zaslužijo več kot mi, in plačujemo položnice dobesedno za vsak »drek«.

Gospa Simona Toplak je pred časom napisala, da bodo tisti, ki do bančnih kreditov niso imeli pravice, ker so bili kreditno nezmožni, zdaj plačevali podporo taistim bankam, ki jim kreditov niso odobrile, in ne tisti, ki so kredite dobili in jih nikoli vrnili. Njo je sram, mene pa tudi, naše oblastnike pa kot kaže čisto nič! Ko bodo dovolj nagrabili, jo bodo pač pobrisali ven, pravijo.

Naša država, ki ima toliko prebivalcev kot predmestje večjega mesta, je grozovito požrešna, nenasitna in tudi krivična! In ker imamo državo, menimo, da moramo imeti vse, kar imajo velike države: vojsko z letalstvom in mornarico in svoja predstavništva po vsem svetu, lepe in drage protokolarne objekte, gradove, službena vozila s sirenami in brez... Tisti, ki so na takšnih in drugačnih pomembnih položajih, niso tam zaradi strokovnosti, ampak pretežno le zato, ker so pravim pomagali priti na oblast. In ko se menja oblast, pridejo za nagrado h koritu drugi, mi pa za vse to plačujemo. Zakaj? In zakaj ne rečemo že enkrat »Ne, dosti je!«? Povsod kazni in represija, samo na za tiste, ki so uničili številna podjetja, ki so pokradli največ in odnesli pokradeno v tujino in ki so vsih barv in odtenkov, pa so zaščiteni kot kočevski medvedi, ali ker so bili osvoboditelji, ali pa ker vedo preveč o politikih in njihovem maslu na glavah. Ne, bolj so zaščiteni, saj medveda občasno lahko tudi streljajo, posebej še, če napravi kakšno škodo!

Ali še veste, koliko in kaj vse so naši ljudje zgradili s samoprispjevki, koliko sredstvom so se nekoč odrekli, da so bile ustanove in tudi podjetja uspešnejši. Kdaj bo prišlo do »denacionalizacije« v tem smislu, da bodo ljudje, ki so dajali za »fabrike« in razne ustanove, dobili te nazaj? S certifikati so ljudi dobro zavedli in spretno zmanipulirali. Pahnili so jih ne zavedajoče se v kapitalizem in spretno izkoristili njihovo nepripravljenost ter omogočili spretnejšem bogatenje. Videti je, da vsi lažejo in najbogatejši največ kradejo. Male »lopove« policisti vklepajo v lisice in zapirajo, veliki lopovi pa v državi, ki je taka, kot



da bi jo imela v rokah mafija, mirni živijo naprej, nemoteni, zaščiteni, člani pomembnih združenj, prijatelji politikov. Zakonodaja je baje zaslužna ali bolje kriva za marsikaj, kar se je dogajalo, pa je nismo sposobni spremeniti. In ker je ne, je to dokaz, da oblasti odgovarja taka, kot je, taka, kjer je moč loviti v kalnem in kjer so velike barabe zaščitene, male pa zapiramo. In zakaj ne rečemo »Dosti je!«?

Zakaj ne spremenimo zakonov in, če je treba, tudi ustave? Ustavo bi pač oblastniki spreminjali le zato, da bi si omogočali še bolj neomajno oblast. Pri tem pa imamo birokracije, kolikor si je niti zamisliti ne moreš, nenormalno število javnih uradov, odborov, agencij in ne vem česa še vsega. Delavstvo je praktično izginilo, saj so tovarne izginile, sindikate pa vodijo »profesionalci«, ki sami vsi sploh ne živijo slabo. Vse več ljudi je na pragu revščine, na račun zaslužka bogatih pa je naš BDP pač zrasel! Ljudje pa brez volje, nezainteresirani, zmanipulirani, tekajo po »Lidlih«, »Hoferjih« in podobnih veletrgovinah za poceni robo in hrano, ki jih bo počasi spremenila v bolnike. Nisem bil pristaš teorij zarote, ampak danes verjamem, da je zarot proti navadnim ljudem več, kot si moremo misliti. Zakaj smo take reve, da se ne oglasimo in ne zaustavimo tega? Voltaire je rekel: »Odgovorni smo za tisto, kar naredimo, pa tudi za tisto, česar ne!«

In potem neki referendum odločajo o našem življenju, odloča na primer 18-odstotna večina. Ha, ha, ha, večina! In kakšna zmaga je to?? Pred vsakimi volitvami ali referendumom pa ljudem operejo glave še v božjih hramih tisti, ki se najmanj držijo naukov svojega preroka, tisti, katerih institucija je zgodovinsko odgovorna za grozovita trpljenja, za genocide in ropanja, pač v imenu trpečega, Njega, ki pa se s tem, kar se je in se počne, nikdar in nikakor ne bi strinjal. Končno pa pravijo nekateri, da je bil On prvi komunist. No, in ker je komunizem umrl, se zato tudi On nima kaj pritoževati, če »njegov« institucija dela in živi povsem drugače, kot je On učil. Pa je nekoliko drugače tam, kjer je cerkev nacionalna, ne vodena od druge države (rimskega Vatikana), kjer so duhovniki »normalni« ljudje z ženami in otroki, tam je vera bližje ljudem in tam je tudi On še lahko bolj živ med njimi. Bogastvo, blišč, blindirani avtomobili, svoje banke in korporacije, »Opus Dei« in pedofilija so pač privilegij, ki ga omogoča moč, naropan denar, obenem pa tudi neumnost naivnih ljudi, ubogih vernikov. Ti bi brez posrednikov lahko prišli mnogo bližje Bogu in ga tudi res začutili v sebi.

Otroci si v šolah ne posojajo več zvezkov, si ne pomagajo, niso solidarni in se razvijajo v sebične individualiste. Izobraževanje in vzgoja sta vsak na svoji strani in mladi nimajo nikakršnih idealov, saj vidijo, da uspevaš, če si neusmiljen, sebičen, nesramen, trd individualist, ki vidi le sebe.

Zakaj tega ne poskušamo spremeniti? Ne moremo biti toliko razočarani nad tem, kar se dogaja, kot nad tem, da ne moremo oziroma nismo sposobni nič spremeniti. Saj vemo, da je zahodna demokracija tako naravnana, da se lahko volja državljanov uveljavlja le prek strank in njihovih predstavnikov. Pa če je tako in je voljen nek odstotek in je udeležba na volitvah in na referendumih tako nizka, da nikakor ne predstavlja večine, potem tu ni in ne more biti ne pravice in še manj možnosti po t. i. demokratični poti kaj spremeniti. Vendar sem prepričan, da bi bila večina za spremembe ali vsaj za aktivno izraženo nasprotovanje vsemu, kar se dogaja. Sicer pa se zdi, da demokracija ni zato, da bi živeli v pravičnosti in poštenju, ampak da bi bila boljša

za nekatere in manj dobra za manj sposobne goljufati, krasti in celo demokratično počasi in tiho ubijati druge. Tako imenovane civilne družbe, ki naj bi v demokraciji tudi vplivala na politiko, pa ne čutimo in je res učinkovite tudi ni. Pa tudi če bi bila glasnejša, bi jo naša oblast enostavno preslišala!

V tem času se zdi, kot da medicino povsem usmerjata farmacija in tehnologija. Vse večje so razlike med medicinsko oskrbo bogatih in revnih in tudi pri nas si z denarjem lahko kupiš boljše in hitrejše oskrbo! Zdravniki so počasi, a nedvomno prišli pod vpliv farmacije, ki jih je premeteno speljala na svojo pot, pot, kjer gre za dobičke od prodaje zdravil. Medicina se je tako močno razčlovečila in pravi zdravniki, tisti, ki delajo z navdušenjem svoje delo, ki so empatični in požrtvovalni, so v manjšini in kot izjeme le potrjujejo pravilo o medicini, ki je bolj ali manj prodana farmaciji in proizvajalcem opreme. Če bi kdo izračunal in primerjal učinkovitost zdravljenja s količino denarja za ta zdravljenja danes ali pred 40 leti, bi bil verjetno hudo začuden, kam smo prišli, in se ne bi čudil, da je medicina tako draga. Seveda je medicina breme za države predvsem zaradi dragih zdravil in aparaturo, opreme, proizvodnja in prodaja tega pa je del sistema, ki ga podpira država. Ampak država bi varčevala pri pravicah bolnikov in pri plačevanju storitev, nič pa ne bi napravila, da bi bili zdravljeni, oprema in aparature cenejši. Farmacija je hotela celo dobiti ekskluzivno pravico za raziskovanja in izkoriščanje zdravilnih rastlin deževnega gozda. To kaže, kako daleč gre ta pohlep. To ni dosti drugače kot zadrževanje izumov Nikole Tesle s strani tistih, ki imajo v lasti naftne vrelce. Gre seveda za prenos elektrike na daljavo in druge izume, ki bi zelo pocenili življenje.

Lekarne in pošte so si postale podobne, saj poleg osnovne dejavnosti ponujajo še celo vrsto reči, ki nimajo z osnovno dejavnostjo prave zveze, razen da prinašajo denar. In v lekarnah dajejo celo kartice zvestobe, kot v ostalih trgovinah. Ali torej trgujemo tudi z zdravljenjem? Seveda, in še kako. Zagrebška kolegica, ki je jasno in glasno spregovorila o prevarah farmacevtske industrije, je pokazala svojo pokončnost, a je njeno pisanje vsaj pri njenih in naših kolegih ostalo brez pomembnega odmeva. Ko je povabila na predavanje 50 kolegov, so prišli trije! O problemih cepiv, preventivnih zdravil, o t. i. »evidence based« izsledkih v načinih zdravljenja številnih bolezni in še o mnogočem bomo zagotovo v bodočnosti zvedeli marsikaj, kar bo bistveno drugače, kot se trdi danes. Ampak zdravniki o tem ne razmišljamo dosti, saj moramo tudi mi živeti tako, kot se spodobi za visoko izobražene člane družbe. Seveda, vsi potrebujemo denar, se borimo za boljši zaslužek, za boljši standard, saj je bil naš ubogi stan v socializmu prikrščen za privilegije in bogastvo, ki je tako potrebno, da smo zadovoljni in enaki drugim intelektualcem, na primer pravnikom ali boljše odvetnikom.

Vsakega nekaj sem se lotil v svojih razmišljanjih, se izkašljaj, kot se temu reče, in lajal, medtem ko je šla karavana naprej in je pač tako, da bom, kot kaže, jaz stari Gadžijev, upokojeni kirurg, postal disident v našem sistemu ali pa bom zapustil to zgubljeno državo, ki uničuje mojo lepo domovino in ljudi v njej.

Žal se slabemu ne znam klanjati in svetniku Kabirju pač ne zmorem slediti.

»Klanjam se slabemu, da me pusti pri miru, enako naredim z dobrim, da za vedno ostane v moji bližini.« Kabir

The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

The Isis Journal is issued on the first day of each month. The annual subscription for non-members is 49,20 EUR. A single issue costs 4,47 EUR. The tax is included in price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles. Printed 9150 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. **Andrej Možina**, M. D.

The Vice-presidents of the Medical Chamber

Assist. **Valentin Sojar**, M. D., MBA, FEBS

Sabina Markoli, D. M. D.

The President of the Assembly

Prim. assist. **Jernej Završnik**, M. D., M. Sc.

The Vice-president of the Assembly

Rok Šušterčič, D. M. D.

Executive board of the Medical Chamber of Slovenia

The president of the Educational council

Prof. **Bojana Beović**, 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

Mihael Demšar, M. D.

The president of the Hospital health care committee

Assist. **Valentin Sojar**, M. D., MBA, FEBS

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

Božidar Visočnik, M. D.

The president of the Private practice committee

Helena Mole, M. D.

The Secretary General

Brane Dobnikar, L. L. B.

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.

