

ISIS





Spoštovani zdravnice in zobozdravnice, zdravniki in zobozdravniki!

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

V STISKI NISI SAM!

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

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

Pokličite nas na
ANONIMNO telefonsko številko:

01 307 2222

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

Stiskati okoli vratu ali okoli pasu?

Andrej Možina

Tako nekako je z vprašanjem duhovito in dovolj povedno ponazarjal stisko in težave slovenskega zdravstva eden od razpravljavcev ob obisku ministra za zdravje v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. Največja bolnišnica v državi, z izjemnim kapitalom znanja in pogosto zadnje upanje za najtežje bolnike iz vse Slovenije, se sooča s katarzo. Ne toliko zaradi poslovnega rezultata, pač pa zaradi moralnega razkroja zdravstvenega sistema. Najtežji bolniki, praviloma tudi izjemno dragi bolniki v trenutnih razmerah postajajo vse bolj nezaželeni. Če so jim vrata bolnišnice za zdaj še odprta, zdravstvena blagajna več tisoč takšnim bolnikom ne plača zdravljenja. Kaj je sporočilo: prenehajte z inovativno in sodobno medicino, znanje, napori in tveganja zdravnikov pri zdravljenju najtežjih bolnikov niso zaželeni. In rešitev je poslovni načrt slovenskega modela sanacije bolnišnic: iščite čim bolj zdrave bolnike, nekaj boste že našli.

Ni ga več junaka med kolikor toliko razumnimi državljani, ki bi danes še pritrtil pred leti priljubljeni paroli – »Zgodbi o uspehu Slovenije«. Država je danes pred bankrotom, verjetnost prošnje EU po pomoči velika. Kar v bistvu pomeni priznanje, da sami ne znamo upravljati države in naj nam pri tem opraviu pomagajo tujci tako z denarjem kakor znanjem. In do vsega tega ni prišlo čez noč. Več kot deset let smo se praviloma vrteli v začaranem krogu političnih razprtij, razgrabljanja družbenega premoženja, sindikalne retorike in zavračanja opozoril ekonomske stroke. Za zdravstvo je to obdobje nemoči v smeri prilagajanja organizacije zdravstva skokovitemu razvoju vse dražje in vse bolj učinkovite medicine. Brez nujnih reform, s hiranjem najvišjih zdravniških strokovnih teles v državi, štafetnim menjanjem prvih mož zdravstvene politike, vse bolj prazno malho in vse bolj poudarjenim monopolnim vedenjem zdravstvene blagajne.

In zgodba o čudežu še delujočega slovenskega zdravstva v tej gospodarsko-politični agoniji preteklega desetletja? Maks Tajnikar, nekdanji minister za gospodarstvo in poznavalec zdravstva, ga označi kot globoko ujetega v socializem. Don Hindle, avstralski svetovalec nekdanjega ministra za zdravje, ga oceni kot odličnega z bojaznijo, da ga bomo izgubili!

In kako ga ocenjujemo danes zdravniške organizacije Slovenije? **Slovensko zdravstvo je po kakovosti primerljivo z razvitimi medicinami sveta, vse to dosegamo z znatno manjšim številom zdravnikov (25 odstotkov pod povprečjem EU) in znatno skromnejšimi vložki na glavo prebivalca po PPP-metodi (30 odstotkov pod povprečjem**



EU). Smo dokazano racionalni pri porabi zdravil, ležalni dobi, številu postelj, številu bolnišnic itd. Po pričakovani življenjski dobi hitro dohitevamo razvite države, po letih zdravega življenja znatno zaostajamo zaradi nezdravega načina življenja, razvad, travmatizma in prehranskih navad.

Država je v hudi godlji, prav tako zdravstvo in zdravje, ki je najpomembnejša dobrina v očeh državljanov. Ožemanje zdravstva »kar počez, brez vsebinskih sprememb« za več sto milijonov v zadnjih letih kaže prve vznemirljive rezultate. In kriza se pravzaprav zdravstva še niti ni dobro dotaknila. Bojazen za prihodnost zdravstva je prisotna pri ljudeh, zdravnikih in pri upravljalcih zdravstva. V takem ozračju zdravniške organizacije Slovenije v sodelovanju z neodvisnimi kolegi iz Iniciative zdravnikov za transparentno javno zdravstvo pristopamo k prevrednotenju zdravstva od samih temeljev dalje. Priporočila zdravniških organizacij Slovenije za izhod zdravstva iz krize bodo ministru za zdravje in vsem drugim deležnikom na področju zdravstva v pomoč pri najbolj smiselnih odločitvah, in te v času poglobljanja krize ne bodo lahke. Vpogled v zdravstveni sistem bo celovit v prav vse kotičke. Z znanjem in bogatimi izkušnjami želimo slovenski zdravniki nakazati celovite sistemske rešitve na temelju realističnih ocen, ki zdravstvu lahko zagotovijo tako potrebno perspektivo in ne le začasno krpanje luknje v zdravstveni blagajni z interventnimi ukrepi. In luknja bo vse večja ne le zaradi gospodarske krize, pač pa zaradi silovitega razvoja inovativne medicine, potreb starajočega se prebivalstva in tudi sistemskih nepravilnosti v organizaciji zdravstva.

Prve razprave na preko dvajset tematskih sklopov so več kot zanimive. Odpirajo se tudi teme, ki bodo preizkus zrelosti in sposobnosti doseganja soglasij tudi med nami oz. med različnimi segmenti zdravstva. In vendar že zdaj lahko trdim, da se nakazuje visoka stopnja usklajenosti glede najpomembnejših tem. Od večje vloge ministrstva za zdravje pri upravljanju zdravstva na vseh ravneh, nadzora nad zdravstveno blagajno in odprave dvotirnega upravljanja zdravstva, do sprememb zdravstvenega zavarovanja in večje solidarnosti državljanov z uvedbo participacije. Dosežen je popoln konsenz glede večje vloge družinskega zdravnika, popolnitve njihovih razredčenih vrst, njihove odločilne vloge pri obravnavi starostnikov in paliativni oskrbi čim dalj od bolnišnic, racionalne farmakoterapije in obvladovanja polifarmacije, nujnosti zaposlovanja mladih zdravnikov iz nacionalnih razlogov itd, itd.

Stiskanje okoli pasu je preživeto, tudi v naših razmerah ni prineslo prav nič dobrega. Stiskamo zdaj že

okoli vratu? Tako daleč še nismo, pa tudi sicer bi bili učinki kratkotrajni. Dovolj bo, če slovenski zdravniki organiziranost zdravstva v celoti proučimo, prevrednotimo stanje na realne finančne okvire države in zamašimo luknje, kjer brez večjih učinkov na zdravje odteka zdravstveni denarji.

Izkušnje preteklega obdobja nas učijo, da slovenski zdravniki v zadnjem obdobju nismo bili prav pripravljeni pri spreminjanju zdravstvenega sistema. Stari miselni vzorci in njihovi protagonisti še vztrajajo na barikadah. Morda bo čas poglobljene gospodarske krize ustvaril ugodne razmere za nujno potrebne spremembe v zdravstvu, ali pa se bo bojazen Dona Hindla uresničila. In ta je temeljila na spoznanju, da vsi vse vemo, nihče ničesar ne naredi in ničesar se ne da dogovoriti.

Drage kolegice in kolegi, še se spominjam razmer iz časa mojega prakticiranja in že takrat niso bile prav razveseljive. Danes je stanje še toliko bolj zaskrbljujoče. Ne izgubljam volje, poskušajmo svojo energijo, izkušnje in znanje v težkih časih usmeriti v iskanje rešitev za preživetje dobrega zdravstva, ki omogoča tudi razvoj sodobne medicine. *Non progredi est regredi!*

So vaši podatki na intranetnem portalu ZZZS pravilni?

V sklopu intranetnega portala Zdravniške zbornice Slovenije uspešno deluje povezava s podatkovnimi bazami zbornice, s čimer vam je preko spletnega portala omogočen dostop do večine podatkov, ki jih vodimo o članstvu, kot so npr.: osebni podatki, izobrazba, licence, kreditne točke, zaposlitev, zasebnost, funkcije v zbornici itn.

Z namenom zagotovitve ažurnosti podatkov vas prosimo, da svoje podatke pregledate in nam sporočite morebitne spremembe, nekatere izmed podatkov pa lahko spreminjate tudi sami v rubriki »*Moji podatki*«.

Za vstop v intranetni portal potrebujete uporabniško ime in geslo. V primeru, da ju nimate, se obrnite na g. Milana Kokalja (milan.kokalj@zss-mcs.si).



Predsedniki zdravniških organizacij novinarki Diani Zajec

Tako novinarji kot zdravniki smo zaradi pomembnega profesionalnega poslanstva v naši družbi usodno povezani. Oba poklica temeljita na najvišjih etičnih standardih, ki so v ospredju našega ravnanja. Na eni strani zavezanost k resnični informaciji v korist zagotavljanja pravice javnosti do obveščenosti, na drugi strani zaveza zdravnikov pri varovanju bolnikove zasebnosti. Dve zavezi, ki sta kaj lahko v koliziji ob nespretnosti na eni ali drugi strani.

Z novinarko Diano Zajec in tudi drugimi novinarji s področja zdravstva smo skozi dve desetletji gradili na medsebojnem zaupanju, odprti komunikaciji in spoštovanju enega ali drugega poklica. Njeno novinarsko poslanstvo visoko cenimo. Zaznamovano je z izvrstnim poznavanjem zdravstva, visokimi etičnimi merili in odsotnostjo senzacionalizma. Njene osebne lastnosti ji narekujejo sočutje pri poročanju o najzahtevnejših in najbolj občutljivih temah v zdravstvu. Njeno pero zna biti tudi sila kritično, a vedno resnicoljubno in dobronamerno. In tako naj ostane tudi v prihodnje.

Zapis kolegice v sicer necenzuriranem forumu glasila ISIS jemljemo kot obsojanja vreden poskus žaljenja novinarka in novinarstva na način in iz razlogov, o katerih ne želimo ugibati. Diani Zajec se za zapisane besede v zdravniškem glasilu opravičujemo kot predsedniki zdravniških organizacij v imenu vseh slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov.

prim. Andrej Možina, dr. med.
predsednik Zdravniške zbornice Slovenije

prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med.
predsednik Slovenskega zdravniškega društva

Konrad Kuštrin, dr. med.
predsednik Fidesa, Sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije



Impressum

LETO XXII., ŠT. 5, 1. maj 2013
natisnjeno 9250 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

PRESEDENIK / 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.
prim. asist. Jana Govc Eržen, dr. med.
prof. dr. Boris Klun, dr. med., v. svet.
akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.
prof. dr. Anton Mescic, dr. med., svet.
prof. dr. Črt Marinček, dr. med., v. svet.
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., v. svet.
prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med., v. svet.
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
obravnate farmacevtske izdelke,
morate navesti konflikt interesov.

Ker izbrane prispevke honoriramo,
pripisite polni naslov stalnega bivališča,
davčno številko, davčno izpustavo,
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 sporočilca.

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

Dina Al Nawas, dr. med., Ljubljana •
Prim. prof. dr. Elko Borko, dr. med.,
Maribor • **Asist. dr. Borut Bratanič**,
dr. med., Univerzitetni klinični center
Ljubljana, SPS Pediatrična klinika
• **Dr. Jože Četina**, Celje • **Prim.**
Jasna Čuk Rupnik, dr. med., ZD
Logatec • **Prim. Marko Demšar**, dr.
med., Ljubljana • **Fran Drnovšek**,
študent 5. letnika medicine MF UL
• **Doc. dr. Matjaž Fležar**, dr. med.,
Univerzitetna klinika za pljučne
bolezni in alergijo Golnik • **Urška**
Gantar Rott, dr. med., Ljubljana •
Nada Gortnar Gorjan, dr. med.,
ZD Nova Gorica • **Prof. dr. Alojz**
Ihan, dr. med., Univerza v Ljubljani,
Medicinska fakulteta, Inštitut za
mikrobiologijo in imunologijo • **Mag.**
Željko B. Jakelič, dr. dent. med.,
Zasebna ordinacija Jakelič, Jesenice
• **Dr. Karin Kanc Hanžel**, dr. med.,
Jazindiabetes d.o.o., Ljubljana •
Jure Knez, dr. med., Univerzitetni
klinični center Maribor • **Asist.**
mag. Nena Kopčavar Guček, dr.
med., ZD Ljubljana, Enota ZD
Vič - Rudnik • **Akad. prof. dr.**
Marjan Kordaš, dr. med., Ljubljana
• **Prim. Mojca Kos Golja**, dr. med.,
Ljubljana • **Prof. dr. Mitja Košnik**,
dr. med., višji svetnik, Univerzitetna
klinika za pljučne bolezni in
alergijo Golnik • **Konrad Kuštrin**,
dr. med., Sindikat zdravnikov in
zobozdravnikov Slovenije Fides •
Draženka Latinovič, dr. med., ZD
Slovenj Gradec • **Polona Lečnik**
Wallas, univ. dipl. soc., Zdravniška
zbornica Slovenije • **Asist. mag.**
Mercedes Lovrečič, dr. med.,
Inštitut za varovanje zdravja RS • **Dr.**
Barbara Lovrečič, dr. med., Inštitut
za varovanje zdravja RS • **Asist. dr.**
Mateja Marc Malovrh, dr. med.,
Univerzitetna klinika za pljučne

bolezni in alergijo Golnik • **Sabina**
Markoli, dr. dent. med., Zdravniška
zbornica Slovenije • **Prim. Andrej**
Možina, dr. med., Zdravniška
zbornica Slovenije • **Vesna Nišević**,
dr. med., Univerzitetna klinika za
pljučne bolezni in alergijo Golnik
• **Prim. mag. Rafael Podobnik**, dr.
dent. med., Nova Gorica • **Prof. dr.**
Pavel Poredoš, dr. med., višji svetnik,
Slovensko zdravniško društvo •
Marija Predič Georgiev, dr. med.,
Štorklja, d. o. o., Predič Georgiev
Marija, Slovenj Gradec • **Prof. dr.**
Alenka Radšel Medvešček, dr.
med., Ljubljana • **Andrej Rant**, dr.
dent. med., Ljubljana • **Prim. doc.**
dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med.,
Zdravniška zbornica Slovenije •
Prof. dr. Tomaž Rott, dr. med.,
Ljubljana • **Asist. Aleš Rozman**,
dr. med., Univerzitetna klinika za
pljučne bolezni in alergijo Golnik
• **Andrej Sabo**, dr. dent. med.,
študent 4. letnika medicine MF
UL • **Ksenija Slavec**, dr. med.,
Kranj • **Asist. dr. Albin Stritar**, dr.
med., Univerzitetni klinični center
Ljubljana, SPS Kirurška klinika •
Asist. dr. Sabina Škrbat Kristan,
dr. med., Univerzitetna klinika za
pljučne bolezni in alergijo Golnik
• **Diana Terlevič Dabič**, dr. dent.
med., Zdravniška zbornica Slovenije
• **Prim. dr. Alenka Trop Skaza**, dr.
med., Zavod za zdravstveno varstvo
Celje • **Katarina Turk**, dr. med., ZD
Logatec • **Prof. dr. Vito Vrbič**, dr.
dent. med., višji svetnik, Ljubljana •
Prof. dr. Zvonka Zupančič Slavec, dr.
med., Medicinska fakulteta Univerze
v Ljubljani, Inštitut za zgodovino
medicines

Naslovna slika prikazuje fresko znamenitega slovenskega baročnega slikarja Franca Jelovška (1700–1764), ki se nahaja v Marijini romarski cerkvi na Sladki Gori. Cerkev je bila poslikana med leti (1752–1753).

Prikazani votivi se nahajajo v kompoziciji na stropu leve cerkvene polkropole. Desni votiv, označen s številko 114, prikazuje mater s tremi hudo prizadetimi, morebiti celo mrtvimi dojenčki. Nad njimi druga mati drži v naročju še živega,

približno leto dni starega otroka in prosi za njegovo zdravje. Prizora kažeta na epidemijo nalezljive otroške bolezni z veliko smrtnostjo. V sredini (votiv 126) je upodobljen padec delavca s strehe. V rokah drži sekuro, s katero se je najverjetneje ponesrečil pri delu, saj je na levem ramenu vidna krvaveča vsekana. Najverjetneje gre za poškodbo pri delu.

Kazalo

■ UVODNIK

Stiskati okoli vratu ali okoli pasu? 3

Andrej Možina

■ ZBORNICA

Iz dela zbornice 11

Seminarji in delavnice za člane

Zdravniške zbornice Slovenije 12

Razpored seminarjev in prijave 14

■ AKTUALNO

Moj zdravnik – sedemnajstič 15

Marko Demšar

Quo vadis, civilizacija? 16

Zvonka Zupanič Slavec

■ PERSONALIA

Opravljeni specialistični izpiti 18

Izvolitve v učiteljske naslove na

Medicinski fakulteti v Ljubljani 19

Doseženi doktorski naslovi na

Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani 24

Doseženi magistrski naslovi na

Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani 28

■ ZDRAVSTVO

Ustno zdravje za zdravo življenje 30

Vito Vrbič

Oralno zdravje za zdravo življenje 34

Diana Terlevič Dabič

Izzivi današnjega dne: strategija razvoja družinske medicine 35

Nena Kopčavar Guček

■ FORUM

Zagrożene kazni naročnikom in izvajalcem reševalnih prevozov 37

Danica Rotar Pavlič

Zobozdravniki skrbimo za ustno zdravje naših pacientov 38

Sabina Markoli

Prava pot? 38

Željko B. Jakelič

■ INTERVJU

Medicine se uči kot športa 40

Polona Lečnik Wallas

Igor Muževič, dr. med., specialist družinske medicine 42

Danica Rotar Pavlič

■ IZ ZGODOVINE MEDICINE

Votivno slikarstvo z medicinsko tematiko na Sladki Gori 47

Zvonka Zupanič Slavec

Za ščepec preteklosti 52

Jože Cetina

■ OBLETNICA

Dr. Janez Janež (1913–1990)

– tajvanska legenda dr. Fana 54

Zvonka Zupanič Slavec

90-letnica Sanatorija za pljučne bolezni Ruskega rdečega križa Vurberk 61

Elko Borko

Vidojka Majcen Vuga, dr. med. – 90-letnica 63

Nada Gortnar Gorjan

■ ZANIMIVO

Zakaj sem ponosen, da sem zdravnik 65

Jasna Čuk Rupnik

■ MEDICINA

Bronhialna termoplastika – nova metoda v zdravljenju težje astme 67

Aleš Rozman, Sabina Škrbat, Mateja Marc Malovrh, Vesna Nišević, Matjaž Fležar, Mitja Košnik

So trije primeri prirojenih rdečk v ZDA sploh vredni pozornosti? 69

Alenka Trop Skaza

Poraba alkohola in pивske navade v obdobju 2000–2010: primerjava med EU in Slovenijo 70

Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič

Naslovnice pripravlja
Zvonka Zupanič Slavec
Avtor logotipa: Primož Kalan
Oblikovanje naslovnice: Andrej Schulz



- Vrstniški izobraževalci za sladkorno bolezen in prostovoljci – širitelji 76
Dina Al Narwas, Karin Kanc
- Pomen cepljenja v preventivi nalezljivih boleznih 78
Alenka Trop Skaza
- Neonatalne okužbe in imunski odziv pri novorojenčkih 80
Borut Bratanič
- Otorinolaringološke dileme v ambulanti na osnovni ravni – Otorinolaringološki dan 2013 82
Andrej Sabo
- Ultrazvok v reproduktivni medicini 84
Jure Knez
- Novosti v fetalni medicini 85
Marija Predič Georgiev
- Mednarodni tečaj o zdravljenju opeklin Evro-mediteranskega sveta za opeklino in požarne katastrofe 87
Albin Stritar, Fran Drnovšek
- **STROKOVNE PUBLIKACIJE**
- Milan Čižman, Bojana Beović: Kako predpisujemo protimikrobna zdravila v bolnišnicah 89
Alenka Radšel Medvešček
- **S KNJIŽNE POLICE**
- Rudolf Hans Bartsch: Das deutsche Leid. Ein Landschafts-Roman. Nemška bol. Krajinski roman 90
Marjan Kordaš
- **STROKOVNA SREČANJA** 92
- **MALI OGLASI** 101
- **ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU**
50. tradicionalno srečanje slovenskih in hrvaških upokojenih zdravnikov 103
Mojca Kos Golja
- Od bolezni do donatorstva 105
Ksenija Slavec
- Resnica brez resnice (pesem za današnji čas) 108
Andrej Rant
- Bog 108
Andrej Rant

Moj zdravnik – sedemnajstič Marko Demšar



- Češnja in oljka 108
Andrej Rant
- Škof in komunist 108
Rafael Podobnik
- Vesoljna ljubezen 108
Rafael Podobnik
- Darwinovi dvomi 108
Rafael Podobnik
- Vse o fiziki 108
Rafael Podobnik
- Živim 109
Draženka Latinovič
- Predkolumbovske mezoameriške kulture 109
Tomaž Rott, Urška Gantar Rott
40. svetovno prvenstvo v alpskem smučanju za zdravnike in farmacevte 116
Katarina Turk
- S kolesom po Istri 117
Željko B. Jakelič
- **SISI**
- Je ustanovitev slabe bolnišnice rešitev za naše zdravstvo? 119
Che
- **ZAVODNIK**
- O tem, kdaj je nujno zares NUJNO 121
Danica Rotar Pavlič

Domus Medica za vas!

Domus Medica je osrednja hiša slovenskega zdravništva. Želimo si, da bi bile dvorane v naši zdravniški hiši še bolj izkoriščene. Vabimo vas, da uporabljate naše dvorane in prostore za izobraževalne namene. Na voljo imamo

- eno konferenčno dvorano z 260 sedeži (zasnova amfiteatra)
- tri manjše dvorane

Vse so visoko tehnološko opremljene z vsemi medijskimi pripomočki, na razpolago pa so vse prevajalske in gostinske storitve. V bližini so tudi ugodne hotelske storitve s posebnimi popusti.

Strokovne službe imajo vse potrebno znanje za organizacijo strokovnih srečanj na najvišji ravni in so vam lahko v pomoč. Želimo, da Domus Medica postane osrednje mesto izobraževalnih dogodkov slovenskih zdravnikov. Vljudno vabljeni!

Kontakt: Medicinsko informacijski center: mic@zzs-mcs.si



Iz dela zbornice

E-list: poziv vsem specializantom in njihovim mentorjem

Prenovljen projekt E-list zdravnika specializanta omogoča vpisovanje evidenc o opravljenem usposabljanju. Vpisovanje v E-list je obvezno za specializante, ki jim je bila specializacija odobrena na podlagi razpisa, objavljenega 5. decembra 2012 ali kasneje. Od specializantov se zahteva, da opravljene posege/obravnave vnašajo sproti.

Posebej pozivamo vse neposredne in glavne mentorje, da skrbno potrjujete posege, ki so jih v E-list vpisali vaši specializanti. Obvestilo o tem, da morate poseg potrditi, prejmete po elektronski pošti. Pomoč ali dodatne informacije: elist@zzs-mcs.si. Dostop do aplikacije E-list je preko *intraneta Zdravniške zbornice Slovenije*.

Predstavniki osnovnega zdravstva na sestanku pri ministru za zdravje

Dne 3. aprila 2013 smo na sestanku pri ministru predstavili probleme v osnovnem zdravstvu. Sestanka so se udeležili Katja Žerjav, dr. med., članica IO Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Igor Muževič, dr. med., predstavnik Sindikata zdravnikov družinske medicine Slovenije Praktik.um, in Mihael Demšar, dr. med., predsednik Odbora za osnovno zdravstvo pri ZZS.

Predstavili smo probleme v referenčnih ambulantah, sprejet je bil sklep, da se napiše aneks k Splošnemu dogovoru za leto 2013, v katerem se razdeli stroške med laboratorij in ostale materialne stroške, in predlog, da se preneha spremljati dnevno porabo laboratorija v referenčnih ambulantah.

Ministru smo predlagali številne razbremenitve zdravnika, tako da bi MTP predpisovala patronažna služba, potne stroške in reševalne prevoze diplomirana

medicinska sestra, krajše bolniške dopuste bi priznal delodajalec brez pregleda pri zdravniku ...

Predlagali smo tudi, da bi ordinacijski čas v popoldanskem času potekal le enkrat tedensko.

Govorili smo tudi o mreži in predvideni širitvi timov na primarni ravni. Zagovarjali smo ciljni evropski normativ 1.500 glavarinskih količnikov na zdravnika. Širitev mreže predlagamo s ponovno uvedbo učnih ambulant. Predlog je skoraj v celoti že pripravljen. Ministra smo prosili, da pomaga zagotoviti prostore za Katedro za družinsko medicino. Omenili smo tudi, da nujno potrebujemo Inštitut za družinsko medicino, kot ga ima večina razvitih evropskih držav, ki bi skrbel za podiplomsko izobraževanje, za razvoj standardov kakovosti, za uvedbo smernic in za pedagoško delo – specializacije. Tudi za to bomo potrebovali prostor in denar.

Mihael Demšar, dr. med., predsednik Odbora za osnovno zdravstvo

Javna razprava o osnutku mreže primarne dejavnosti

V strokovni javnosti je v razpravi osnutek *Javne mreže primarne zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji*. Strokovne službe ZZS in odbor za osnovno zdravstvo preučujejo izhodišča in metodologijo za pripravo mreže in bodo na Ministrstvo za zdravje v kratkem podali konkretne predloge.

Stališče ZZS do sprejetega pravilnika o razvrščanju zdravil na listo, ki namesto skupin zdravil z isto učinkovino uvaja skupine terapevtsko primerljivih zdravil

Zdravniška zbornica Slovenije na formalni ravni ni sodelovala pri nastajanju pravilnika in tudi ni seznanjena z

zadnjo uradno in sprejeto verzijo. Že v pripravah smo opozarjali na odločilno vlogo strokovnih teles v okviru ZZS, ki sodelujejo v tem postopku. Ta mora namreč v nastajanju novosti predvideti in spremljati vse možne zaplete pri realizaciji projekta. Tematiko spremljamo in na načelni ravni podpiramo prizadevanja ZZS pri ukrepih vzdržnosti sredstev, namenjenih za zdravila, in teh je okoli 18,5 odstotka. Praksa v številnih državah EU pritrjuje takim ukrepom, ki pomenijo pritisk na zmanjševanje cene zdravil. Metodo ocenjujemo kot eno od oblik kliničnega in ekonomskega vrednotenja zdravil. Na tak način lahko državljanom omogočimo večjo dostopnost do novih inovativnih zdravil z bistveno večjo dodano vrednostjo in sprejemljivo stroškovno učinkovitostjo.

Bistveno je dobro in pravočasno obveščanje zavarovancev in seveda zdravnikov. Že v pripravah smo opozarjali na povečane obremenitve zlasti splošnih zdravnikov, ki so že tako ali tako obremenjeni zaradi velikega pomanjkanja. Zato smo v ZZS predlagali njihovo razbremenitev z odpravo administrativnih opravil, ki bremenijo njihovo delo z bolniki in jih lahko ZZS brez težav odpravi, če le sprejema na znanje močne strokovne argumente. E-recept, ki ga že leta nestrno pričakujemo, je le eden od ukrepov, hkrati pa ustrezna informacijska podpora za spremljanje oz. preprečevanje interakcij zdravil.

Glede na to, da gre za novost in tudi nepredvidljivost novega modela v praksi, smo predlagali skrajno previdnost in postopnost pri uvajanju na način, da se prične le z eno od predvidenih terapevtskih skupin in tako preizkusi model v praksi. Tak intervalni način uvajanja bi imel mnogo manjša tveganja v primeru nepredvidenih zapletov.

Seminarji in delavnice za člane Zdravniške zbornice Slovenije

September

Maj

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 pravilnega 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 zastoju življenjskih funkcij (temeljni postopki oživljanja in uporaba avtomatskega defibrilatorja),
- uporabo pripomočkov pri oživljanju,
- skrb za varnost in uporabo zaščitnih sredstev pri oživljanju,
- shemo 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. Ob zaključku tečaja je preizkus znanja.

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

Program in prijavnico najdete na naši spletni strani.

Maj

Komunikacija s pacienti in razumevanje drugačnosti
(seminar)

Seminar je namenjen zdravnikom in zobozdravnikom, ki želijo osvojiti veščine komuniciranja, ter v nadaljevanju nudi tudi **trening tehnik in samih načinov komuniciranja**. Udeleženci se bodo na seminarju seznanili z:

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

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

Še odgovor na to, kdo naj se potrudi, 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.

Seminar vodi ga. Metka Komar, univ. dipl. ekon., ki je strokovnjakinja na področju osebne in poslovne učinkovitosti. Je trenerka NLP (nevrolingvističnega programiranja) – smeri komunikacije, ki išče odličnost v načinu komuniciranja in je ocenjevalka EFQM (poslovne odličnosti).

Program in prijavnico najdete na naši spletni strani.

Junij

Verbalna in neverbalna komunikacija s pacienti (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.

Delavnico vodi ga. Metka Komar.

Program in prijavnico najdete na naši spletni strani.

Maj

Seminar za zasebne zdravnike in zobozdravnike

Seminar je namenjen tako zdravnikom, ki že imajo zasebno dejavnost, kot tistim, ki se nanjo še pripravljajo.

Predstavljene bodo aktualne teme s področja zasebnega delovanja zdravnikov, pravni predpisi, postopki za podeljevanje koncesij, pravila zavarovalnice, načini obračunavanja storitev, vse o nadzorih in zdravnikovi odgovornosti ter o financiranju zdravstvenih storitev.

Dotaknili se bomo tudi zasebnitva v EU, perspektiv v Sloveniji in oblik pomoči, ki jih zasebnikom nudi zbornica.

Odgovorili bomo na konkretna vprašanja, kot npr. kdo lahko izdaja napotnice.

Del seminarja bo ločeno namenjen zdravnikom (o sodelovanju med zasebniki in javnim zdravstvenim zavodom) in zobozdravnikom (storitveni sistem v zobozdravstvu).

Na koncu pa bosta predstavljeni še temi finance v zasebni dejavnosti in davek na dodano vrednost.

Program in prijavnico najdete na naši spletni strani.

Kako se izogniti klasičnim naložbenim napakam

UniCredit Bank kot partner Zdravniške zbornice Slovenije ponovno vabi na predavanje »Kako se izogniti klasičnim naložbenim napakam«, ki bo potekalo v sredo, 22. maja 2013, ob 17. uri v prostorih Zdravniške zbornice Slovenija, Dunajska 162, Ljubljana.

Strokovnjaki UniCredit Bank vam bodo na praktičen in zanimiv način predstavili svet naložb ter vas poučili o ključnih dejavnikih za uspešno dolgoročno vlaganje.

Kotizacija: za člane zbornice je predavanje brezplačno.

Program najdete na zbornični spletni strani. Prijavite se lahko na e-naslov mic@zzs-mcs.si

Redna mesečna srečanja

To so srečanja udeležencev delavnic o komunikaciji 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.

Jeseni

Mediacijske veščine in mediator v zdravstvu – 100-urno usposabljanje

Poznavanje in obvladovanje mediacijskih veščin je nepogrešljiv element reševanja nesoglasij, izboljšanja medosebnih odnosov tako na osebnem kot tudi poslovnem področju ter posledično vodilo do večje strokovnosti dela.

Mediacija ali uporaba mediacijskih veščin v zdravstvu pomaga pri reševanju konfliktov:

- med zaposlenimi v zdravstvu,
- med zdravstvenimi delavci in pacienti/njihovimi svojci ter
- zdravstvenimi delavci, vodji zavodov in ostalimi subjekti, s katerimi slednji sodelujejo.

Cilji usposabljanja:

- udeležence seznaniti s pojmom mediacija in temeljnimi mediacijskimi veščinami,
- udeležence usposobiti za reševanje konfliktov s pomočjo mediacijskih veščin v vsakovrstnih sporih med različnimi udeleženci,
- udeležence naučiti voditi proces mediacije v zdravstvu,
- po uspešno zaključenem usposabljanju bodo udeleženci uvrščeni na listo mediatorjev v zdravstvu pri Zdravniški zbornici Slovenije.

Usposabljanje je namenjeno:

- zdravstvenim delavcem: zdravnikom, zobozdravnikom,
- osebam, ki jih zanima mediacija v zdravstvu.

Število udeležencev:

Skupina šteje največ 20 udeležencev.

Časovni obseg programa usposabljanja:

Program usposabljanja traja 75 ur (100 pedagoških ur) + 14 pedagoških ur e-učilnice.

Pedagoške ure potekajo interaktivno, v obliki treningov, vaj, iger vlog, primerov in e-učilnice. Med predavatelji in udeleženci je aktivno sodelovanje. Udeleženci po končanem usposabljanju opravljajo izpit (pisni in ustni).

Program in prijavnico najdete na naši spletni strani.

Razpored seminarjev in prijave

ŠT.	NASLOV STROKOVNEGA SREČANJA	DATUM	URA	PRIJAVNICA	SPI TOČKE	KOTIZACIJA
1.	Komunikacija in razumevanje drugačnosti (seminar)	maj: 30. 5. 2013	9.00–16.00	na spletu	5,5	120 EUR (DDV je vključen); upokojenci imajo 25% popusta
2.	Verbalna in neverbalna komunikacija (delavnica)	junij: 6. 6. 2013	9.00–16.30	na spletu	6	144 EUR (DDV je vključen); upokojenci imajo 25% popusta
4.	Nujna medicinska pomoč, delavnice za ekipe v zobozdravstvu	maj: 18. 5. 2013	8.00–15.30	mic@zzs-mcs.si	8	147 EUR (DDV je vključen)
5.	Seminar za zasebne zdravnike in zobozdravnike	maj: 18. 5. 2013	9.00–17.15	na spletu	v postopku	150 EUR (DDV je vključen)
6.	Mediacijske veščine in mediator v zdravstvu (100-urni tečaj)	ponovitev bo septembra	14.00–19.00 (čet.) 9.00–19.00 (pet., sob., ned.)	mic@zzs-mcs.si	v postopku	828 EUR (DDV je vključen)

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

Moj zdravnik – sedemnajstič

Marko Demšar

Ne spominjam se dogodka, ki bi zaradi spoštovanja do zdravniškega dela zbral na istem mestu in ob istem času toliko uglednih ljudi. Prišli so: sedanji in bivši predsednik države, minister za zdravje, predsednik Zdravniške zbornice, ob njih pa še vsaj ducat osebnosti, ki izstopajo v kulturnem in političnem življenju Slovenije. Se je pa prav to zgodilo 4. aprila, ko se je do zadnjega kotička napolnjeno lutkovno gledališče »pod zvezdami« poklonilo trem zdravnicam in enemu zdravniku.

Revija Viva, ki je že skoraj 20 let prisotna v našem okolju in ki svoje poslanstvo, predstavljati bralcem zdrav način življenja, izpolnjuje tudi z več kot sedemdesetimi zdravniki v »zdravniški liniji«, je po trimesečni akciji povabila k razglasitvi rezultatov glasovanja za »mojega zdravnika«. 15.374 ljudi se je potrudilo in zapisalo ali povedalo, kaj jih veže na zdravnika, h kateremu se zatekajo po pomoč ali nasvet. Veliko število omenjanih pomeni, da je vrsta odličnih zdravnikov, ki imajo zaupanje ljudi in ki se jim za ugled ni treba bati. Med vsemi so po številu oddanih glasov izstopali in dobili priznanje »Moj zdravnik«:

- pediatrija Ksenija Peršin Zupet iz zdravstvenega doma Ivančna Gorica,
- družinska zdravnica Tadeja Mantel Hauptman, zasebnica s koncesijo iz Litije,
- ginekolog Andrej Pogačnik, ki dela kot ambulantni zdravnik v Ivančni Gorici in v bolnišnici v Trbovljah.

Največ simpatij pa je v svojem okolju dobila Jarmila Trček Breznikar, specialistka splošne medicine, zaposlena v Zdravstvenem domu Ljubljana Šentvid, ki je s podelitve odšla z laskavim naslovom »Moja zdravnica 2013«.

Prireditve je imela še dvoje sporočil: najprej je revija Viva s podelitvijo priznanja za nesebično delo vsem, ki so vezani na hospic v Ljubljani, opozorila na pomembnost njegove umestitve



Ksenija Peršin Zupet, dr. med., specialista pediatrije (foto Grega Žunič).



Tadeja Mantel Hauptman, dr. med., specialistka družinske medicine (foto Grega Žunič).



Andrej Pogačnik, dr. med., specialist ginekologije in porodništva (foto Grega Žunič).



Prim. Marko Demšar čestita zdravnici leta Jarmili Trček Breznikar, dr. med., specialistki družinske medicine (foto Marko Vitas).



Nagrajenci z gosti (foto Marko Vitas).

v naše družbeno okolje; za zdravo prehrano so potrebna zdrava semena – je bilo slišati v drugo.

Izjemno prijetna prireditvev, zaokrožena s kulturnim programom, je izzvenela v druženju in prisotni so si bili edini, da je tako humanistično naravnanih dogodkov premalo.

Quo vadis, civilizacija?

Ukraden bronasti kip dr. Eda Šlajmerja

Zvonka Zupanič Slavec

Ljubljanskemu bolnišničnemu mestu so neznanci izruvali del korenin njegove stanovske samozavesti in strokovne pokončnosti. Kipa pionirja slovenske sodobne kirurgije dr. Eda Šlajmerja (1864–1935), ki je pred Leoniščem v hladu mogočnih krošenj manjšega Plečnikovega parka (1) ponosno naznanjal novo moč sodobne kirurgije in veselje zmage nad številnimi boleznimi, ni več. Neznanci so oskrunili to svetišče slovenske kirurgije in ga ukradli v noči s četrtega na petek, s 14. na 15. marec 2013 (2). Mogočen stokilogramski bronasti kip, visok okoli 100 cm, s statusom kulturnega spomenika državnega pomena, je od leta 1939 spominjal na veliko delo kirurga in humanista dr. Eda Šlajmerja, ki je z izjemnim talentom širil svoje znanje, pridobljeno na graški medicinski fakulteti (1888), pri vodji kirurškega oddelka dr. Antonu Wölflerju, sicer učencu še slavnjšega dunajskega kirurga, pruskega rodu, prof. Theodorja Billrotha. Dr. Šlajmer je bil ne le kirurg ljubljanske bolnišnice, ampak tudi vojni kirurg v obeh balkanskih vojnah in prvi svetovni vojni. Po letu 1911 je v glavnem delal v sanatoriju Leonišče, kjer je vodil kirurški oddelk; po njegovi smrti leta 1935 pa je Trgovsko bolniško podporno društvo s ponosom poimenovalo svoj sanatorij Šlajmerjev dom. Projektirala sta ga Plečnikova učenca, Domicijan Serajnik in Janko Omahen, po drugi svetovni vojni pa je nacionaliziran objekt zasedla ljubljanska ortopedska klinika. Velikega kirurga so imenovali tudi za častnega člana številnih srednjeevropskih zdravniških društev in ga leta 1914 razglasili za častnega občana mesta Ljubljane ter mu posthumno posvetili ulico in leta 1939 odkrili doprsni kip (3).

Spomenik Edu Šlajmerju je nastal kmalu po Šlajmerjevi smrti, na pobudo mestnega svetnika, polkovnika in vojaškega zgodovinarja Viktorja Andrejke. V začetku leta 1937 je bil ustanovljen poseben odbor, ki mu je predsedoval ljubljanski župan, dr. Juro Adlešič, prvi podpredsednik je bil vodja internega oddelka ljubljanske bolnišnice prim. Ivan Jenko, drugi podpredsednik Viktor Andrejka, člani pa

kirurgi dr. Božidar Lavrič, dr. S. Kranjec in dr. Lojze Kramarič, umetnostni zgodovinar dr. France Stele in jezikoslovec dr. Rudolf Molè. Odbor je v sodelovanju z Zdravniško zbornico zbral denar in objavil natečaj za Šlajmerjevo podobo. Izbran je bil predlog kiparja Zdenka Kalina, ki je dobil naročilo za izdelavo kipa. V bron ga je vliil livar Franc Mostar. Okolico spomenika so uredili po zamisli arhitekta Iva Spinčiča, inženir Lenarčič pa je iz svojega kamnoloma v Ribnici na Pohorju daroval granit za podstavek. Ob odkritju kipa je dr. Ivan Pintar v časniku Slovenski narod posebej poudaril, da je bil dr. Šlajmer svetovno znan že takrat, ko je leta 1891 prišel v Ljubljano, in da v mestu menda ni družine, ki ne bi bila deležna posredne ali neposredne pomoči požrtvovalnega zdravnika, velikega znanstvenika in človekoljuba (4). Ko je bil spomenik nared, ga je Viktor Andrejka pred številnimi zbranimi slovesno odkril 18. maja 1939. Navzoči so bili Šlajmerjeva družina, potomci in drugi sorodniki, župan mestne občine dr. Juro Adlešič, člani spomeniškega odbora, zastopniki banske in vojaške uprave ter predstavniki univerze in številnih drugih



Kip dr. Eda Šlajmerja med letom 1939 in 14. marcem 2013 v Šlajmerjevem parku pred Leoniščem (foto Blaž Bertonec).

ustanov. Nazadnje je župan slovesno sprejel spomenik velikega moža v varstvo mestne občine ljubljanske (5).

V svojem gaju je dr. Šlajmer lahko zrl na množico ranjencev, ki so jih med drugo svetovno vojno nosili mimo njega v kirurški sanatorij, kjer so jih večše reševali njegovi učenci z najvišjim odnosom do življenja. Edo Šlajmer je tako podoživljal borbo stanovskih kolegov za življenja ranjencev, kot se je sam bojeval zanje v treh vojnah v drugem desetletju nemirnega dvajsetega stoletja.

Šlajmerjev kip je obstal v vojni vihri druge svetovne vojne, počasi na obrazu in poprsju nabiral zelenega volka, spremljal uspešna prizadevanja stanovskih kolegov za izgradnjo nove stavbe Kliničnega centra, njegovo gradnjo med leti 1965 in 1975. Prav tako je spremljal prizadevanja za gradnjo nove stavbe Medicinske fakultete, predvsem prof. dr. Antona Dolenca (1930–2013), ki je kot dolgoletni predsednik Slovenskega zdravniškega društva v revolucionarnih sedemdesetih in osemdesetih letih z Belo knjigo leta 1972 izbral položitev temeljnega kamna novogradnje na Korytkovi ulici. Koliko poti gradbincev je v letih gradnje Medicinske fakultete vodilo mimo njega, preden so leta 1987 stavbo slavnostno odprli! In Šlajmer se je veselil z njimi! V njegovi neposredni bližini so hiteli mimo njega tudi drugi snovalci spet velike in lepe novosti – leta 1987 odprte stavbe nove porodnišnice. Koliko srečnih mladih staršev je hodilo mimo njega! Naravnost pred njim je stara stavba Očesne klinike dočakala stoletnico obstoja in doživela možnost, da se po razpadu Jugoslavije preseli v večje izpraznjene ter prenovljene prostore nekdanje vojaške bolnišnice prav tako na Zaloški cesti. Kar nekaj časa je trajalo, preden je izpraznjen prostor postal živahno gradbišče, kjer je zrasla nova stavba Nevrološke klinike, vseljena leta 2010. In spet se je dr. Šlajmer veselil napredka slovenske medicine, njenih ustvarjalcev, mlade generacije zdravnikov, ki so s svežo energijo sprejemali obilico novega znanja hitro spreminjajoče se medicine informacijske dobe.

Edo Šlajmer je vzdolž svoje ulice gledal tudi na sosedo – staro stavbo na Zaloški 7a pred osrednjo stavbo UKC Ljubljana, kjer so



Oskrunjenje Šlajmerjevega kipa: 15. marec 2013 (foto Zvonka Zupanič Slavec).

generacije študentov v podstrešnih prostorih opravljale kolokvije iz anatomije, nato pa se je vanje naselilo uredništvo Slovenskega medicinskega slovarja. V prvem nadstropju pa se je leta 1987 začasno (beri trajno!) v majhne prostore naselil Inštitut za zgodovino medicine MF UL, da bi ohranjal slovensko zdravstveno tradicijo... Še pred nedavnim so s tega Inštituta pisali o velikem Šlajmerju v osrčju ljubljanskega bolnišničnega mesta, prav o tem Šlajmerju, katerega kipa danes ni več!

Vihra druge svetovne vojne mu je prizanesla, preстал je vse politične akrobacije nekdanje Jugoslavije in sedanje Slovenije, odnesel pa ga je čas gospodarske in družbene krize. Vandalizem plenilcev bron, ki kot srake kradejo ta material po vsej Sloveniji, žagajo kipe; tudi kip Stanka Bloudka, znamenitega slovenskega letalskega in športnega konstruktorja, izpred Tivolija, kakor tudi kipe po Gorenjski, žlebove številnih cerkvenih objektov, Ruske kapelice na Vršču, zasebnih stanovanjskih hiš, celo kipe na pokopališčih in cerkvene zvonove ...

Kam smo prišli? Kaj se dogaja z našo družbo in državo? V čigavem interesu naj izginejo sledovi omike, ki so jo naši predniki gradili s tako ljubečo zavzetostjo? Kje so varnostniki bolnišničnega mesta? Sto kilogramov težkega kipa ni mogoče odžagati brez silnega hrupa! Kdo tatovom drži vrečo? Ogorčenje prevzema ljudi, ki so nemočni ob nesposobnosti organov odkrivanja in pregona tovrstnih kaznivih dejanj. *Quo vadis Slovenija?* Ima Zavod za varstvo kulturne dediščine skrbno shranjene načrte spomenikov, ki so razglašeni za narodovo kulturno dediščino? Ali lahko ponovno odlije ta kip? Ali nam ostaja le še izdelovanje replik ...? Kje je nadzor nad topilnicami barvnih kovin, ki jih ni prav veliko. In seveda sodelovanje s policijo sosednjih držav?

Razumela sem, da so spomeniki izginjali v najhujšem vojnem času, ko so jih talili v topovske krogle! Stopili so celo krste, v katerih so bili pokopani grofje Celjski! A v mirnih časih je nedopustno, da se kar naprej dogaja nekaj tako nezaslišanega! Težko mi je, ker razpada družba, težko, ker umira etika – in z njo vrline, kot so poštenje, dostojanstvo, čast, sram in še kaj. Strah me je časov brez teh vrednot! Dr. Šlajmer, vrni se in s svetlim vzorom povrni izginule vrednote!

E-naslov: zvonka.slavec@gmail.com

Viri in literatura:

1. <http://www.uradni-list.si/1/content?id=93037>
2. <http://www.rtvslo.si/kultura/drugo/iz-ljubljanskega-parka-ukradli-bronast-kip-eda-sljajmerja/304905>
3. Zupanič Slavec Z. Šlajmer v osrčju bolnišničnega mesta. Isis, 2012; januar: 39-42. Glej tudi <http://www.zdravnikazbornica.si/admin/categories/magazines/pdf/Isis2012-01-brezglasov.pdf>
4. Pintar I. Jutri odkrijemo spomenik dr. Šlajmerju. Slovenski narod, št. 112, 17. maj 1939, 3.
5. Anon. Slava dr. Edu Šlajmerju. Slovenski narod št. 113, 19. maj 1939, 2.
6. Anon. Spomenik dr. Edu Šlajmerju. Jutro 113, sre., 17. maj 1939, 4.
7. Anon. Spominu dr. Eda Šlajmerja. Jutro 114, čet, 18. maj 1939, 3.
8. Anon. Spomenik dr. Edu Šlajmerju svečano odkrit. Jutro 115, pet, 19. maj 1939, 3.
9. Anon. Šlajmerjev kip. Kronika slovenskih mest 1939; 36 (2): 116. Glej tudi: <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-ASQTZXPW?frelation=Kronika+slovenskih+mest&pageSize=100&query=%27rele%253dKronika%2bslovenskih%2bmest%27>

Opravljene specialistični izpiti

- **Goran Aleksić**, dr. med., specialist radiologije, izpit opravil 21. 3. 2013
- **Vesna Arcet Rodič**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 26. 3. 2013
- dr. **Katica Bajuk Studen**, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila s pohvalo 18. 12. 2012
- **Mojca Bratkovič**, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila 19. 3. 2013
- **Galina Cerar**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 26. 3. 2013
- **Eva Čander**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 26. 3. 2013
- **Eva Černe**, dr. med., specialistka anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravila s pohvalo 21. 12. 2012
- **Silvana Damnjanović**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 11. 12. 2012
- **Davor Denkovski**, dr. med., specialist medicine dela, prometa in športa, izpit opravil s pohvalo 4. 12. 2012
- **Matjaž Divjak**, dr. med., specialist družinske medicine, izpit opravil 11. 12. 2012
- asist. dr. **Maja Drobnič Radobuljac**, dr. med., specialistka otroške in mladostniške psihiatrije, izpit opravila 19. 12. 2012
- **Dragana Đurić**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 26. 3. 2013
- **Alenka Goličnik**, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila s pohvalo 25. 3. 2013
- **Andreja Gornjec**, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, izpit opravila 27. 3. 2013
- **Natalija Gradišek**, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila s pohvalo 19. 12. 2012
- **Neli Grosek**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 26. 3. 2013
- **Jasenka Gugič Kevo**, dr. med., specialistka onkologije z radioterapijo, izpit opravila s pohvalo 21. 12. 2012
- **Nada Hiti**, dr. med., specialistka družinske medicine – za zdravnike z licenco za splošno medicino, izpit opravila 11. 12. 2012
- **Nataša Jelerčič**, dr. med., specialistka fizikalne in rehabilitacijske medicine, izpit opravila 27. 3. 2013
- **Mateja Jenko Žlebir**, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila s pohvalo 11. 12. 2012
- **Petra Kampić Lazić**, dr. med., specialistka fizikalne in rehabilitacijske medicine, izpit opravila 18. 12. 2012
- **Tomislav Karabaić**, dr. med., specialist pediatrije, izpit opravil 28. 3. 2013
- **Mojca Klančar Dolinar**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila s pohvalo 11. 12. 2012
- **Ana Kolenbrand**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 26. 3. 2013
- **Marta Košir**, dr. med., specialistka javnega zdravja, izpit opravila 6. 12. 2012
- **Tomaz Košorok**, dr. dent. med., specialist čeljustne in zobne ortopedije, izpit opravil 26. 3. 2013
- **Vesna Kunčnik**, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila 19. 12. 2012
- **Špela Lenardič**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 26. 3. 2013
- **Sonja Lepoša Korenjak**, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, izpit opravila 21. 12. 2012
- **Čedomir Ljevaja**, dr. med., specialist travmatologije, izpit opravil 26. 3. 2013
- **Astrid Lui Rusjan**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 11. 12. 2012
- **Mitja Mächtig**, dr. med., specialist ortopedске kirurgije, izpit opravil 28. 3. 2013
- **Nina Marin**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila s pohvalo 11. 12. 2012
- **David Martinčič**, dr. med., specialist ortopedске kirurgije, izpit opravil s pohvalo 6. 12. 2012
- **Jože Maučec**, dr. med., specialist abdominalne kirurgije, izpit opravil 26. 3. 2013
- **Barbara Mihevc Ponikvar**, dr. med., specialistka javnega zdravja, izpit opravila 10. 12. 2012
- **Đorđe Nemanić**, dr. med., specialist družinske medicine, izpit opravil 26. 3. 2013
- **Nataša Ocvirik**, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila s pohvalo 28. 3. 2013
- **Vesna Palčič**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 11. 12. 2012
- **Mojca Plešnik**, dr. med., specialistka oftalmologije, izpit opravila 20. 12. 2012
- **Aleksander Porenta**, dr. med., specialist družinske medicine, izpit opravil 11. 12. 2012

- **Tamara Ravničan**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 26. 3. 2013
- asist. **Janez Rifel**, dr. med., specialist družinske medicine, izpit opravil 26. 3. 2013
- **Maja Robič**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 11. 12. 2012
- asist. **Črtomir Seusek**, dr. med., specialist splošne kirurgije, izpit opravil s pohvalo 5. 3. 2013
- **Ajda Skarlovnik**, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila 17. 12. 2012
- **Aleš Slanič**, dr. med., specialist radiologije, izpit opravil 20. 12. 2012
- **Lucija Sorč**, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, izpit opravila s pohvalo 18. 12. 2012
- **Samo Stadler**, dr. med., specialist urgentne medicine, izpit opravil s pohvalo 25. 3. 2013
- **Neža Strniša**, dr. med., specialistka fizikalne in rehabilitacijske medicine, izpit opravila 19. 12. 2012
- **Vesna Stropnik**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila s pohvalo 11. 12. 2012
- **Manja Šešek**, dr. med., specialistka onkologije z radioterapijo, izpit opravila s pohvalo 4. 3. 2013
- **Damijan Škraban**, dr. med., specialist anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravil 4. 3. 2013
- **Martina Vičič**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila s pohvalo 11. 12. 2012
- asist. **Pia Vračko**, dr. med., specialistka javnega zdravja, izpit opravila s pohvalo 10. 12. 2012
- **Miha Weiss**, dr. med., specialist kardiovaskularne kirurgije, izpit opravil s pohvalo 28. 3. 2013
- **Anton Zaletel**, dr. med., specialist urologije, izpit opravil 6. 3. 2013
- **Tadej Željko**, dr. med., specialist interne medicine, izpit opravil 29. 3. 2013
- **Mojca Žerdin**, dr. med., specialistka družinske medicine, izpit opravila 11. 12. 2012

Čestitamo!

Izvolitve v učiteljske naslove na Medicinski fakulteti v Ljubljani

Na seji senata MF UL 27. 9. 2011 sta bili izvoljeni v naziv:

- prof. dr. **Mara Bresjanac**, dr. med. – izvolitev v naziv redne profesorice za področje patološka fiziologija
- prof. dr. **Ksenija Geršak**, dr. med. – izvolitev v naziv redne profesorice za področje ginekologija in porodništvo

Na seji senata MF UL 10. 10. 2011 so bili izvoljeni v naziv:

- izr. prof. dr. **Manica Müller Premru**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv izredne profesorice za področje mikrobiologija in imunologija
- izr. prof. dr. **Matjaž Veselko**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv izrednega profesorja za področje kirurgija
- doc. dr. **Veronika Kloboves Prevodnik**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv docentke za področje patologija
- doc. dr. **Boštjan Mlakar**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv docenta za področje anatomija
- doc. dr. **Uroš Petrovič**, univ. dipl. biol. – ponovna izvolitev v naziv docenta za področje biokemija in molekularna biologija

- doc. dr. **Maja Sočan**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv docentke za področje javno zdravje
- dr. **Damjana Ključevšek**, dr. med. – izvolitev v naziv docentke za področje slikovna diagnostika
- asist. dr. **Maja Pavčnik Arnot**, dr. med. – izvolitev v naziv docentke za področje pediatrija
- asist. **Jure Ačimovič**, mag. farm. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje biokemija in molekularna biologija
- asist. **Alenka Andlovic**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje mikrobiologija in imunologija
- asist. dr. **Sabina Berne**, univ. dipl. biol. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje biokemija in molekularna biologija
- asist. mag. **Robert Blumauer**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje kirurgija
- asist. mag. **Anja Boc**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje anatomija
- asist. **Mojca Brunskole Švegelj**, mag. farm. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje biokemija in molekularna biologija

- asist. **Vesna Cvitković Špik**, univ. dipl. mikr. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje mikrobiologija in imunologija
- doc. dr. **Matjaž Fležar**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv docenta za področje interna medicina
- asist. mag. **Igor Frangež**, dr. med. – izvolitev v naziv asistenta za področje kirurgija
- asist. dr. **Damir Franič**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje ginekologija in porodništvo
- asist. mag. **Marja Furlan**, univ. dipl. mikr. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje mikrobiologija in imunologija
- asist. dr. **Matjaž Homan**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje pediatrija
- asist. **Rado Janša**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje interna medicina
- dr. **Maja Jerše**, dr. dent. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje patologija
- asist. **Monika Jevšnik**, univ. dipl. mikr. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje mikrobiologija in imunologija
- asist. **Rok Kogoj**, univ. dipl. mikr. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje mikrobiologija in imunologija
- asist. dr. **Andreja Nataša Kopitar**, univ. dipl. biol. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje mikrobiologija in imunologija
- asist. **Jana Krapež**, dr. dent. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje zobne bolezni in normalna morfoloģija zobnega organa
- asist. mag. **Veronika Krizān Hergouth**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje mikrobiologija in imunologija
- asist. dr. **Čedomir Oblak**, dr. dent. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje stomatološka protetika
- asist. **Mateja Pirš**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje mikrobiologija in imunologija
- asist. dr. **Tatjana Pokrajac**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje javno zdravje
- asist. dr. **Vladimir Senekovič**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje kirurgija
- znan. sod., asist. dr. **Saša Simčič**, univ. dipl. kem. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje mikrobiologija in imunologija
- asist. **Miha Skvarč**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje mikrobiologija in imunologija
- asist. **Katja Strašek Smrdel**, univ. dipl. mikr. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje mikrobiologija in imunologija
- asist. dr. **Barbara Šoba**, univ. dipl. mikr. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje mikrobiologija in imunologija
- asist. mag. **Tina Štamol**, univ. dipl. mikr. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje mikrobiologija in imunologija
- asist. **Nataša Švent Kučina**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje mikrobiologija in imunologija
- asist. dr. **Jernej Vidmar**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje fiziologija
- **Seyed Yousef Ardebili**, dr. med. – izvolitev v naziv asistenta za področje kirurgija
- dr. **Matevž Arko**, dr. vet. med. – izvolitev v naziv asistenta za področje histologija in embriologija
- **Neli Hevir**, mag. farm. – izvolitev v naziv asistentke za področje biokemija in molekularna biologija
- **Nina Kočever**, univ. dipl. mikr. – izvolitev v naziv asistentke za področje biokemija in molekularna biologija
- **Sergeja Kozar**, dr. med. – izvolitev v naziv asistentke za področje anesteziologija z reanimatologijo
- dr. **Gregor Mlinšek**, dr. med. – izvolitev v naziv asistenta za področje interna medicina
- dr. **Matej Vrabec**, dr. med. – izvolitev v naziv asistenta za področje slikovna diagnostika

Na seji senata MF UL 21. II. 2011 so bili izvoljeni v naziv:

- dr. **Vesna Paver Eržen**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv izredne profesorice za področje anesteziologija z reanimatologijo
- doc. dr. **Barbara Jezeršek Novakovič**, dr. med. – izvolitev v naziv izredne profesorice za področje onkologija
- doc. dr. **Rok Oreš**, dr. med. – izvolitev v naziv izrednega profesorja za področje pediatrija
- doc. dr. **Mitja Lainščak**, dr. med. – izvolitev v naziv izrednega profesorja za področje interna medicina
- asist. dr. **Gorazd Stokin**, dr. med. – izvolitev v naziv docenta za področje nevrologija
- dr. **Marina Hodolič**, dr. med. – izvolitev v naziv docentke za področje interna medicina
- asist. dr. **Katarina Šurlan Popovič**, dr. med. – izvolitev v naziv docentke za področje slikovna diagnostika
- asist. dr. **Ilonka Ferjan**, mag. farm. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje farmakologija in eksperimentalna toksikologija
- asist. mag. **Matjaž Golobič**, dr. dent. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje stomatološka protetika
- asist. **Klemen Jenko**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje otorinolaringologija
- asist. in znan. sod. dr. **Damijana Mojca Jurič**, univ. dipl. kem. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje farmakologija in eksperimentalna toksikologija

- asist. dr. **Mateja Poljšak Prijatelj**, univ. dipl. biol. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje mikrobiologija in imunologija
- asist. mag. **Tomí Samec**, dr. dent. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje zobne bolezni in normalna morfoloģija zobnega organa
- asist. dr. **Rok Schara**, dr. dent. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje ustne bolezni in parodontologija
- **Urška Gartner**, dr. med. – izvolitev v naziv asistentke za področje anatomija
- mag. **Branka Geczy Buljovčić**, dr. med. – izvolitev v naziv asistentke za področje otorinolaringologija
- **Luka Hočevār**, dr. dent. med. – izvolitev v naziv asistenta za področje otroško in preventivno zobozdravstvo
- mag. **Maja Šereg Bahar**, dr. med. – izvolitev v naziv asistentke za področje otorinolaringologija
- **Marta Tome**, dr. dent. med. – izvolitev v naziv asistentke za področje otroško in preventivno zobozdravstvo
- dr. **Tina Uršič**, univ. dipl. mikr. – izvolitev v naziv asistentke – raziskovalke za področje mikrobiologija in imunologija

Na seji senata MF UL 22. II. 2011 so bili izvoljeni v naziv:

- prof. dr. **Mojca Kržan**, dr. med. – izvolitev v naziv redne profesorice za področje farmakologija in eksperimentalna toksikologija
- prof. dr. **Stanka Lotrič Furlan**, dr. med. – izvolitev v naziv redne profesorice za področje infekcijske bolezni in epidemiologija
- prof. dr. **Tomaz Lunder**, dr. med. – izvolitev v naziv rednega profesorja za področje dermatovenerologija
- prof. dr. **Mara Popović**, dr. med. – izvolitev v naziv redne profesorice za področje patologija
- prof. dr. **Katja Seme**, dr. med. – izvolitev v naziv redne profesorice za področje mikrobiologija in imunologija

Na seji senata MF UL 19. 12. 2011 so bili izvoljeni v naziv:

- doc. dr. **Adolf Lukanovič**, dr. med. – izvolitev v naziv izrednega profesorja za področje ginekologija in porodništvo
- doc. dr. **Peter Pregelj**, dr. med. – izvolitev v naziv izrednega profesorja za področje psihiatrija
- asist. dr. **Mojca Grošelj Grenc**, dr. med. – izvolitev v naziv docentke za področje pediatrija
- asist. dr. **Mitja Letonja**, dr. med. – izvolitev v naziv docenta za področje interna medicina
- asist. dr. **Magdalena Avbelj**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje pediatrija

- asist. dr. **Petja Fister**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje pediatrija
- asist. dr. **Mojca Jensterle Sever**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje interna medicina
- asist. **Viktor Jovič**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje patologija
- asist. mag. **Tomaz Jurca**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje infekcijske bolezni in epidemiologija
- asist. dr. **Nika Kojc**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje patologija
- asist. **Živa Mrevlje**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje interna medicina
- asist. **Katja Perdan Pirkmajer**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje farmakologija in eksperimentalna toksikologija
- asist. dr. **Katja Prokšelj**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje interna medicina
- asist. mag. **Aleš Rozman**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje interna medicina
- asist. dr. **Boštjan Salobir**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje interna medicina
- asist. **Tomaz Smrkolj**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje kirurgija
- asist. dr. **Živa Zupančič**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje slikovna diagnostika
- **Nataša Bizovičar**, dr. med. – izvolitev v naziv asistentke za področje fizikalna in rehabilitacijska medicina
- mag. **Alenka Škerjanc**, dr. med. – izvolitev v naziv asistentke za področje medicina dela
- dr. **Klemen Španinger**, mag. farm. – izvolitev v naziv asistenta za področje biokemija in molekularna biologija
- **Luka Kristanc**, dr. med. – izvolitev v naziv asistenta – raziskovalca za področje biofizika
- dr. **Sanja Stopinšek**, univ. dipl. biol. – izvolitev v naziv asistentke – raziskovalke za področje mikrobiologija in imunologija

Na seji senata MF UL 20. 12. 2011 je bil izvoljen v naziv:

- prof. dr. **Primož Strojān**, dr. med. – izvolitev v naziv rednega profesorja za področje onkologija

Na seji senata MF UL 6. 2. 2012 so bili izvoljeni v naziv:

- izr. prof. dr. **Bojana Beović**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv izredne profesorice za področje infekcijske bolezni in epidemiologija

- izr. prof. dr. **Milan Čižman**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv izrednega profesorja za področje infekcijske bolezni in epidemiologija
- izr. prof. dr. **Mirta Koželj**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv izredne profesorice za področje interna medicina
- asist. dr. **Viktorija Smerdu**, dr. vet. med. – ponovna izvolitev v naziv docentke za področje anatomija
- doc. dr. **Tomaz Marš**, dr. med., univ. dipl. biol. – izvolitev v naziv izrednega profesorja za področje patološka fiziologija
- asist. **Daniel Globokar**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje fizikalna in rehabilitacijska medicina
- asist. **Natalija Krajnc**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje pediatrija
- dr. **Lilijana Kornhauser Cerar**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje pediatrija
- asist. mag. **Tadeja Kotar**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje infekcijske bolezni in epidemiologija
- asist. dr. **Metka Lenassi**, univ. dipl. mikr. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje biokemija in molekularna biologija
- asist. **Clara Limbaeck Stokin**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje patologija
- asist. **Marko Macura**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje kirurgija
- asist. **Vladan Rajić**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje pediatrija
- asist. dr. **Vladka Salapura**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje slikovna diagnostika
- asist. mag. **Matjaz Sever**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje interna medicina
- asist. dr. **Manca Tekavčič Pompe**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje oftalmologija
- asist. **Blaž Vrhnjak**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje interna medicina
- asist. mag. **Mihael Zajec**, dr. med., dr. dent. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje kirurgija
- **Sara Habjan**, dr. med. – izvolitev v naziv asistentke za področje histologija in embriologija
- **Tomaz Jakomin**, dr. med. – izvolitev v naziv asistenta za področje kirurgija
- **Miran Jeromel**, dr. med. – izvolitev v naziv asistenta za področje slikovna diagnostika
- **Domagoj Jugović**, dr. med. – izvolitev v naziv asistenta za področje kirurgija
- **Biljana Kiteska**, dr. dent. med. – izvolitev v naziv asistentke za področje stomatološka protetika
- **Vesna Šalamun**, dr. med. – izvolitev v naziv asistentke za področje ginekologija in porodništvo

Na seji senata MF UL 19. 3. 2012 so bili izvoljeni v naziv:

- izr. prof. dr. **Alojz Pleskovič**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv izrednega profesorja za področje kirurgija
- znan. sod., asist. dr. **Saša Simčič**, univ. dipl. kem. – ponovna izvolitev v naziv znanstvene sodelavke za področje mikrobiologija in imunologija
- doc. dr. **Aleš Tomazič**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv docenta za področje kirurgija
- doc. dr. **Darja Paro Panjan**, dr. med. – izvolitev v naziv izredne profesorice za področje pediatrija
- asist. dr. **Petra Hudler**, univ. dipl. mikr. – izvolitev v naziv docentke za področje biokemija in molekularna biologija
- dr. **Maja Potokar**, univ. dipl. biol. – izvolitev v naziv znanstvene sodelavke za področje eksperimentalna patološka fiziologija
- asist. dr. **Armin Alibegović**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje sodna medicina z medicinsko deontologijo
- asist. mag. **Matej Beltram**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje oftalmologija
- asist. **Simon Hawlina**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje kirurgija
- asist. mag. **Miha Lučovnik**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje ginekologija in porodništvo
- asist. mag. **Boštjan Matos**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje kirurgija
- asist. dr. **Liljana Mervic**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje dermatovenerologija
- asist. mag. **Rade Stanić**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje anesteziologija z reanimatologijo
- dr. **Kristina Drusany Starič**, dr. med. – izvolitev v naziv asistentke za področje ginekologija in porodništvo
- dr. **Urška Glinšek Biškup**, univ. dipl. mikr. – izvolitev v naziv asistentke za področje mikrobiologija in imunologija
- **Aleš Grošelj**, dr. med. – izvolitev v naziv asistenta za področje otorinolaringologija
- dr. **Polona Maver**, dr. med. – izvolitev v naziv asistentke za področje mikrobiologija in imunologija
- mag. **Alenka Simonič**, dr. med. – izvolitev v naziv asistentke za področje družinska medicina
- dr. **Dražen Stojanović**, dr. med. – izvolitev v naziv asistenta za področje javno zdravje
- dr. **Jure Urbančič**, dr. med. – izvolitev v naziv asistenta za področje otorinolaringologija
- dr. **Patrizia D'Adamo**, univ. dipl. biol. – izvolitev v naziv asistentke – raziskovalke za področje eksperimentalna patološka fiziologija

- dr. **Doron Kabaso**, univ. dipl. biotehnol. – izvolitev v naziv asistenta – raziskovalca za področje eksperimentalna patološka fiziologija
- dr. **Miša Korva**, univ. dipl. mikr. – izvolitev v naziv asistentke – raziskovalke za področje mikrobiologija in imunologija

Na seji senata MF UL 27. 3. 2012 je bila izvoljena v naziv:

- prof. dr. **Vita Dolžan**, dr. med. – izvolitev v naziv redne profesorice za področje biokemija in molekularna biologija

Na seji senata MF UL 16. 4. 2012 so bili izvoljeni v naziv:

- doc. dr. **Miran Brvar**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv docenta za področje interna medicina
- doc. dr. **Bojana Žvan**, dr. med. – izvolitev v naziv izredne profesorice za področje nevrologija
- doc. dr. **Miroslav Petrovec**, dr. med. – izvolitev v naziv izrednega profesorja za področje mikrobiologija in imunologija
- asist. dr. **Edvard Pirnat**, dr. med. – izvolitev v naziv docenta za področje interna medicina
- asist. dr. **Jerneja Farkaš Lainščak**, dr. med. – izvolitev v naziv docentke za področje javno zdravje
- asist. dr. **Nika Goljar**, dr. med. – izvolitev v naziv docentke za področje fizikalna in rehabilitacijska medicina
- dr. **Barbara Gužič Salobir**, dr. med. – izvolitev v naziv docentke za področje interna medicina
- asist. dr. **Primož Peterlin**, univ. dipl. fiz. – izvolitev v naziv docenta za področje biofizika
- asist. dr. **Davorina Petek**, dr. med. – izvolitev v naziv docentke za področje družinska medicina
- asist. dr. **Primož Kotnik**, dr. med. – izvolitev v naziv docenta za področje pediatrija
- asist. mag. **Jernej Breclj**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje pediatrija
- asist. mag. **Katja Groleger Sršen**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje fizikalna in rehabilitacijska medicina
- **Helena Jamnik**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje fizikalna in rehabilitacijska medicina
- asist. dr. **Anže Kristan**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje kirurgija
- asist. mag. **Xhevat Lumi**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje oftalmologija
- asist. dr. **Tomaz Malovrh**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje kirurgija

- asist. dr. **Gregor Poglajen**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje interna medicina
- asist. **Boštjan Pohlen**, dr. dent. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje stomatološka protetika
- asist. dr. **Aleksander Rotter**, dr. dent. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje patologija
- dr. **Andrej Bartolić**, dr. med. – izvolitev v naziv asistenta za področje interna medicina
- **Urh Grošelj**, dr. med. – izvolitev v naziv asistenta za področje pediatrija
- dr. **Erik Škof**, dr. med. – izvolitev v naziv asistenta za področje onkologija
- dr. **Stojan Kariž**, dr. med. – izvolitev v naziv asistenta za področje interna medicina
- mag. **Miroslav Vujasinović**, dr. med. – izvolitev v naziv asistenta za področje interna medicina
- **Priyanka Singh**, mag. kem. – izvolitev v naziv asistentke – raziskovalke za področje eksperimentalna patološka fiziologija

Na seji senata MF UL 24. 4. 2012 je bila izvoljena v naziv:

- prof. dr. **Dragica Maja Smrke**, dr. med. – izvolitev v naziv redne profesorice za področje kirurgija

Na seji senata MF UL 28. 5. 2012 so bili izvoljeni v naziv:

- doc. dr. **Raja Gošnak Dahmane**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv docentke za področje anatomija
- doc. dr. **Jelka Lindič**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv docentke za področje interna medicina
- doc. dr. **Saša Šega Jazbec**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv docentke za področje nevrologija
- asist. dr. **Tadeja Pintar**, dr. med. – izvolitev v naziv docentke za področje kirurgija
- asist. dr. **Nataša Vidović Valentinčič**, dr. med. – izvolitev v naziv docentke za področje oftalmologija
- asist. **Jure Bizjak**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje kirurgija
- asist. **Igor Čuček**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje kirurgija
- asist. **Jure Jamšek**, dr. dent. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje stomatološka protetika
- asist. mag. **Erika Matos**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje onkologija
- asist. mag. **Jurij Gorjanc**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje kirurgija

- asist. **Janez Pšenica**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje kirurgija
- asist. **Marko Božič**, dr. med., dr. dent. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje maksilofacialna in oralna kirurgija
- asist. **Sebastian Korošec**, dr. dent. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje stomatološka protetika
- dr. **Rok Košir**, univ. dipl. biol. – izvolitev v naziv asistenta za področje biokemija in molekularna biologija
- mag. **David Drobne**, dr. med. – izvolitev v naziv asistenta za področje interna medicina
- **Mitja Benedičič**, dr. med. – izvolitev v naziv asistenta za področje kirurgija
- **Uršula Prosenc Zmrzljak**, univ. dipl. biol. – izvolitev v naziv asistentke za področje biokemija in molekularna biologija
- dr. **Matej Kastelic**, univ. dipl. biokem. – izvolitev v naziv asistenta za področje biokemija in molekularna biologija

- **Milica Gregorič Kramberger**, dr. med. – izvolitev v naziv asistentke za področje nevrologija
- **Senta Frol**, dr. med. – izvolitev v naziv asistentke za področje nevrologija
- **Samo Plut**, dr. med. – izvolitev v naziv asistenta za področje interna medicina
- dr. **Alojz Šmid**, dr. med. – izvolitev v naziv asistenta za področje interna medicina
- dr. **Špela Zemljič Jokhadar**, univ. dipl. biol. – izvolitev v naziv asistentke – raziskovalke za področje biofizika

Na seji senata MF UL 29. 5. 2012 je bil izvoljen v naziv:

- prof. dr. **Zvezdan Pirtošek**, dr. med. – izvolitev v naziv rednega profesorja za področje nevrologija

Čestitamo!

Doseženi doktorski naslovi na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani

Dr. **Tina Žagar**, univ. dipl. fiz.

Naslov: »Geografski prikaz incidence raka v Sloveniji na podlagi georeferenciranih podatkov«

Mentor: prof. dr. Maja Primic Žakelj

Somentor: prof. dr. Anuška Ferligoj

Področje: statistika

Zagovor: 19. 10. 2011

Asist. dr. **Andrej Vranič**, dr. med.

Naslov: »Dejavniki preživetja bolnikov s primarnimi atipičnimi in malignimi meningiomi«

Mentor: prof. dr. Borut Prestor

Somentor: prof. dr. Mara Popović

Področje: medicinske vede

Zagovor: 20. 10. 2011

Asist. dr. **Jasmina Primožič**, dr. dent. med.

Naslov: »Ovrednotenje obravnave otrok z enostranskim funkcionalnim križnim grizom v obdobju mlečnega zobovja s tridimenzionalnim slikovnim sistemom«

Mentor: prof. dr. Maja Ovsenik

Področje: stomatološke vede

Zagovor: 26. 10. 2011

Dr. **Nina Kočevar**, univ. dipl. mikr.

Naslov: »Določanje proteinskih označevalcev pri adenokarcinomu želodca«

Mentor: prof. dr. Radovan Komel

Področje: biokemija in molekularna biologija

Zagovor: 20. 10. 2011

Dr. **Jure Ačimovič**, mag. farm.

Naslov: »Vpliv gena Crem na cirkadialno izražanje lipidnih metabolitov in na steroidni metabolom pri miši *Mus musculus*«

Mentor: prof. dr. Damjana Rozman

Področje: biokemija in molekularna biologija

Zagovor: 25. 10. 2011

Dr. **Neli Hevir**, mag. farm.

Naslov: »Študije metabolizma estrogenov in progesterona pri raku endometrija in ovarijski endometriozi«

Mentor: prof. dr. Tea Lanišnik Rižner

Področje: biokemija in molekularna biologija

Zagovor: 28. 10. 2011

Dr. **Mark Mušič**, dr. med.

Naslov: »Vpliv toplotnih dražljajev na odziv srčno-žilnega sistema: razlike med spoloma«

Mentor: doc. dr. Ksenija Cankar

Področje: medicinske vede

Zagovor: 7. 11. 2011

Dr. **Štefan Blazina**, dr. med.

Naslov: »Vpliv diete brez glutena na mineralno kostno gostoto pri otrocih in mladostnikih s celiakijo«

Mentor: prof. dr. Rok Orel

Področje: medicinske vede

Zagovor: 18. 11. 2011

Dr. **Polona Maver**, dr. med., akad. glas.

Naslov: »Molekularna opredelitev podtipskih različic humanih virusov papiloma HPV-11, HPV-40, HPV-42, HPV-43 in HPV-44/55«

Mentor: prof. dr. Mario Poljak

Področje: mikrobiologija

Zagovor: 22. 11. 2011

Asist. dr. **Tomaž Malovrh**, dr. med.

Naslov: »Vpliv konjugirane linolne kisline na vnetni in imunski odziv pri sesnih prašičih«

Mentor: prof. dr. Lidija Kompan

Somentor: viš. znan. sod. dr. Branka Wraber

Področje: medicinske vede

Zagovor: 24. 11. 2011

Dr. **Eva Lenassi**, dr. med.

Naslov: »Optična koherenčna tomografija in mikroperimetrija pri distrofijah in degeneracijah mrežnice«

Mentor: prof. dr. Marko Hawlina

Somentor: prof. Glen Jeffery, BSc, D. Phil.

Področje: medicinske vede

Zagovor: 25. 11. 2011

Dr. **Viljem Kovač**, dr. med.

Naslov: »Zdravljenje bolnikov z malignim plevralnim mezoteliomom z gemcitabinom v počasni infuziji in cisplatinom«

Mentor: prof. dr. Matjaž Zwitter

Področje: medicinske vede

Zagovor: 5. 12. 2011

Dr. **Ivanka Cizelj**, dr. vet. med.

Naslov: »Identifikacija in karakterizacija peptidaz iz bakterij *Mycoplasma synoviae* in *Mycoplasma gallisepticum* odgovornih za razgradnjo kokošjih imunoglobulinov«

Mentor: znan. svet. dr. Dušan Benčina

Področje: biokemija in molekularna biologija

Zagovor: 7. 12. 2011

Dr. **Nataša Vidović Valentincič**, dr. med.

Naslov: »Klinični in imunski vidiki patogeneze intermedialnega uveitisa«

Mentor: prof. dr. Marko Hawlina

Somentor: prof. dr. Aniki Rothova

Področje: medicinske vede

Zagovor: 9. 12. 2011

Dr. **Rok Blagus**, univ. dipl. ekon.

Naslov: »Razvrščanje visoko-razsežnih neuravnoteženih podatkov«

Mentor: doc. dr. Lara Lusa

Področje: statistika

Zagovor: 9. 12. 2011

Dr. **Urška Dermol**, univ. dipl. ekol.

Naslov: »Strukturne in funkcijske raziskave fosfodiesteraz cikličnih nukleotidov razreda III«

Mentor: znan. sod. dr. Marjetka Podobnik

Področje: biokemija in molekularna biologija

Zagovor: 9. 12. 2011

Dr. **Marta Grgič Vitek**, dr. med.

Naslov: »Epidemiologija klopnege meningoencefalitisa in precepljenosti v Sloveniji«

Mentor: doc. dr. Irena Klavs

Področje: medicinske vede

Zagovor: 14. 12. 2011

Dr. **Monika Avbelj**, univ. dipl. mikr.

Naslov: »Vloga domen adapterskega proteina MyD88 pri aktivaciji prirojene imunosti«

Mentor: prof. dr. Roman Jerala

Področje: biokemija in molekularna biologija

Zagovor: 20. 12. 2011

Dr. **Kristina Žumer**, univ. dipl. biokem.

Naslov: »Mehanizem aktivacije prepisovanja tarčnih genov s transkripcijskim faktorjem AIRE v celicah sredice timusa«

Mentor: prof. dr. Ana Plemenitaš

Somentor: prof. dr. Matija Peterlin

Področje: biokemija in molekularna biologija

Zagovor: 20. 12. 2011

Dr. **Maja Špiljak Pakkanen**, dr. vet. med.

Naslov: »Napovedna vrednost novjših kazalcev EKG za nekatere bolezni srca pri psih«

Mentor: prof. dr. Vito Starc

Somentor: doc. dr. Aleksandra Domanjko Petrič

Področje: medicinske vede

Zagovor: 21. 12. 2011

Dr. **Gregor Poglajen**, dr. med.

Naslov: »Vpliv sprememb oblike mitralnega obroča in položaja papilarnih mišic na regurgitacijski tok mitralne zaklopke«

Mentor: prof. dr. Borut Geršak

Področje: medicinske vede

Zagovor: 22. 12. 2011

Asist. dr. **Andrej Fabjan**, dr. med.

Naslov: »Vpliv draženja simpatika na vidne evocirane pretoke pri bolnikih z migreno«

Mentor: prof. dr. Martin Štruel

Somentor: prof. dr. Marjan Zaletel

Področje: medicinske vede

Zagovor: 4. 1. 2012

Asist. dr. **Armin Alibegović**, dr. med.

Naslov: »Viabilnost, apoptoza in proliferacija hrustančnih celic v sklepnem hrustancu kot možni označevalci časa smrti«

Mentor: prof. dr. Danijel Petrovič

Somentor: doc. dr. Matej Drobnič

Področje: medicinske vede

Zagovor: 5. 1. 2012

Dr. **Martin Ivec**, univ. dipl. mikr.

Naslov: »Analiza morfometrijskih in kromosomskih značilnosti počasneje razvijajočih se človeških blastocist iz postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo«

Mentor: doc. dr. Borut Kovačič

Področje: biokemija in molekularna biologija

Zagovor: 5. 1. 2012

Dr. **Domen Jaklič**, univ. dipl. biol.

Naslov: »Protimikrobno delovanje izločkov ličink muhe *Lucilia sericata* (Meigen 1826)«

Mentor: prof. dr. Nina Gunde Cimerman

Področje: mikrobiologija

Zagovor: 11. 1. 2012

Dr. **Simona Klemenčič**, univ. dipl. psih.

Naslov: »Depresija in spoznavne sposobnosti pri bolnikih s sladkorno boleznijo«

Mentor: prof. dr. Rok Tavčar

Somentor: doc. dr. Maja Ravnik Oblak

Področje: medicinske vede

Zagovor: 13. 1. 2012

Dr. **Katarina Odar**, dr. dent. med.

Naslov: »Analiza diferenčno izraženih mikro RNA v verukoznem karcinomu glave in vratu«

Mentor: prof. dr. Nina Zidar

Somentor: prof. dr. Damjan Glavač

Področje: medicinske vede

Zagovor: 26. 1. 2012

Dr. **Špela Štunf**, dr. med.

Naslov: »Patohistološke lastnosti sprednje lečne ovojnice pri intumescentni katarakti«

Mentor: prof. dr. Marko Hawlina

Somentor: znan. svet. dr. Anastazija Hvala

Področje: medicinske vede

Zagovor: 10. 2. 2012

Dr. **Jožica Habijanič**, univ. dipl. mikr.

Naslov: »Vpliv polisaharidov slovenskega seva glive *Ganoderma lucidum* na vnetne in imunske odzive humanih mononuklearnih celic«

Mentor: prof. dr. Marin Berovič

Somentorica: znan. svet. dr. Branka Wraber

Zagovor: 17. 2. 2012

Dr. **Ester Žalik**, univ. dipl. psih.

Naslov: »Vpliv duševnih motenj na kognitivne procese pri starostnikih«

Mentor: prof. dr. Bojan Zalar

Področje: medicinske vede

Zagovor: 20. 2. 2012

Dr. **Mojca Šoštarič**, univ. dipl. psih.

Naslov: »Kognitivno procesiranje pri osebah z depresivno in shizofrensko motnjo«

Mentor: prof. dr. Bojan Zalar

Področje: medicinske vede

Zagovor: 28. 2. 2012

Dr. **Maruša Lokar**, univ. dipl. biokem.

Naslov: »Nastanek in stabilnost membranskih nanostruktur: mikroveziklov in membranskih nanocevk«

Mentor: prof. dr. Aleš Igljč

Somentor: prof. dr. Peter Veranič

Področje: biokemija in molekularna biologija

Zagovor: 14. 3. 2012

Dr. **Nina Erčulj**, univ. dipl. biokem.

Naslov: »Vpliv genetske variabilnosti na učinkovitost in toksičnost zdravljenja levkemij in limfomov pri otrocih in malignega mezotelioma pri odraslih«

Mentor: prof. dr. Vita Dolžan

Področje: biokemija in molekularna biologija

Zagovor: 29. 3. 2012

Dr. **Sara Prijič**, dr. vet. med.

Naslov: »Uporaba superparamagnetnih nanodelcev za magnetofekcijo reporter-skih in terapevtskih genov v celice, mišice in eksperimentalne tumorje miši«

Mentor: prof. dr. Gregor Serša

Področje: medicinske vede

Zagovor: 29. 3. 2012

Dr. **Maša Serec**, univ. dipl. psih.

Naslov: »Sindrom izgorevanja pri pripadnikih Slovenske vojske«

Mentor: prof. dr. Igor Švab

Področje: medicinske vede

Zagovor: 30. 3. 2012

Dr. **Saba Battelino**, dr. med.

Naslov: »Pogostnost mutacij v genih za koneksin 26 (GJB2) in koneksin 30 (GJB6) pri bolnikih s prirojeno in napredujočo izgubo sluha«

Mentor: prof. dr. Miha Žargi

Somentor: doc. dr. Katrina Trebušak Podkrajšek

Področje: medicinske vede

Zagovor: 3. 4. 2012

Dr. **Mirjan Švagelj**, univ. dipl. inž. živ. teh.

Naslov: »Kultivacija in pridobivanje imunsko aktivnih sestavin glive *Grifola frondosa*«

Mentor: prof. dr. Marin Berovič

Somentor: znan. sod. dr. Saša Simčič

Področje: biokemija in molekularna biologija

Zagovor: 6. 4. 2012

Asist. dr. **Minja Gregorič**, dr. med.

Naslov: »Vpliv prekinitve arterije *circumflexe ilei superficialis* na pretok krvi v arteriji *apigastriki inferior superficialis*«.

Mentor: prof. dr. Zoran M. Arnež

Področje: medicinske vede

Zagovor: 11. 4. 2012

Dr. **Peter Radšel**, dr. med.

Naslov: »Obseg koronarne bolezni pri bolnikih z zastojem srca«

Mentor: prof. dr. Marko Noč

Področje: medicinske vede

Zagovor: 17. 4. 2012

Dr. **Mirjana Perković Benedik**, dr. med.

Naslov: »Odrpno ovalno okno in ishemični možganskožilni dogodki neznanega vzroka pri otrocih«

Mentor: prof. dr. Tomaž Podnar

Področje: medicinske vede

Zagovor: 20. 4. 2012

Dr. **Maša Vodovnik**, univ. dipl. mikr.

Naslov: »Celulolitični sistem sevov 007C in 007S bakterije *Ruminococcus flavefaciens*«

Področje: biokemija in molekularna biologija

Mentor: prof. dr. Romana Marinšek Logar

Zagovor: 4. 5. 2012

Dr. **Nada Rotovnik Kozjek**, dr. med.

Naslov: »Vpliv enteralnega glutamina na vnetni odziv in presnovni stres pri bolnikih z rakom danke med predoperativno radio- ter kemoterapijo«

Področje: medicinske vede

Mentor: prof. dr. Lidija Kompan

Zagovor: 7. 5. 2012

Dr. **Ana Ožura**, univ. dipl. psih.

Naslov: »Ocenjevanje bolnikov z multiplo sklerozo z Rorschachovim psihodiagnostičnim preizkusom«

Področje: medicinske vede

Mentor: doc. dr. Saša Šega

Zagovor: 17. 5. 2012

Dr. **Tamara Kastrin**, univ. dipl. mikr.

Naslov: »Molekularna opredelitev invazivnih izolatov bakterij *Streptococcus pneumoniae* in *Haemophilus influenzae* v Sloveniji«

Področje: mikrobiologija

Mentor: prof. dr. Marija Gubina

Zagovor: 23. 5. 2012

Dr. **Tatja Kostnapfel Rihtar**, mag. farm.

Naslov: »Tvegano vedenje uživalcev prepovedanih drog na potovanju«

Področje: medicinske vede

Mentor: prof. dr. Igor Švab

Zagovor: 30. 5. 2012

Dr. **Rosana Hudej**, univ. dipl. biol.

Naslov: »Elektrokemoterapija z rutenijevimi spojinami *in vitro* in *in vivo*«

Področje: medicinske vede

Mentor: prof. dr. Iztok Turel

Somentor: znan. svet., prof. dr. Maja Čemažar

Zagovor: 7. 6. 2012

Dr. **Valentina Lacovich**, mag. med. biotehnol.

Naslov: »Vpliv monomernih GTPaz Rab na mobilnost mešičkov v podganjih astrocitih v kulturi«

Področje: medicinske vede

Mentor: akad. prof. dr. Robert Zorec

Somentor: znan. sod. dr. Maja Potokar

Zagovor: 12. 6. 2012

Dr. **Tina Mele**, dr. vet. med.

Naslov: »Vpliv monoaminskih živčnih prenašalcev na sintezo nevrotrifina – 3 v celičnih kulturah astrocitov novorojenih podgan«

Področje: medicinske vede

Mentor: znan. sod. dr. Damijana Mojca Jurič

Zagovor: 12. 6. 2012

Dr. **Boštjan Šeruga**, dr. med.

Naslov: »Analiza absolutnih koristi preizkušanih zdravil proti raku dojke in kolorektalnemu raku v kliničnih raziskavah faze III«

Področje: medicinske vede

Mentor: prof. dr. Branko Zakotnik

Somentor: prof. dr. Ian F. Tannock

Zagovor: 13. 6. 2012

Dr. **Anja Bubik**, univ. dipl. biokem.

Naslov: »Ekološki, biološki in biokemični učinki nekaterih pogostih nehepatotoksičnih cikličnih cianopeptidov (n-hCCP)«

Področje: biokemija in molekularna biologija

Mentor: doc. dr. Bojan Sedmak

Zagovor: 13. 6. 2012

Dr. **Ines Cilensek**, dr. vet. med.

Naslov: »Genetska pogojenost srčnega infarkta in diabetične retinopatije pri bolnikih s sladkorno boleznijo tipa 2«

Področje: biokemija in molekularna biologija

Mentor: prof. dr. Danijel Petrovič

Zagovor: 14. 6. 2012

Dr. **Meti Buh Gašparič**, univ. dipl. mikr.

Naslov: »Funkcionalna analiza genov za halotoleranco in izboljšava določanja gensko spremenjenih rastlin«

Področje: biokemija in molekularna biologija

Mentor: prof. dr. Jana Žel

Somentor: prof. dr. Kristina Grueden

Zagovor: 19. 6. 2012

Dr. **Aleš Skvarča**, dr. med.

Naslov: »Povezave med serumskimi koncentracijami adipokinov in stopnjami glukoze intolerance pri nosečnicah s sladkorno boleznijo«

Področje: medicinske vede

Mentor: doc. dr. Andrej Janež

Zagovor: 20. 6. 2012

Dr. **Jana Makuc**, dr. med., univ. dipl. biol.

Naslov: »Polimorfizmi genov, udeleženih v oksidacijskem stresu, pri diabetični nefropatiji bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2«

Področje: biokemija in molekularna biologija

Mentor: prof. dr. Danijel Petrovič

Zagovor: 22. 6. 2012

Dr. **Igor Balevski**, dr. med.

Naslov: »Vpliv obsega krvnega strdka pri bolnikih z akutnim srčnim infarktom z dvigom veznice ST na uspešnost perkutane koronarne intervencije s hkratno koronarno aspiracijo«

Področje: medicinske vede

Mentor: prof. dr. Marko Noč

Zagovor: 26. 6. 2012

Dr. **Uršula Prosenč Zmrzljak**, univ. dipl. biol.

Naslov: »Novi vidiki uravnavanja holesterogenega CYP51 in cirkadianih represorjev PER1 in PER2«

Področje: biokemija in molekularna biologija

Mentor: prof. dr. Damjana Rozman

Zagovor: 26. 6. 2012

Čestitamo!

Doseženi magistrski naslovi na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani

Mag. **Jakob Koren**, dr. med.

Naslov: »Dopplerska transvaginalna ultrazvočna preiskava pri zadebljenem endometriju v postmenopavzi«

Mentor: prof. dr. Stelio Rakar

Področje: medicinske vede

Zagovor: 20. 6. 2011

Mag. **David Drobne**, dr. med.

Naslov: »Pomen endoskopskega ultrazvoka v diagnostiki endometriozе črevesa«

Mentor: doc. dr. Martina Ribič Pucelj

Področje: medicinske vede

Zagovor: 27. 6. 2011

Mag. **Petra Bogovič**, dr. med.

Naslov: »Kvantitativna ocena teže poteka klopnega meningoencefalitisa pri odraslih bolnikih v Sloveniji«

Mentor: prof. dr. Stanka Lotrič Furlan

Področje: medicinske vede

Zagovor: 26. 10. 2011

Mag. **Mirjam Gubenšek**, dr. med.

Naslov: »Kakovost telefonskega načina vodenja antikoagulacijskega zdravljenja«

Mentor: doc. dr. Alenka Mavri

Področje: medicinske vede

Zagovor: 8. 12. 2011

Mag. **Jana Rozman**, univ. dipl. biol.

Naslov: »Dvig produkcije klavulanske kisline pri bakteriji *Streptomyces clavuligerus* po vnosu nekaterih genov za ključne encime primarnega metabolizma glive *Aspergillus niger*«

Mentor: prof. dr. Matic Legiša

Področje: biokemija in molekularna biologija

Zagovor: 9. 12. 2011

Mag. **Maja Zakrajšek**, univ. dipl. biol.

Naslov: »Vloga submikroskopskih kromosomskih preureditev pri ultrazvočno ugotovljenih nepravilnostih ploda in spontanah prekinitvah nosečnosti«

Mentor: prof. dr. Borut Peterlin

Področje: biokemija in molekularna biologija

Zagovor: 23. 1. 2012

Čestitamo!

Spoštovani avtorji prispevkov,

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

Uredništvo



Svetovni dan ustnega zdravja 2013

Ustno zdravje za zdravo življenje

Domus Medica, 20. 3. 2013

Tiskovno konferenco ob svetovnem dnevu ustnega zdravja sta v skupni organizaciji in prizadevanju pripravila:

- Odbor za zobozdravstvo ZZS
- Stomatološka sekcija SZD, v sodelovanju s povabljenimi gosti:
 - Svetovalka ministra za zobozdravstvo in predsednica RSK za stomatologijo
 - Odsek za dentalno medicino MF
 - Predstavniki ZZS

Uvodoma je Marjan Premik, Stomatološka sekcija SZD (ki je za novinarje pripravil tudi pisno gradivo), ugotovil, da je ustno zdravje (UZ) bistveni del splošnega zdravja in temeljna človekova pravica. Nadalje je navedel, da so zobni karies in bolezni obzobnih tkiv med najbolj razširjenimi kroničnimi boleznimi z močnim vplivom na pomembne sistemske bolezni, da je rak ustne votline na osmem mestu po pogostosti med raki in da so ustne bolezni četrta najdražja skupina bolezni za zdravljenje.

Predsednica Odbora za zobozdravstvo ZZS Sabina Markoli je opozorila na pomen rednih stomatoloških pregledov (tudi pri rizičnih pacientih, ki na te preglede ne hodijo), glede na to, da kar 80 odstotkov rakov ustne votline odkrijejo v zobnih ambulantah, ter na nekatere pomanjkljivosti glede financiranja zobozdravstvenega varstva.

Namestnica predsednice Odbora za zobozdravstvo ZZS Diana Terlević Dabić je prisotnim predstavila program (in povzela ugotovitve predavanj) strokovnega srečanja »Ustno zdravje za zdravo življenje«, ki je potekalo v organizaciji ZZS 23. 3. 2013 v Domus Medica.

Ljubo Marion je omenil prizadevanja fakultete na področju zobozdravstvene preventive pri vzgoji novih kadrov.

Martina Drevenšek je omenila nekatere priprave oz. dejavnosti, ki potekajo na Ministrstvu za zdravje (MZ), vključno s pripravami na izvedbo epidemiološke raziskave o stanju ustnih bolezni v Sloveniji.

Tatjana Leskošek Denišlić, Stomatološka sekcija SZD, vodja tekmovanja za čiste zobe ob zdravi prehrani, je poročala o visokem odstotku osnovnih šol, ki skupaj s šolami in zavodi za otroke s posebnimi potrebami sodelujejo v tekmovanju za čiste zobe in imajo dobro ustno higieno, kar je preventiva proti kariesu in parodontalni bolezni.

Željko Valčič, predstavnik ZZS, je omenil, da ZZS podpira preventivo v zdravstvu in zobozdravstvu.

Navedeni poročevalci so nato odgovarjali na številna vprašanja novinarjev o socialnomedicinskih, strokovnih in finančnih problemih zobozdravstvenega varstva.

V razpravi je bilo večkrat omenjeno, kaj so zobozdravniki oz. zobozdravniška združenja na posameznih področjih dosegla oz. katere predloge za izboljšanje so dala. Ugotovljeno je tudi bilo, da UZ na sistemski ravni ni dovolj vključeno v preventivne zdravstvene projekte. V zvezi s tem si oglejmo tri od najpomembnejših oz. najpogostejših bolezni v ustni votlini (UV).

Raki

Omenili smo že, da je rak UV na osmem mestu po pogostosti med raki in eden od najdražjih za zdravljenje. Na Klinični oddelek za maksilofacialno in oralno kirurgijo UKC sprejmejo letno okrog 120 rakavih bolnikov (približno 100 jih pošljejo zobozdravniki, okrog 20 pa drugi specialisti). V širšem območju UV in žrela pa število naraste na okrog 250 letno. Okrog leta 1995 sva z Matjažem Rodetom kot člana Zdravstvenega sveta predlagala obravnavo rizičnih pacientov (starejših in brez zobih), ki naj bi enkrat letno prišli na kontrolni pregled k zobozdravniku, čeprav ne potrebujejo druge zobozdravniške pomoči. Ta predlog takrat ni bil sprejet med drugim zaradi tega, ker so bili takrat v dokončni obravnavi presejalni testi za druge vrste rakov, glede rakov v UV pa so bili podani podobni predlogi za obravnavo v kombinaciji s širšim območjem, to je z raki glave in vratu.

Bolezni obzobnih tkiv

Ogrožajo mehka in trda obzobna tkiva in nastopijo pri starejši populaciji v povezavi s srčno-žilnimi boleznimi, sladkorno boleznijo, omenjajo jih tudi v zvezi s prezgodnjim porodom in z nizko porodno težo. V primerjavi z obširno preventivo kariesa pri naših mladostnikih se preventiva bolezni obzobnih tkiv pri starostnikih v praksi izvaja neprimerno manj.

Zobni karies

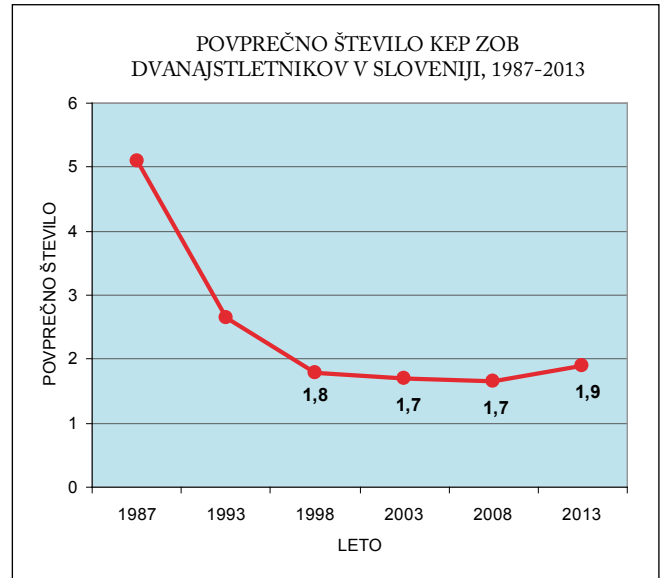
Tako zobni karies kot parodontalna bolezen nastopita pri starejši populaciji v zelo visokem odstotku. V zadnjih desetletjih nam je uspelo prvega pri mladostnikih zelo znižati oz. deloma odpraviti. Ne samo, da nam je uspelo znižati povprečno število prizadetih zob s kariesom, ekstrakcijami in plombami (KEP-slika 1) s šest na manj kot dva prizadeta zoba, ampak je hkrati naraščala generacija otrok brez kariesa nasploh (slika 2). To potrjuje 26-letna raziskava, ki smo jo zaključili februarja letos, ponavljali pa od leta 1987 vsakih 5 let pri 12-letnikih v vseh devetih geografskih oz. zdravstvenih regijah. Iz slike 2 je razvidno, da je bilo okrog leta 2000 kar 40 odstotkov 12-letnikov brez kariesa, kar nas tozadevno postavlja v sam evropski vrh.

Glede na to, da so te osebe tudi brez ekstrakcij ter plomb in imajo torej popolnoma zdrave zobe, se s tem dosežkom še najbolj približamo motu letošnjega svetovnega dneva UZ, ki se v izvirniku glasi: ZDRAVI ZOBJE ZA ZDRAVO ŽIVLJENJE (World Oral Health Day 2013 – Healthy Teeth for Healthy Life). To stanje smo v Sloveniji dosegli z dolgoletnim požrtvovalnim delom in izvajanjem mnogih preventivnih ukrepov. Vendar pa je po tem obdobju začel odstotek zdravih zob upadati, kar bo težko ustaviti sedaj in v prihodnosti. Zato bi bilo potrebno stanje analizirati in odpraviti tiste pomanjkljivosti, ki vplivajo na to, kar je v rokah republiških zdravstvenih ustanov. Ti se v zadnjih desetih letih pri tem niso angažirali, zato še vedno velja tozadevna ugotovitev Marjana Premika (objavljena v poročilu ob lanskem dnevu UZ v Isis – november 2012, str. 25), citiram: »Niti Ministrstvo za zdravje (MZ) niti Nacionalni inštitut za varovanje zdravja IVZ nimata vzpostavljenih dejavnosti, ki bi se ukvarjale s socialnomedicinskimi vprašanji UZ.«

Te ugotovitve je potrdila takratna in letošnja razprava, ko smo se v zvezi z omenjeno problematiko dotaknili tudi vloge SZO. Pri tej zadevi sem tudi v letošnji razpravi omenil isto, kar je bilo zapisano že lani v omenjeni številki Isis (citiram): »V razpravi smo se ponovno dotaknili neodgovornosti ustreznih republiških zdravstvenih ustanov tudi v povezavi s SZO. Ta je pred dvema letoma uvrstila zobne in ustne bolezni med najpogostejše kronične bolezni poleg že obstoječih štirih (raki, diabetes, žilne in srčne bolezni ter respiratorne bolezni), ki zahtevajo od človeštva največji smrtni davek. Naša zdravstvena služba se proti navedenim boleznim že dolgo uspešno in sistematično bori, medtem ko se na omenjeno uvrstitev SZO glede zobnih in ustnih bolezni še ni odzvala, kot da se nič zgodilo.«

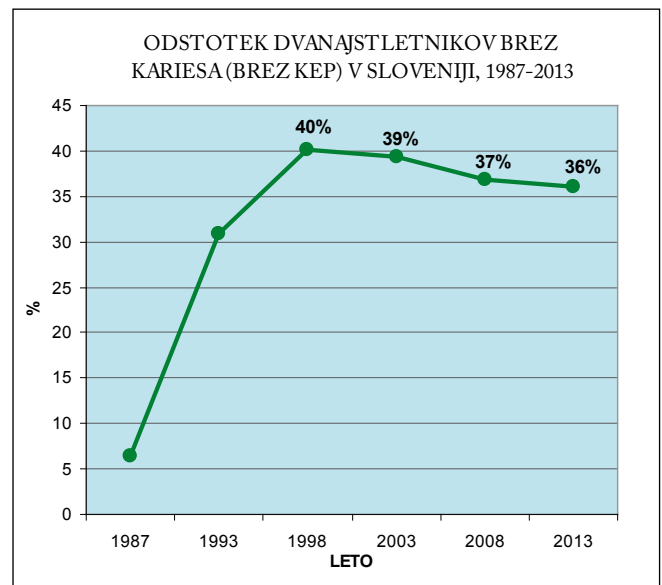
Da ne bi te iste ugotovitve leto za letom ponavljali in ostajali brez odgovora, bomo tokrat za odgovor zaprosili ministra za zdravje in direktorico IVZ, in sicer, da odgovorita na tri vprašanja iz omenjene problematike, kot sledi:

1. Kaj menite o omenjeni ugotovitvi Marjana Premika (citirat) o dejavnosti vaše institucije glede UZ?
2. Zakaj menite, da se vaša institucija ni odzvala na direktivo o ustnih boleznih, ki jo je na predlog SZO in mednarodnega zdravniškega združenja (FDI) sprejela generalna skupščina Združenih narodov v svoji Deklaraciji o nenalezljivih boleznih, 19. 9. 2011 (citirat)?
3. Ali in kako se bo vaša institucija odzvala na omenjeno poslabšanje zobnega kariesa pri naši mladini v zadnjem desetletju, kot je omenjeno v poročilu?



Vir: Vrbič, 2013

Slika 1



Vir: Vrbič, 2013

Slika 2

Odgovori Ministrstva za zdravje in Inštituta za varovanje zdravja



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

I. Kaj menite o omenjeni ugotovitvi Marjana Premika (citat) o dejavnosti vaše institucije glede UZP?

Preventivna dejavnost na področju otroškega in mladinskega zobozdravstva ima v Sloveniji dolgoletno tradicijo. Spremembe, ki so se zgodile v zdravstvenem sistemu v zadnjih 20 letih, pa so vodile do neenakomerne izvajanja preventivne dejavnosti po različnih območjih Slovenije in eden izmed razlogov za takšno stanje je tudi nezmožnost prilagajanja tem spremembam.

V okviru javnega zdravstva na področju preventive deluje okrog 300 otroških in mladinskih zobozdravnikov, 25 specialistov otroškega in preventivnega zobozdravstva in preko 90 timov medicinskih sester. V program dela zobozdravnika in medicinske sestre so vključene številne storitve in programi, ki preprečujejo nastanek bolezni ustne votline. Po šolah in vrtcih se izvajajo številni preventivni programi, ki so usmerjeni v preprečevanje dejavnikov, ki vodijo do nastanka kariesa in bolezni obzobnih tkiv.

Preventivni zobozdravstveni ukrepi vodijo do značilnega izboljšanja oralnega zdravja prebivalstva in ena izmed prednostnih nalog ministrstva za zdravje v letu 2013 je prav priprava sistematiziranega programa preventivne dejavnosti na področju otroškega in mladinskega zobozdravstva v sodelovanju s Sekcijo pedontologov Slovenskega zdravniškega društva, Odborom za zobozdravstvo pri Zdravniški zbornici Slovenije in drugimi strokovnimi organizacijami.

Namen sistematizacije preventivne dejavnosti je, da bi bila dejavnost vsem otrokom in mladostnikom dostopna čim bolj enakoverno in po čim bolj poenoteni metodologiji ter z zadostnimi kadrovskimi viri. Pomemben sestavni del priprave programa je tudi predlog mreže in struktura organizacije delovanja timov, ki bodo vključeni v preventivne dejavnosti.

Pripravili bomo tudi ukrepe, ki se bodo izvajali v določenih starostnih obdobjih, in tudi merila, s pomočjo katerih se bo spremljalo učinkovitost preventivnih programov in ustno zdravje otrok in mladostnikov. Sodelovanje strokovnjakov in stanovskih organizacij je pri tem neizbežno.

2. Zakaj menite, da se vaša institucija ni odzvala na direktivo o ustnih boleznih, ki jo je na predlog SZO in mednarodnega zdravniškega združenja (FDI) sprejela generalna skupščina Združenih narodov v svoji Deklaraciji o nenalezljivih boleznih, 19. 9. 2011?

Ministrstvo za zdravje se zaveda pomena ustnega zdravja kot dela sistemskega zdravja. Svetovna zdravstvena organizacija tudi v svojem zadnjem dokumentu aprila 2012 ugotavlja stanje oralnega zdravja (www.who.int) in priporoča, da se preprečevanje dejavnikov tveganja za nastanek bolezni ustne votline vključi v nacionalne programe preprečevanja kroničnih nenalezljivih bolezni.

Ministrstvo za zdravje skupaj z Inštitutom za varovanje zdravja RS in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije pripravlja program izvedbe raziskave, kjer bomo ugotovili kazalnike ustnega zdravja tako pri otrocih kot tudi pri odrasli populaciji. Kazalnike je glede na predlog doc. dr. Barbare Artnik, dr. dent. med., s Katedre za javno zdravje Medicinske fakultete sprejel tudi RSK za stomatologijo junija 2012 in so pripravljeni glede na rezultate evropskega projekta EGOHID (www.egohid.eu). Rezultati raziskave bodo pokazali natančno sliko ustnega zdravja otrok, mladostnikov in odraslih po posameznih območjih Slovenije. Prav tako bomo analizirali prisotnost dejavnikov tveganja in tako pridobili izhodišča za nadaljnja ukrepanja.

3. Ali in kako se bo vaša institucija odzvala na omenjeno poslabšanje zobne ga kariesa pri naši mladini v zadnjem desetletju, kot je omenjeno v poročilu?

Kot smo že napisali, je ena izmed prednostnih nalog ministrstva na področju zobozdravstva v letošnjem letu pripraviti skupaj v sodelovanju s strokovnjaki sistematiziran program preventivne dejavnosti na področju otroškega in mladinskega zobozdravstva. Izdelava poenotene programa preventivne dejavnosti in izdelava meril za spremljanje učinkov programa bo vodila do izboljšanja stanja ustnega zdravja. Dobro ustno zdravje pomeni zdravo ustno votlino in kasneje v odrasli dobi tudi prihranek finančnih sredstev za obsežnejše rehabilitacije. Prav tako pa je potrebno s preventivnimi dejavnostmi nadaljevati tudi v odrasli dobi in tako čim dlje ohraniti zobe in zdrava obzobna tkiva. Poseben poudarek moramo nameniti ogroženim skupinam, kot so nosečnice, kronični bolniki (bolniki s sladkorno boleznijo, bolniki po obsevanju glave in vratu in drugi) ter starostniki.

Naš skupni cilj naj bo čim bolj zdravo prebivalstvo – tako v smislu kakovostne zobozdravstvene oskrbe kot tudi v preprečevanju bolezni in ohranjanju ustnega zdravja. Ob tem pa je potrebno poudariti, da je tako za pripravo in izvedbo programov potrebno pridobiti finančna sredstva, ki bodo omogočala njihovo izvedbo.



INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA
REPUBLIKE SLOVENIJE
Z znanjem do boljšega zdravja.



Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZ) kot osrednjo javnozdravstveno institucijo tudi na področju ustnega zdravja vidimo v dveh vlogah, in sicer v vlogi zagotavljanja informacij in podatkov ter v vlogi koordinacije in/ali upravljanja programov preventivnega zobnega varstva. Obe vlogi sta sicer povezani, a ju bomo v prid večje jasnosti obravnavali posebej.

IVZ zagotavlja podatke o delovanju sistema zdravstvenega varstva na podlagi poročil izvajalcev zdravstvenega varstva. Ti rutinski podatki so obdelani in prikazani na spletni strani IVZ.

Žal pa nikoli ni bil vzpostavljen rutinski sistem zbiranja podatkov o ugotovitvah preventivnih pregledov, kar bi omogočalo vpogled v stanje ustnega zdravja pri prebivalcih Slovenije. Tega manka smo se na IVZ zavedali, zato smo bili veseli pobude RSK za stomatologijo, da skupaj pripravimo raziskavo pri prebivalcih Slovenije. Na podlagi že izvedenih evropskih projektov je bil vzpostavljen standard za spremljanje oralnega zdravja, ki ga bomo uporabili pri raziskavi. Izvedene bodo ankete med starši (za otroke 0–15 let), odraslimi in izvajalci zobnega varstva ter posebni pregledi samo pri izbranih izvajalcih (ki morajo biti dodatno izobraženi za izvajanje teh pregledov). V tem trenutku poteka pregled vprašalnikov. Jeseni bo izvedena poskusna anketa, v naslednjem letu pa celotna raziskava.

Poleg tega na IVZ teče prenova zbiranja zunajbolnišničnih statističnih podatkov, kar bo prav tako pripomoglo k boljšemu pregledu tudi na področju ustnega zdravja.

Izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni določa pravilnik iz leta 1998, ki ga je s številnimi dopolnitvami sprejel minister za zdravje. V tem času se je izkazalo, da so preventivni programi uspešni le, če je zagotovljena tudi ustreznost upravljavske strukture programov od nacionalne koordinacije preko regijske do lokalne ravni. Primer dobro vodenih programov predstavljajo presejalni programi za rake. Tudi na tem področju se IVZ vključuje v aktivnosti ministrstva za zdravje za preno

menjenega pravilnika, ki bo poleg strokovnih vsebin za izvedbo pregledov opredelil tudi strukturo upravljanja oziroma koordinacije. Pri tem pa je potrebno zagotoviti tudi namenska sredstva, ki so predpogoj, da bodo te strukture na vseh ravneh tudi delovale.

Na koncu ne smemo pozabiti tudi na to, da bomo potrebovali sodelovanje s strokovnjaki ustnega zdravja, ki se bodo morali vključevati v naše delo. Zelo bi bili veseli mladega doktorja dentalne medicine, ki bi se odločil za specializacijo iz javnega zdravja in se po končani specializaciji zaposlil v dejavnosti javnega zdravja.

Marija Magajne,
v. d. direktorice

Zaključek poročila o svetovnem dnevu ustnega zdravja

Ministrstvu za zdravje in Inštitutu za varovanje zdravja se zahvaljujem za poslani odgovore, ki pa so žal le splošni, ne pa konkretni. Nikakor ne mislim na te odgovore postavljati ponovnih vprašanj, prav pa bi bilo, da bi na vse nedorečene aktualnosti (ki so omenjene doslej v poročilu o lanskem in letošnjem posvetovanju o svetovnem dnevu UZ) skušali najti odgovore v skupnem dialogu z navedenimi prireditelji posvetovanja. Ena taka možnost je 38. srečanje stomatologov Slovenije, ki bo 7. in 8. junija v Portorožu in kjer iz programa sledi, da bo po odprtju simpozija organizirana okrogla miza o problematiki UZ (cilji, strategije in rezultati), kamor so vabljeni MZ, IVZ, ZZS, MF in ZZSS. Na tem vsakoletnem strokovnem srečanju, ki ga prireja Stomatološka sekcija SZD, je vedno organizirana podobna razprava, ki se je vabljeni gosti navadno ne udeležijo.

Nadaljnja možnost za dialog bi lahko bil skupni sestanek o omenjeni problematiki, ki bi ga sklical minister za zdravje pred začetkom oktobra letos. (Nadalje menim, da bi bilo za konkretno izvajanje preventivne dejavnosti v zobozdravstvu potrebno, da se obe instituciji (MZ in IVZ) predhodno dogovorita o svojih nalogah pri tem.)

Omenjeni skupni sestanek bi lahko pokazal tudi potrebe po drugih oz. drugačnih ukrepih. Če se omejim samo na moje zadnje vprašanje o poslabšanju stanja kariesa pri mladini v vseh devetih zdravstvenih regijah, bi rešitev tega problema zahtevala urgentno posredovanje ali vsaj posvet, v katerem bi se ugotovilo, kje v sistemu so največje motnje, ki so povzročile to poslabšanje. Pri tem menim, da sam obstoječi preventivni program ni problematičen, saj je prof. Petersen, vodja UZ pri SZO v Ženevi, ob svojem obisku pri nas pred omenjenim poslabšanjem zobnega kariesa za Delo 17. 6. 2002 dejal: »Zahvaljujoč preventivnim programom, ki so zaživi po vrtcih in šolah po Sloveniji, lahko rečem, da ste pri vas začrtane cilje na področju UZ in preventive ne le dosegli, ampak tudi postali vzor svetu.«

Že velikokrat sem omenil in zapisal, da se ne spominjam, da bi se v zadnjih desetih letih na MZ razpravljalo in ukrepalo o zobozdravstvu. Če se je to zgodilo ob pisanju priloženih odgovorov, je že to nekaj. Vsaj to.

Vito Vrbič, prejšnji nacionalni koordinator za UZ

Oralno zdravje za zdravo življenje

Strokovni seminar ob svetovnem dnevu ustnega zdravja 20. 3. 2013

Diana Terlevič Dabić

Odbor za zobozdravstvo Zdravniške zbornice Slovenije je v soboto, 23. marca 2013, v Modri dvorani Domus Medica ob svetovnem dnevu ustnega zdravja organiziral strokovno srečanje »Oralno zdravje za zdravo življenje«. Namen srečanja je bil poudariti, kako velik pomen ima slabo ustno zdravje na kakovost življenja in blagostanje z velikimi ekonomskimi posledicami, in seznaniti slovenske zobozdravnike z novostmi po uveljavitvi evropskih direktiv. Na srečanje so bili vabljeni zobozdravniki, splošni zdravniki, pediatri in ostali zobozdravstveni delavci, udeležilo se ga je preko 150 udeležencev.

Srečanje je odprla predsednica Odbora za zobozdravstvo, Sabina Markoli, dr. dent. med., in v nagovoru poudarila, da je cilj slovenskih zobozdravnikov varno in kakovostno zobozdravstvo, kot vseživljenjski proces, v katerem ima pomembno vlogo posameznik, ki redno skrbi za svoje ustno zdravje, zobozdravnik, ki z vsem svojim strokovnim znanjem in tehnologijo skrbi za ustno in posredno tudi sistemsko zdravje svojih varovancev, in ne nazadnje tudi zdravstvena politika. Zdravstvena politika, ki odgovorno skrbi za prioritete v zobozdravstvenem varstvu, na ta način omogoča prebivalcem varno in kakovostno zobozdravstveno varstvo, izvajalcem pa pogoje, da ga lahko izvajajo.

Navzoče je prijazno nagovoril tudi predsednik Zdravniške zbornice prim. Andrej Možina in podprl zobozdravnike v prizadevanjih za kakovostno zobozdravstveno varstvo prebivalstva. Povedal je tudi, da je seznanjen z željo slovenskih zobozdravnikov, da se organizirajo kot samostojna Zobozdravniška zbornica, po vzoru ostalih evropskih držav, in na ta način dosežejo večji vpliv na zdravstveno politiko, ter da nas pri tem projektu podpira. Zaželel nam je uspešno delo.



Kakovost v zobozdravstvu

Strokovni del srečanja je začela prof. dr. Martina Drevenšek v dvojni vlogi, kot svetovalka za zobozdravstvo pri Ministrstvu za zdravje in predsednica RSK-ja za stomatologijo, in tako združila predstavitev ministrstva in Kazalnike kakovosti v zobozdravstvu. Povedala je, da mora biti nacionalna strategija

zobozdravstva podprta z izdelano analizo stanja na osnovi kazalnikov kakovosti v zobozdravstvu. RSK za stomatologijo je sprejel predlagane kazalnike kakovosti oz. kazalnike ustnega zdravja glede na priporočila projekta EGOHID junija 2012 (www.egohid.eu). Sem prištevamo kazalnike ustnega zdravja otrok in mladostnikov, kazalnike ustnega zdravja odraslih, kazalnike kakovosti delovanja zobozdravstvene dejavnosti in kazalnike kakovosti življenja v povezavi z ustnim zdravjem. Na osnovi analize kazalnikov si lahko postavimo tudi cilje izboljšanja zobozdravstvenega varstva prebivalstva po področjih in starosti prebivalstva.

Direktiva o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvu

V drugem delu predavanja smo bili seznanjeni o prihajajoči EU-direktivi o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvu (http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/policy/index_en.htm; <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:sl:PDF>). Direktiva je bila sprejeta 24. aprila 2011 in po prehodnem obdobju 30 mesecev stopa v veljavo 25. oktobra 2013. Cilji direktive o čezmejnem zdravstvu so omogočiti pacientom pravico do povrnitve stroškov za zdravstveno varstvo v državah EU, omogočiti kakovost in varnost čezmejnega zdravstva in vzpostaviti formalno sodelovanje med zdravstvenimi sistemi. V Sloveniji velja trenutna zakonodaja v zvezi s čezmejnimi zdravljenjem – kadar so izčrpane vse možnosti za zdravljenje doma – predhodna odobritev (Pravila OZZ - člen 135/1.odst.), v primeru, da zdravljenja ni mogoče zagotoviti v razumnem času – predhodna odobritev (Pravila OZZ - člen 135/2. odst.) in v skladu s slovensko in evropsko sodno prakso – ni predhodne odobritve.

Vprašanja, na katera bo treba še odgovoriti, so: Ali bo direktiva pri nas veljala samo za sekundarno raven? Kakšna je finančna vzdržnost sistema? Kdaj predhodna odobritev? Ali bi s povečanjem sredstev doma zmanjšali čakalne dobe, prav tako tudi z redefinicijo košarice pravic?

Preventiva od rojstva naprej

V drugem predavanju z naslovom »Zobozdravstvena preventiva od rojstva dalje – ali že prej?« je dr. Rok Kosem na izjemno slikovit in zanimiv način predstavil pomen preventive za ohranjanje ustnega zdravja. Poudaril je, da nobena država na svetu ni tako bogata, da bi lahko imela toliko zobozdravstvenih timov, da bi obvladala oralno patologijo samo s kurativno in s tem zadostila vsem potrebam svojih varovancev. Zato je cilj zdravstvene vzgoje, da bi ljudje sprejeli in vzdrževali zdrav način življenja. Učinkovitost predporodnih zobozdravstveno-preventivnih dejavnosti so dokazale številne raziskave v Sloveniji in v tujini.

Zobozdravstvena preventiva, ki se začne že pred rojstvom in se nadaljuje v otroštvu in mladostništvu, je pomemben del celovite skrbi za ustno zdravje prebivalstva.

V naslednjem predavanju z naslovom »Parodontalna bolezen in sistemsko zdravje« je dr. Rok Shara izpostavil pomen povezanosti parodontalne bolezni z drugimi sistemskimi obolenji in stanji, kot so bolezni respiratornega trakta, prezgodnji porod in nizka porodna teža, revmatoidni artritis, osteoporoza, Papillon-Lefevrejev sindrom, hipofosfatazija, nevtropenije, leukocyte Adhesion Deficiency sy, Chediack-Higashijev sindrom, Downov sindrom, histiocytosis X in akrodinija, s posebnim poudarkom mehanizma delovanja na srčno-žilne bolezni in sladkorno bolezen.

Direktiva o varnosti pacientov

Popoldanski del srečanja smo nadaljevali s predavanjem prof. dr. Matjaža Rodeta »Direktiva EU o medicinskih pripomočkih in direktiva EU o varnosti pacientov«. Poudaril je, da so direktive EU namenjene usklajevanju zakonodaj članic EU in jih zavezujejo. Za zobozdravnike je zanimiva Direktiva o medicinskih pripomočkih, ki je bila pripravljena za razpravo v Evropskem parlamentu v začetku letošnjega leta in bo stopila v veljavo leta 2015. Sedaj pri nas velja Zakon o medicinskih pripomočkih (uradni list RS 98/2009). Vsi popravki so namenjeni predvsem večji varnosti pacientov in zagotovljeni kakovosti opreme in pripomočkov. Za zobozdravnike je pomembno, da bo direktiva zahtevala natančno sledljivost vseh uporabljenih materialov, ki se vnašajo v človeško telo – izvor materialov, sestava in proizvajalec.

Direktiva o varnosti pacientov je v zaključni fazi, vendar bo stopila v veljavo leta 2015, so pa glavne misli pomembne za zobozdravnike, da morajo pri svojem poklicnem

delu narediti vse, da zagotovijo varno in strokovno delo, upoštevajo veljavno strokovno doktrino in se neprestano strokovno izobražujejo.

Strokovni del srečanja je zaključil doc. dr. Andrej Kansky s predavanjem z naslovom »Pomen rednih stomatoloških pregledov za oralno zdravje prebivalcev Slovenije«. Predstavil nam je zelo zanimive podatke, da zobozdravniki v Sloveniji opravimo 2 milijona stomatoloških pregledov, 3 milijone stomatoloških posegov, 900.000 plombiranj in endodontije, 256.771 parodontoloških posegov, 234.000 ekstrakcij, 34.000 snemnih protez, 210.000 fiksno-protečnih izdelkov, 29.088 ortodontskih aparatov, 1.335.000 drugih posegov. Rak ustne votline je na šestem mestu v Sloveniji, letno odkrijemo 250 novih bolnikov z rakom ustne votline, od tega se jih 50 konča s smrtnim izidom. Po statistiki Kliničnega oddelka za maksilofacialno kirurgijo UKC Ljubljana 80 odstotkov rakov ustne votline odkrijemo v zobnih ambulantah. Zato je pomemben zaključek, da redni zobozdravniški pregledi rešujejo mnoge težave, v primerih zgodnjega odkritja malignih obolenj pa tudi življenja.

Srečanje so popestrile tudi preventivne sestre iz Zdravstvenega doma Ljubljana, Mojca Kroflič, Primož Brovč in Vida Repovž, s prispevkom »Zobozdravstvena vzgoja otrok in mladostnikov« v avli Domus Medica, tako kot predstavitev dela Centralne medicinske knjižnice.

Positiven naboj srečanja in zavest o pomembnosti našega dela je bila vodilna nit srečanja in zaveza, da s podobnim srečanjem vsako leto zaznamujemo svetovni dan ustnega zdravlja.

Zahvala za to pripada vsem sodelujočim, predavateljem in udeležencem.

E-naslov: diana.terlevic@siol.net

Izzivi današnjega dne: strategija razvoja družinske medicine

Nena Kopčavar Guček

Pred Slovenijo in svetom se pojavljajo novi izzivi: globalizacija, potrošništvo in povečevanje neenakosti. Pojavljali se bodo novi, za katere še niti ne vemo ali jih komaj slutimo. Trideset let po sprejetju deklaracije iz Alma Ate pa je še bolj jasno, da kakovostno primarno zdravstveno varstvo lahko odgovori na veliko resnih izzivov, ki jih prinaša prihodnost. Vprašanje je le, ali je za tako usmeritev dovolj vztrajnosti in politične volje pri tistih, ki imajo za to v rokah vzvode oblasti.

Prof. Igor Švab

»Predlog nacionalne strategije razvoja osnovne zdravstvene dejavnosti do leta 2020« je dokument, ki je bil leta 2012 že predstavljen na Ministrstvu za zdravje. V

uvodu k strategiji je takratni minister Dorijan Marušič zapisal:

Osnovna zdravstvena dejavnost je pomembna:

- za posameznika, ker mu na sistematičen in enostavno dostopen način nudi celovito zdravstveno oskrbo,
- za skupnost, ker zagotavlja enako kakovost in pravičen dostop do oskrbe za vse občane,
- za državo, saj s prevzemanjem vedno večje strokovne in gospodarske odgovornosti predstavlja najbolj učinkovit način organizacije sistema zdravstvenega varstva.

Družinska medicina želi in zmore postati enakovreden partner pri snovanju zdravstvene politike

Čeprav se v številnih zdravstvenih sistemih po svetu izkazuje, da je osnovno zdravstveno varstvo najbolj racionalen in obenem najpomembnejši temelj zdravstvenega sistema vsake države, v Sloveniji pogrešamo občutne premike zdravstvene politike v tej smeri. Zato je Strokovni svet Združenja zdravnikov družinske medicine SZD 19. marca 2012 sklical Vabljeno konferenco o razvoju družinske medicine. Nanjo so bili povabljeni predstavniki obeh kateder za družinsko medicino, mariborske in ljubljanske, predstavniki Združenja zdravnikov družinske medicine SZD, predstavniki Odbora za osnovno zdravstvo, sindikata Praktik.um, Zavoda za razvoj družinske medicine, Ministrstva za zdravje in predstavniki vseh 14 generacij specializantov iz družinske medicine. Namen konference je bil oblikovati in postaviti trdne in konkretne temelje za razvoj naše stroke, tukaj in sedaj.

Po uvodnih besedah prof. Janka Kersnika in prof. Igorja Švaba se je trideset udeležencev razdelilo na štiri skupine. Le-te so nato dobro uro in pol delale ločeno. Vsaka od njih je obravnavala eno od tem, predstavljenih v obliki SWOT-analize: o priložnostih, nevarnostih, notranji moči in slabostih družinske medicine.

Po poročanju skupin so se izoblikovala prioritarna področja delovanja družinske medicine, ki bodo osnova za akcijske plane.

1. Koordinacija in institucionalizacija

Že več let je vizija stroke ustanoviti Inštitut za družinsko medicino. Prevzel naj bi vlogo koordinatorja vseh aktivnosti in koordinacijo med vsemi organizacijami na področju družinske medicine: Katedro za družinsko medicino v Ljubljani, Katedro za družinsko medicino v Mariboru, Združenjem zdravnikov družinske medicine, Zavodom za razvoj družinske medicine, sindikatom Praktik.um, Odborom za osnovno zdravstvo pri Zdravniški zbornici. Prisotni so ugotavljali tudi razdrobljenost teh organizacij, zato so predlagali ustanovitev koordinacijskega telesa, ki bi bilo sestavljeno iz predstavnikov naštetih organizacij in bi obenem predstavljalo sogovornika pri sprejemanju strategij in bi dogovorov v zdravstveni politiki.

2. Komunikacija

Predlogi so posegali na več področij: vzpostavili naj bi nekakšno centralno spletno mesto za usklajevanje obstoječih strategij. Obenem bi to pomenilo obveščanje, pobude izvajalcev na primarni ravni zdravstvenega varstva in nadzor nad kakovostjo dela. Omenjena je bila tudi možnost posveta oz. t.i. virtualna konzultacija.

Nekaj let že traja prizadevanje za izboljšanje komunikacije s kliničnimi specialisti. Že v času študija in specializacije bi mlade morali usposobiti za profesionalno in samozavestno sporazumevanje s kolegi kliničnih strok.

Komuniciranje z zdravstveno zavarovalnico, ZZZS, naj bi učinkoviteje vzpostavilo koordinacijsko telo, v katerem bi bili predstavniki vseh organizacij na področju družinske medicine,

ki bi po ustanovitvi Inštituta za družinsko medicino prevzelo koordiniranje komuniciranja.

3. Soodločanje

Iz pasivnega spremljanja, sprejemanja in izvajanja zakonov, odločitev in predpisov zdravstvene politike naj bi stroka prestopila v soustvarjanje zdravstvene politike. Stroka naj bi s pobudami aktivno sodelovala z Ministrstvom za zdravje, saj je zaradi svoje geografske pokritosti, številčnosti in pogostih stikov z uporabniki najboljše seznanjena s tematiko in problematiko osnovnega zdravstvenega varstva. Zaenkrat naj bi to vlogo prevzelo koordinacijsko telo, po ustanovitvi pa Inštitut za družinsko medicino.

4. Vzpostavljanje partnerstva

Zdravniki družinske medicine si moramo pridobiti somišljenike in partnerje med drugimi zdravstvenimi strokovnjaki, ki so člani naših timov. Morali bi se povezati s krovnimi organizacijami zdravstvenih tehnikov, diplomiranih medicinskih sester in drugih sodelavcev, kar bi zaradi skupnih ciljev in sorodne problematike pomenilo veliko moč pri strateških pogajanjih.

5. Vlaganje v nadzor kakovosti

Upoštevanje in nadzorovanje kazalcev kakovosti je treba podpreti in vzdrževati pri vsakodnevnem delu. S tem sta lahko zagotovljena profesionalnost in kakovost našega dela.

Nove oblike nadzora, zlasti znotraj stroke, bi bile zelo dobrodošle (npr. vizitacije, strokovni kolegiji, virtualne posvetovalnice).

6. Promocija dosežkov družinske medicine

Obveščanje laične in strokovne javnosti o dogajanju v osnovnem zdravstvenem varstvu bi bilo treba izboljšati in razširiti. To ni stroka, ki bi bila senzacionalna, je pa izjemno pomembna in vsakodnevno izvede ogromno število storitev. Pomembni pa sta tudi znanstvenoraziskovalna in izobraževalna dejavnost na polju družinske medicine, ki ju naša stroka z velikim ugledom in uspehi izvaja doma in v tujini.

Pomembno bi bilo redno, ažurno in z dokazi podprto, argumentirano obveščanje strokovne in laične javnosti o dosežkih in dilemah na polju družinske medicine.

Dosledna uporaba naziva (specialist družinske medicine) bi stroki zagotovila primeren položaj, ne le v sodelovanju s specialisti kliničnih strok, temveč tudi v razumevanju vloge in pomena družinske medicine nasploh.

Zaključek I. konference o razvoju družinske medicine

V naslednjem koraku je treba za vsako od teh področij izdelati akcijske plane, ki bodo poleg vsebine definirali tudi nosilce in roke izvedbe. Čaka nas torej še veliko dela, a vajeni smo zavihati rokave. Naslednja konferenca z istimi in dodatno vabljenimi udeleženci je sklicana za 21. maj 2013.

E-naslov: nenakopcar-gucek@zd-lj.si

Zagrožene kazni naročnikom in izvajalcem reševalnih prevozov

Nedolgo tega smo specialisti družinske medicine prejeli dopis, v katerem so Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije ter zavarovalnice Adriatic, Vzajemna in Triglav napovedali poostrene nadzore nad naročanjem in izvajanjem reševalnih prevozov. Ocenjujejo, da je v zadnjem času prihajalo do nepravilnosti pri naročanju nenujnih prevozov s spremljevalcem, katerih število se je opazno povečalo. V dopisu naznanjajo, da bodo sankcionirali bolnišnice, zdravstvene domove in koncesionarje, ki v dokumentaciji ne bodo imeli ustrezne utemeljitve potrebe po spremljevalcu. Zdravnik, ki je prevoz naročil, bo moral iz »lastnega žepa« plačati razliko med stroški nenujnega prevoza s spremljevalcem in stroški sanitetnega prevoza. Poleg zagroženih kazni bode v oči tudi besednjak (sankcije), iz katerega je razvidno, da se kaznovalna politika ob dejstvu, da v Sloveni vlada hudo pomanjkanje zdravnikov, še zaostrojuje.

Zavarovalnice so se zaradi naraščajočega števila nenujnih reševalnih prevozov s spremljevalcem torej obrnile na naročnike in izvajalce, medtem ko svojim uporabnikom in plačnikom zavarovanj niso poslale obvestila, v katerem bi na razumljiv način opisale, v katerih okoliščinah bolnikom pripada določena vrsta prevoza. Teoretične zapise bi lahko podkrepili tudi s hipotetičnimi primeri. Kot primer bolnikov, pri katerih po merilih prej omenjenih zavarovalnic ne bi smeli označiti, da potrebujejo spremljevalca, navajam nekaj resničnih primerov:

- Prevoz bolnice z metastatskim rakom črevesja, ki v varovanem stanovanju živi z možem, pri katerem sta diagnosticirani Parkinsonova bolezen in demenca; ker je bolnica zaradi kemoterapij in boleznih oslabela, opravlja izbrani zdravnik (specialist družinske medicine) preglede in morebitne odvzeme krvi na t. i. hišnih obiskih. Vprašanje, ki se ob tem pojavlja, je: če bolnica ni zmožna priti niti do bližnje ambulante, kako bo potem zmožna prevoza brez spremljevalca?
- Prevoz dementnega bolnika, za katerega vas na hišni obisk kličejo v petek popoldan; napredovanje bolnikove demence spremljate že več let in svojce ste že večkrat opozorili, da glede na svoje stanje ne more bivati sam. Svojci se izgovarjajo, da se ne morejo dogovoriti, kako bi delili deleže stroškov domske oskrbe, zato je ostareli oče še vedno kar doma. V petek pa so ob prihodu v hišo, kjer živi, ugotovili, da obstaja huda nevarnost, da bo prišlo do požara, saj bolnik odlaga polena vsepovsod po hiši. Takoj so poklicali v ambulanto in izrazili željo po nujni obravnavi zaradi poslabšanja stanja njegove demence. Z reševalnim vozilom (s spremstvom) je bil prepeljan na psihiatrično kliniko, kjer je bil hospitaliziran.
- Bolnico zaradi redkega obolenja kože s sočasnimi epizodami dihalnih tisk (večkrat je imela tudi pnevmotoraks) spremljate

na domu, saj je potrebno trajno zdravljenje s kisikom (neprekinjeno dovajanje kisika). Ker na zadnjem hišnem obisku ugotovite, da je nepojasnjeno shujšala za 10 kg, jo je treba poslati na preiskave. Načeloma za prevoz ne bi nujno potrebovala spremljevalca, saj navsezadnje tudi v domačem stanovanju lahko naredi tistih nekaj korakov med spalnico, straniščem in kuhinjo.

Podobna vprašanja se zastavljajo specialistom družinske medicine, ki se vsakodnevno srečujemo s krutimi, a resničnimi situacijami na terenu. Zdravnik z Gorenjske je tako moral povrniti stroške prevoza vseh spremljevalcev, ki jih je označil na nalogo za reševalni prevoz, razen v primeru nepomičnih bolnikov. Izpostavil je primer dementnega bolnika, ki bi ga moral glede na veljavna pravila nadzirati med vožnjo kar voznik sam.

Če bi se »do zadnje črke« držali Pravidnika o prevozih pacientov, nikoli ne bi smeli označiti spremstva, saj je *sanitetni prevoz* po definiciji tisti prevoz bolnika, ki ne potrebuje spremstva ali zdravstvene oskrbe zdravstvenega delavca, medtem ko naj bi bil *nenujni reševalni prevoz* namenjen tistim bolnikom, ki zaradi svojega zdravstvenega stanja potrebujejo spremstvo ali zdravstveno oskrbo zdravstvenega delavca. V skladu s tem so tudi sestavljene ekipe za posamezne vrste prevozov. V istem pravilniku pa sta si v nasprotju 2. in 4. člen: v enem piše, da se nenujni prevozi izvajajo z reševalnim *ali* sanitetnim vozilom, v drugem pa, da se izvajajo z reševalnim vozilom.

Težava pa ni le v načenjanju partnerskega odnosa med zdravnikom in oslabelem bolnikom, ki potrebuje prevoze, in se slednji »lomi« na birokratskih predpisih premalo temeljito pripravljene pravilnika. Problem je tudi, koliko časa ima sploh na voljo zdravnik, da vse situacije ustrezno zapiše v medicinsko dokumentacijo. Iz prakse vemo, da mnogi od specialistov družinske medicine na svoj službeni računalnik pristopajo od doma, saj jim v službi zmanjka časa za ustrezno dokumentiranje svojega dela. Medtem ko lahko zdravnikovi sodelavci pravično uživajo svoj prosti čas, morajo zdravniki to nadoknaditi in postoriti tisto, česar jim ni uspelo med delom v ordinaciji.

V letu 2013 je marsikateri specialist družinske medicine poročal, da je v primeru, ko na naročilnici za prevoz ni označil potrebe po spremljevalcu, doživel, da voznik (oz. spremljevalec) ni hotel opraviti prevoza. Neredko se je zgodilo, da so pred prevozom k zdravniku »poslali« sorodnike, naj zahtevajo popravek naročila, tako da bo označena potreba po spremstvu. Včasih se je pred ordinacijo ustavilo reševalno vozilo, spremljevalec pa je »skočil« do medicinske sestre, da je označila križec na naročilu. Šlo je torej za izvajanje neke vrste pritiska na zdravnika družinske medicine, ki bo poslej še sankcioniran! Včasih o pravilnosti prevoza podvomijo tudi bolniki in njihovi svojci. Nekateri

so namreč povedali, da je bilo na naročilu reševalnega vozila označeno spremstvo, v vozilu pa se je namesto spremljevalca v resnici peljal še en bolnik.

Ob koncu tega razmišljanja o napovedanem sankcioniranju reševalnih prevozov se spomnimo še na razpravo, ki se je v medijih odvijala v zvezi z limuzinami, s katerimi se vozijo vidni predstavniki nekaterih zavarovalnic. Le zakaj se ne moremo znebiti vtisa, da politikom, zakonodajalcem in upravljavcem

našega denarja za posameznika ni mar? Še zlasti, če gre za bolnega in oslabelega človeka.

Prim. doc. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med., specialistka družinske medicine

P. S. Zahvaljujem se specialistom družinske medicine, ki so sodelovali v razpravi o problematiki zagroženih kazni na spletnem portalu sindikata Praktik.um

E-naslov: danica.rotar@gmail.com

Zobozdravniki skrbimo za ustno zdravje naših pacientov

V zadnjem času smo bili priča številnim prispevkom v medijih, ki so zobozdravnikom očitali visoke marže in nedostopnost do zobozdravstvenih storitev. Sodobnega zobozdravstvenega varstva **ob vsem pridobljenem teoretičnem in praktičnem znanju** ni mogoče izvajati brez sodobne tehnološke opremljenosti. Zobozdravniki smo **poleg obsežnega teoretičnega, s sodobno strokovno doktrino podprtega znanja** odvisni od tehnologije, brez sodobnih materialov in dovolj časa ni mogoče zagotavljati kakovostnega in varnega zobozdravstvenega varstva. Zobozdravniško delo **sodi v velikem delu med kirurško-estetske posege v človeško telo**, je **pretežno** ročno in izjemno natančno, sodobni postopki pa časovno vedno bolj potratni.

Torej, cena je tudi v zobozdravstvu, kot drugje v medicini, sestavljena iz več elementov. Odvisna je od diagnoze bolezni, načina diagnosticiranja, načina zdravljenja in tudi od načina rehabilitacije okvarjenega zoba ali brezzobosti. Uporabljajo se različni diagnostični postopki, različne aparature in materiali za rehabilitacijo. Vse to je vsaj nekaj razlogov za različne cene. Ima pa vsak pacient pravico in možnosti do drugega mnenja, ki bo vsaj nekoliko olajšalo njegovo končno odločitev.

Tudi iz naših vrst so bile izrečene v javnosti izjave, ki so vzpodbudile val ogorčenja med zobozdravniki. Gre za osebna mnenja,

ki ne odražajo mnenja stroke. V Odboru za zobozdravstvo pri ZZS si prizadevamo za dostopnost do tistih storitev, ki ohranjajo ustno zdravje vseh prebivalcev v Sloveniji. Dobro ustno zdravje je pravica vsakega izmed nas, skrb zanj pa ob posamezniku prevzema celotna družba. Nekatere nadstandardne storitve v zobozdravstvu (podobno je tudi v medicini) pa sodijo v tisti krog storitev, ki nikjer po svetu niso dostopne vsakemu.

Slovenski zobozdravniki si že več kot zadnjih 10 let prizadevamo, da bi v povezavi z zdravstveno politiko in zavarovalnico posodobili in dopolnili »Zeleno knjigo«, a so naša prizadevanja neuspešna.

Z zaskrbljenostjo slovenski zobozdravniki in tudi zdravniki opozarjamo na nevarnosti »dentalnega turizma«. Rehabilitacija okvarjenih ali manjkajočih zob ni le enkratno dejanje, saj zahteva najprej vzpostavitev pogojev za rehabilitacijo in tudi spremljanje in redne kontrolne preglede po končani rehabilitaciji.

Skrb za ustno zdravje ni enkratni dogodek, je proces, ki traja od rojstva do smrti.

Sabina Markoli, dr. dent. med.

Predsednica Odbora za zobozdravstvo ZZS

E-naslov: sabina.markoli@siol.net

Prava pot?

Ali bomo zaradi krize in številnih ukrepov, ki pretresajo Slovenijo, morali zapirati zdravstvene domove, bolnišnice?

So what!

Željko B. Jakelič

K pisanju prispevka me je spodbudil krizni sestanek v Splošni bolnišnici na Jesenicah (SBJ) (21. 2. 2013). Zaradi nezmožnosti plačevanja neplačanih računov je Kemofarmacija prenehala

dobavljati pomembna in za življenje nujna zdravila, brez katerih je nemogoče opravljati osnovne operacije. Zanimivo? Zakaj in kako je sploh možno, da je do tega prišlo? Kako je možno, da bolnišnica,

ki pokriva celotno Gorenjsko, ostane brez zdravil? Halo? Kaj to pomeni? Ali je do tega prišlo zaradi malomarnosti SBJ, ali je k temu pripomogel ZZZS s številnimi varčevalnimi ukrepi? Kaj pomeni zmanjšano nakazilo (7 odstotkov mase in še dodatno 3-odstotno zmanjšanje vrednosti točke) za slehernega izvajalca? V zdravstvu oz. za posameznega izvajalca to pomeni zmanjšanje količine denarja za osnovne stroške obratovanja, medtem ko so s številnimi dodatnimi zahtevami in javnimi deli ter s pomočjo javnih zdravstvenih sredstev največji dobičkarji postali gradbeniki, močna farmacevtska industrija, dobavitelji aparatov in materialov, programske hiše, zavarovalničarji (*Sabina Markoli. V dubu časa. Isis, februar 2013; 3–4*). Zanimivo in hkrati prav čudno je dejstvo, da prav Kemofarmacija, ki je prenehala z dobavo materiala, v času recesije ustvarja skoraj 10-milijonske dobičke v poslovanju samo z UKC-ji in drugimi zavodi! Kako? Ne morem razumeti, da je nastala kriza samo v eno smer, ko iz številnih medijev zasledimo, da nekateri funkcionarji kljub izredno visoki plači želijo še dodaten denar za storitve, ki jih ne opravljajo več! Zanimivo! Zanimivo je tudi dejstvo, da kljub nenehnemu dotoku denarja, le-tega ni in ni! Kam gre resnično ves denar in ali je (naš) denar porabljen v pravi namen? Kako na to gledajo in ukrepajo naši zastopniki, ki iz udobnih stolčkov in s primerno nagrado z lahkoto podpisujejo oz. parafirajo razne nepravilnosti? Ali so tudi oni prizadeti? Zanimivo je tudi dejstvo, da si ZZZS in Ministrstvo za zdravje jemljeta pravico (in to brez soglasja partnerjev) uvajanja novih računalniških programov (Projekt Izdatki), pri čemer smo prav izvajalci tisti, ki moramo plačevati tako izobraževanje svojih zaposlenih kot uporabo novih programov! Oblast? Bahaštvo! Arogantnost! Ignoranca! Podcenjevalno! Kako? Ne morem verjeti! Strašno! Kako bomo (izvajalci) odgovorili številnim bolnikom, da se kljub Zakonu o pacientovih pravicah (deklarativnemu) čakalne vrste vsakodnevno podaljšujejo? Kako razložiti opeharjenim in razočaranim pacientom, da morajo za nekatere enostavne posege čakati »celo večnost«? Kako? Perpetuum mobile? Halo? Kako je mogoče z denarjem, ki lahko zagotovi le minimalne zdravstvene storitve, bolnikom obljubiti vrhunske medicinske storitve, ki prav zagotovo niso poceni?

Kljub izredno težki situaciji številni vodilni omenjajo besede, kot so reorganizacija poslovanja, prerazporeditev denarja in kadra. Iskanje številnih rezerv je danes velikokrat težko oz. nemogoče, sploh ko vemo, da je to v nesorazmerju z realnostjo! Ali bomo morali zmanjšati materialne stroške, normative in ekipe, dežurstva, strokovna izpopolnjevanja, brez katerih Zdravniška zbornica ne bo izdala licence za delo? Ali je to edini izhod? Morebiti? Ne,

ne morem verjeti! To bi bili samomorilski ukrepi, s katerimi bi zdravstvo šlo nekaj let oz. desetletja nazaj! Upravičeno? V časih, ko medicina in znanost izredno napredujeta in se znanost že uveljavlja skoraj povsod, smo mi zaradi pomanjkanja denarja na ... Kje sam se ustavil? Prosim? Razporeditev denarja je slaba! Na eni strani je denarja zadosti za storitve, kot so svetovanja, slabi krediti, nagrade ..., z druge strani pa je nemogoče priskrbeti nujno potreben denar za nakup nujno potrebnih zdravil in ohranjanje delovnih mest. Medtem pa kljub restriktivnim ukrepom, kot so varčevanja, zmanjšanja mase plač, ki so videti kot edina in prava rešitev, ZZZS napoveduje skoraj 100-milijonski primanjkljaj (direktor ZZZS). Ali je to res? Ali bomo s temi ukrepi konkurenčni? Ne morem verjeti! Ali se bo z zmanjšanjem denarja ohranila kakovostna oskrba številnih bolnikov in skrajšale čakalne dobe? Kljub obljubam ne verjamem, saj je to nemogoče!

Pa ne morem mimo še enega dejstva! Namreč, v medijih se velikokrat omenjajo previsoke plače na Zdravniški zbornici Slovenije (ZZS)! Kako je mogoče, da nekateri delavci, kljub dejstvu, da so plače velikokrat korigirane navzdol, dobivajo neupravičeno visoke plače in odpravnine kljub tako politični kot ekonomski krizi, ki je zadela celotno Slovenijo. Kako? Postavlja se vprašanje, zakaj je treba nekemu, ki je bil dobro plačan funkcionar – kot je bilo v javnosti večkrat rečeno, je bila plača predsednice 8.000 bruto za 80-odstotno delovno obveznost – ob prenehanju funkcije plačati nekakšno odpravnino, saj ... (*Joachim Gross. Članarina in odpravnina. Isis, januar 2013; 32.*). Na ta in podobna vprašanja morajo odgovorni za to situacijo tudi odgovoriti. Ali ne?

Članarina ZZS je obvezna in je po mojem mnenju previsoka! To je mnenje številnih zdravnikov, s katerimi se srečujem. Kaj nam ZZS ponuja za članarino, ki vsak mesec priteka na njen račun in za katero vsako leto dobivamo **odločbo** (priporočeno!!!!) o višini zneska? Ali res potrebujemo super moderno stavbo z izredno sodobnim pohištvo? Ali to želi članstvo? Kako in zakaj se rabi članarina? Morebiti za ... vsak primer! Preglednost porabe denarja bi bila dobra in primerna ideja! Ali? Kako o tem mislijo člani? Skrajni čas bi bil za odgovor na ta in podobna vprašanja, ki se zastavljajo že nekaj let!

In na koncu, kaj bo po odstopu vlade in ministrov? Kaj bo z zastavljenimi ukrepi? Ali bodo ukrepi ostali v veljavi? *Déjà vu?* Kako razumeti te in podobne ukrepe? To pa je že višja matematika! *Quo vadis?* Utopizem? Bomo videli! Samo to nam še ostane!

Tako je, in tako mora biti!!! Ali? *So what!*

Spoštovana novinarka Diana Zajec, spoštovani prof. Pavle Kornhauser!

Uredništvo revije Isis se je na zadnji seji uredniškega odbora odločilo, da na forumskih straneh ne želimo več objavljati neprijetnih osebnih besed, saj le-te povzročajo prizadetost in neprijetne občutke tako na eni kot na drugi strani. Z opravičilom želimo izraziti razumevanje neprijetnih občutkov, ki jih akterji spopada povsem nezasluženo prejemajo (in si jih zadajo), čeprav jih po svoji človeški in profesionalni

plati niti približno ne zaslužijo in s tem pravzaprav postanejo povsem neupravičene žrtve drug drugega. S tega vidika se uredništvo revije Isis opravičuje novinarki Diani Zajec, prof. Pavletu Kornhauserju, vsem ostalim udeležencem zdravnikom in urednikom Dela.

Z odličnimi pozdravi,

Uredništvo revije Isis

Medicine se uči kot športa

Intervju s prof. dr. Bojano Beovič, dr. med., predsednico Sveta za izobraževanje in usposabljanje zdravnikov

Polona Lečnik Wallas

V zadnjem času se je zbornica soočila z dilemami na področju specializacij. Kot predsednica Sveta za izobraževanje in usposabljanje zdravnikov ste gotovo informirani o vseh interesih mladih zdravnikov.

Res je, prav je, da se je dialog z mladimi zdravniki odprl, saj so željni več informacij, želijo si večje udeležbe pri odločanju. Mislim, da je mlade zdravnike potrebno podpreti v iskanju pravih odgovorov. Zbornica je naredila korak naprej, povabila jih je na odprt pogovor v Domus Medica. Povabili smo jih tudi k aktivni udeležbi v reviji Isis in v Tedenskem biltenu, ki ga izdaja zbornica.

Kaj je po vašem mnenju glavni razlog za njihova številna vprašanja in katera so ta?

V prvi vrsti zagotovo pomanjkanje števila specializantskih mest, nezaposlenost zdravnikov. Primerjava z evropskimi državami, s katerimi se najbrž želimo primerjati glede ravni zdravstva, že vrsto let kaže na to, da je zdravnikov v Sloveniji na 1000 prebivalcev za tretjino manj kot v državah EU-15. Poleg tega se v tem desetletju upokojuje močna

tako imenovana »baby-boom« povojna generacija. Slovenija je želela primanjkljaj zdravnikov nadomestiti, nastala je nova medicinska fakulteta v Mariboru, povečal se je vpis na ljubljansko fakulteto, bolj nedavno je politika s tem namenom tudi poenostavila zaposlovanje zdravnikov iz drugih držav. Število zdravnikov je naraščalo v smeri, kot smo si v bistvu želeli, nato pa smo se soočili z gospodarsko krizo, ki onemogoča nastajanje novih delovnih mest zanje.

Mladi zdravniki so vam pisali pismo, organizirali so javno razpravo. Katera vprašanja, dileme so izpostavili?

Oglasili so se mladi zdravniki, posebej tisti, ki so študij in prihodnje zdravniško delo vzeli resno; to so dobri študenti, ki so prosti čas izrabljali za pridobivanje izkušenj s prostovoljnimi delom na oddelkih in v ambulantah, pomoč pri raziskavah, izobraževanju laikov in podobno. Moti jih, da bolj kot objektivni izkazi o pridnosti, izobraženosti, usposobljenosti in ne nazadnje morda tudi pameti pri izbiri specializanta šteje mnenje starejših kolegov, ki sedijo v izbirnih komisijah. V zadnjem času je veliko razpravljanja sprožila tudi prežgodaj sporočena informacija o spreminjanju razpisnih pogojev tik pred zdajci. Zagovarjajo



Foto: Bor Dobrin

transparentnost postopkov. Njihova stališča so legitimna in jih upoštevamo.

Kaj je tisto, kar diplomante najbolj moti? Nekateri mladi zdravniki govorijo o sužnjelastništvu, zastoj delovni sili. Kakšno je vaše mnenje o tem?

Sama sem bila pred leti specializantka, kar nekaj časa, saj sem specializacijo zamenjala, sedaj sem že desetletja mentor študentom, pripravnikom, specializantom, tudi volunterjem. Nikoli mi ni prišlo na misel, da gre za »sužnjelastništvo«. Odnos mojih učiteljev do nas, mladih zdravnikov, ni bil vedno prijazen, a v spominu mi je ostala le velika hvaležnost za vse, kar so me včasih na trd način naučili. Medicine se uči tako kot športa, delati moraš sam, bolnika za bolnikom, ko se desetkrat, stokrat ponovi ista situacija, dobiš občutek, za kaj gre in kaj moraš storiti. Možnost delati na oddelku ali v ambulanti pod nadzorom, z vsakodnevnimi razpravami na raportih, vizitah, ob odpustnicah, je, če imate svoj poklic radi, užitek. Seveda pa je prav, da se človek s svojim delom tudi preživlja, zato iskanje delovne sile v volunterjih ni prava rešitev, nekajtedensko voluntiranje naj bo priložnost za medsebojno spoznavanje in ugotavljanje, ali je izbrana specialnost prava.

Zdravstveni zavodi v različnih regijah bi želeli imeti vpliv na izbiro specializanta. Kakšni so vaši pomisleki?

Direktorji zavodov menijo, da je izbira specializantov njihova pristojnost in odgovornost, saj brez vpliva na kadrovsko politiko pač ni možno voditi nobene »delovne organizacije«. Tej trditvi na prvi pogled ni lahko ugovarjati. Pa vendar: direktorji javnih zavodov niso lastniki podjetij, gre za, lahko bi rekli, visoke državne uradnike, ki so na svojem mestu za čas mandata. Zdravnikovo izobraževanje v času specializacije in kasnejše delo v specialnosti pa je daljše od direktorskega mandata, zato je razumljivo, da spremembe, ki se prilagajajo interesom posameznega direktorja, niso možne. Poleg tega je pokritost države s specialisti posameznih strok javni interes, ki mora upoštevati dolgoročne zdravstvene potrebe prebivalstva. Tudi v državah, kjer so izvajalci zdravstvenih storitev pretežno zasebniki, zdravstvo in s tem potrebe po različnih specialnostih regulira država. Seveda pa poznamo v Sloveniji drugo skrajnost, ki se ji reče varnost zaposlitve v javnem sektorju. Možnosti, ki jih imajo direktorji za sankcioniranje različnih oblik slabega dela, so tako rekoč neznatne.

Število specializantskih mest oblikujeta zbornica in ministrstvo na podlagi predlogov, ki jih pošiljajo koordinatorji oziroma zavodi. Kako so sprejete odločitve o številu specialistov? Kakšne so dileme, ki se porajajo ob tem?

Število specializantskih mest je odvisno od predvidnih upokojitev, od števila specializantov, ki so že »v sistemu«, in od načrtov stroke v posamezni regiji. Slednje naj bi bilo odvisno od demografskih in epidemioloških dejavnikov, pa tudi od novih pristopov k zdravljenju, ki lahko, mimogrede, potrebe

po specialistih določenih strok celo zmanjšajo. Značilen primer povečanja potreb predstavlja v zadnjem času onkologija, ki se sooča z večjo pogostnostjo raka, večjim številom starostnikov, ki pogosteje od mlajših zbolijo za rakom, in novimi, za zdravnika zahtevnimi metodami zdravljenja. Predloge za specializantska mesta pošljejo zavodi in koordinatorji posameznih specialnosti. Tako zavodi kot koordinatorji predlagajo število mest na podlagi ocene; natančnih izračunov, ki bi temeljili na obsegu dela, ki ga opravi zdravnik, in izračunanim številu bolnikov v določenem obdobju v določeni regiji, (še) nimamo. Zbornica skuša predloge, podane na podlagi ocen, med seboj uravnotežiti in pri tem upoštevati nekatere prioritete, kot sta trenutno že omenjena onkologija ali primarna raven. Na vsak način si bomo na zbornici prizadevali na tem področju narediti korak naprej skupaj s posameznimi strokami (verjetno strokovnimi sveti), MZ, IVZ in ZZS.

Kako vi osebno vidite problematiko? Kaj bi izpostavili? Kakšne so vaše aktivnosti v prihodnje?

Deloma sem na to vprašanje odgovorila že pri prejšnjem vprašanju. Potrebna bo natančna analiza potreb po zdravnikih, ki naj bo usklajena s tem, kar Slovenija zmore in želi imeti. Pri tem morajo sodelovati vsi, ki delujejo na področju zdravstva, poleg zbornice tudi ministrstvo, ZZS in IVZ. Ne tako, da eden drugemu očitamo in sprejemamo delne, na prvi pogled vsečne odločitve, ampak da ugotovimo, kaj je za slovensko zdravstvo prav in potrebno.

Seveda pa področje specializacij ni edino, s katerim se ukvarja Svet za izobraževanje. Samo s specializacijami se podrobneje ukvarja Komisija za podiplomsko usposabljanje, ki jo vodi prof. Borut Geršak. Svet za izobraževanje je odgovoren tudi za neprekinjeno podiplomsko usposabljanje zdravnikov, kjer bo treba poskrbeti, da bo izobraževanje omogočeno prav vsem zdravnikom in da bodo slovenski zdravniki tudi v času po študiju sledili izobraženosti in usposobljenosti zdravnikov po Evropi. Večji poudarek bo treba dati poleg stroke v ožjem pomenu besede tistim znanjem, ki jih vsak zdravnik pri svojem delu potrebuje: komuniciranju, etičnim vprašanjem, skrbi za varnost bolnikov, merjenju kakovosti dela ...

Pri pripravištvu in specializacijah bo treba zagotoviti, da potekajo v institucijah, ki imajo potrebno znanje in dovolj posegov oziroma diagnoz, ki se jih mora mladi zdravnik naučiti.

Kakšni so napori zbornice glede razpisa specializacij?

Zbornica si bo prizadevala, da letošnji razpis omogoči specializacijo (skoraj) vsem mladim zdravnikom, saj upamo, da se bodo razmere vendarle uredile in bodo mladi specialisti čez nekaj let lahko skrbeli za vedno bolj številne slovenske bolnike.

E-naslov: polona.wallas@zzs-mcs.si



Čas za družino.

Igor Muževič, dr. med., specialist družinske medicine

Danica Rotar Pavlič

Pogovor z Igorjem Muževičem, mladim zdravnikom in specialistom družinske medicine, je potekal v soboto, saj drugače ni bilo mogoče najti skupnega prostega časa, ki bi nama obema ustrežal. Izkoristiti je bilo treba tudi možnost, ki jo je ponujalo srečanje za zdravnike družinske medicine Schrottovi dnevi. Tako kot se moramo na primarni ravni vsakodnevno prilagajati čezmernim obremenitvam in novostim, sva tudi midva s kolegom združila več stvari naenkrat.

Časovne obremenitve in neznošen storitveni tempo – to je prvo, o čemer bi se rada pogovorila z vami. Družinski zdravniki se pogosto vprašamo, ali je še »luč na koncu predora«? Morda se mladi zdravniki prav zato ne odločajo za specializacijo iz družinske medicine in raje čakajo na zavodu za zaposlovanje na boljše možnosti?

Razlogi, da se mladi zdravniki ne odločajo za specializacijo iz družinske medicine, so številni. Prave odgovore pa po navadi najlažje poiščemo tako, da prisluhnemo mladim, kaj jih motivira za izbiro kariere. V praksi se zato veliko pogovarjamo s kolegi, kaj je najbolj motečega v tem sicer čudovitem poklicu, da je zanj tako malo zanimanja. Skušamo poiskati in ponuditi rešitve, ki so jih v tujini sprejeli, da so odpravili tovrstne težave. Tuje izkušnje so pokazale, da odločilni dejavnik, ki privabi nov kader, predstavljajo urejene delovne razmere zdravnikov družinske medicine. V Sloveniji smo za zdaj še zelo oddaljeni od delovnih

razmer, ki bi bile privlačne za mlade, predvsem zaradi izrazite preobremenjenosti. Zato ni presenetljivo, da je v spletni anketi, ki so jo izpolnjevali mladi zdravniki, samo 5 od 175 zdravnikov izrazilo željo, da bi specializirali družinsko medicino.

Vprašati se moramo, zakaj je nezanimanje tolikšno? V Veliki Britaniji so se s podobnimi problemi soočali pred približno 15 leti, saj je le malokdo želel biti zdravnik družinske medicine. Tam so zelo, morda celo preveč preprosto rešili ta problem: družinskim zdravnikom so podvojili plačo, ker so menili, da je to najlažji način za privabitev mladih v to vejo medicine. In kaj so s tem dosegli? Zanimanje za specializacijo se je izrazito povečalo, tako da je danes to ena izmed najbolj kompetitivnih smeri v medicini – vendar pa ne samo zaradi želje po zaslužku. Družinski zdravniki so videli, da imajo zdaj dovolj sredstev, ki jim omogočajo finančno neodvisnost, ter da lahko začnejo delati manj intenzivno in hkrati bolj kakovostno. Sredstva in sprememba zakonodaje so jim omogočili, da imajo lahko fleksibilen delovni čas, zaradi česar lahko bolj kakovostno preživljajo svoj prosti čas z družino. Ko smo proučevali motivacijske raziskave o interesih mladih zdravnikov, ko razmišljajo o specializaciji iz družinske medicine, opravljene v številnih razvitih evropskih državah, smo ugotovili, da se na prvem mestu pojavlja potreba po združljivosti dela z družinskim življenjem. Ta motiv je sicer pomemben vsem generacijam družinskih zdravnikov, daleč najbolj pa mladim – in

sicer tako ženskam kot moškim, kar je treba še posebno poudariti. Tudi moški si namreč dandanes zelo prizadevamo, da se poklicna izbira ne vpleta preveč v družinsko življenje.

V Veliki Britaniji so zdravniki družinske medicine pri izpostavljanju prednosti specializacije v ospredje postavili predvsem urejeno družinsko življenje, visoko na lestvici pomembnosti so se uvrstile še zanimivost, širina in kompleksnost poklica, komaj okrog 15. mesta pa je bil omenjen finančni vidik. A ne smemo pozabiti, da so družinski zdravniki tam bolje plačani tudi od kirurgov, kar je bil pomemben dejavnik, da je prišlo do povečanega zanimanja za specializacijo, ki je privabil nove zdravnike in s tem omogočil veliko razbremenitev. V Veliki Britaniji je prišlo do takšnih sprememb, da se na eno prosto mesto za specializacijo prijavita povprečno dva zdravnika. Kar 95 odstotkov tamkajšnjih »GP-jev« je zelo zadovoljnih z izbiro svojega poklica. Podobno velja tudi za druge evropske države, kjer so začeli vzpodbujati primarno zdravstvo. Glede tega smo v Sloveniji unikum, saj smo bistveno predolgo zanemarjali družinsko medicino. Ko namreč prebiramo priporočila WHO in npr. letošnje februarско poročilo Evropske komisije, vidimo, da povsod poudarjajo nujnost vlaganja v primarno zdravstvo – med drugim tudi z motiviranjem mladih zdravnikov z zagotavljanjem boljših delovnih razmer v družinski medicini. Vsem razvitim državam je to jasno, vsi aktivno delajo na tem, še zlasti v kriznih časih, Slovenija pa še kar naprej ostaja pri poudarjanju pomembnosti družinske medicine zgolj na deklarativni ravni, saj se sredstva za družinsko medicino celo krčijo. To je problematično; mlade bomo privabili šele, ko bomo ustvarili takšne delovne razmere, kot so v tujini.

Tudi jaz menim, da so stvari na deklarativni ravni sicer urejene, v praksi pa so stvari predvsem zaradi pomanjkanja zdravnikov popolnoma drugačne. Mene je v družinsko medicino »potegnila« prav ta celovita skrb za bolnika, partnersko sodelovanje. Čeprav si lahko v našem poklicu kar 24 ur na dan, si poleg tega, da si zdravnik, vedno tudi sočuten človek – zdravnik in človek, ki dolgotrajno spremlja svojega bolnika in njegove družinske člane oz. ljudi, s katerimi živi. Zakaj ste se vi kot mlad zdravnik vendarle odločili za specializacijo iz družinske medicine? Če sklepam po vašem odgovoru na prejšnje vprašanje, odločitev gotovo ni bila lahka.

Ravno nasprotno, odločitev je bila zelo lahka. Kot študent namreč še ne poznaš vseh problemov, zato morda izhaja iz idealizirane predstave o družinski medicini – takšne, kot je v urejenih državah, kjer te vanjo privabijo ravno dejavniki, ki ste jih tudi sami omenili: idilična predstava o tem, kako boš vse znanje, ki si ga pridobil med študijem, končno lahko uporabil v okolju, kjer bolnik živi; spoznal in zdravil boš njegove družinske člane, tudi z obiski na domu, in prav zares celostno obravnaval bolnika ... Mislim, da se nas je večina odločila za družinsko medicino prav zaradi tega. Tudi mene je privabil ta ideal, saj nikakor nisem hotel, da gre vsestransko in celovito

znanje, ki ga pridobimo na fakulteti, v nič. Kvečjemu sem spoznal, koliko nam ga še primanjkuje in da ga je treba nenehno nadgrajevati, če želimo dobro skrbeti za bolnike. Širokega znanja nisem želel vpeti v subspecialistično področje in nato delovati v okolju strogega hierarhičnega reda. Bolnišnični zdravnik ne zagotavlja takšne oskrbe bolnika kot družinski, pri čemer seveda nimam v mislih kakovosti, ampak način dela. S tem ni nič narobe; prav nasprotno: če bolnišnično delo ne bi imelo svojih čarov, zanj med mladimi zdravniki ne bi bilo toliko zanimanja. Mislim, da je v veliki meri tudi stvar osebnosti zdravnika, za katero specializacijo se bo odločil. V družinski medicini v Sloveniji se pojavi problem, ko prideš na delovno mesto, kjer se srečaš s preobremenjenostjo in pomanjkanjem sredstev. Poprejšnje idealizirane prestave se kaj hitro razblinijo ob ugotovitvi, da bolnikom ne moreš ponuditi celovite oskrbe na primarni ravni. To povzroči veliko frustracijo ter vodi v visoko stopnjo izgorevanja in višjo stopnjo umrljivosti, kar vse ima za posledico nezanimanje mladih zdravnikov za to specializacijo.

Vrniva se k mednarodni primerjavi, ki se mi zdi dobra iztočnica za najin nadaljnji pogovor. Ravno včeraj sem med pregledovanjem izsledkov raziskav o organiziranosti primarnega zdravstva v Evropi ugotavljala, da smo v Sloveniji začeli zaostajati za drugimi, tako imenovanimi razvitimi državami. Se tudi vam zdi mogoče, da se res premikamo s položaja visoko umeščenih držav na sredino lestvice ali celo nižje?

To je zelo zanimiva iztočnica. Imam občutek, da je naša politika malce zaspala na preteklih dosežkih. Glede na nedavne raziskave naj bi bila družinska medicina v Sloveniji še vedno med močnejšimi v primerjavi z drugimi evropskimi državami. Problem nastane, ko začneš podrobneje proučevati, kako so raziskovalci prišli do te ugotovitve. Pri razvrščanju so namreč upoštevali sedem različnih meril, od katerih je bil zelo velik poudarek na zdravstveni zakonodaji. Ta je, kar zadeva bolnikove pravice, v Sloveniji zelo dobro napisana, kar nam je prineslo zelo veliko točk. Po drugi strani pa so spregledali dejstvo, da vse te pravice sploh niso upošteevane in uveljavljene, kar je v praksi edino pomembno. Skratka, tu smo dobili veliko »praznih« točk. Veliko točk je prinesel tudi izobraževalni sistem, ki je, kar zadeva specializacijo družinske medicine, pri nas odličen. Spet so nam prisodili veliko točk, hkrati pa raziskava ni upoštevala, da je premalo kadra, ki bi se vključil v to izobraževanje. Nadalje so z veliko točkami ocenili količino storitev za vsoto denarja, ki jo dobijo bolniki v primarnem zdravstvu, nihče pa ni upošteval, kakšna je kakovost te obravnave in koliko morajo družinski zdravniki izgorevati, da zadostijo temu merilu. Zaradi takega načina točkovanja smo se uvrstili med močne države, čeprav gre v resnici zgolj za iluzijo močne primarne ravni. Politiki so na podlagi teh podatkov zaspali, saj so bile stvari na deklarativni ravni videti urejene. Premalo oz. skoraj nič se ni naredilo, da bi se to premaknilo v prakso. Zavedanje problematike je po moje veliko, samo treba ga je še ponotranjiti in sprejeti kot dejstvo,

s katerim trenutno živimo. Pri tem imamo pomembno vlogo družinski zdravniki, ki moramo aktivno ozaveščati tako javnost kot nosilce zdravstvene politike.

Iz vašega življenjepisa sem razbrala, da imate precej znanja iz ekonomskih znanosti. Temu ste dodali še medicino in specializacijo družinske medicine. Vas je kdaj mikalo, da bi se zavihteli med vodilni kader slovenskega zdravstva?

Aktivno o tem nikoli nisem razmišljal. Na ekonomsko fakulteto sem se vpisal na podiplomski študij, znanstveni magisterij poslovedenja in organizacije, vzporedno pa sem začel še s specializacijo iz družinske medicine. Tovrstna odločitev gre po mojem skupaj z osebnostjo človeka, ki ga zanima širina znanja, morda tudi na račun poglobljenosti, kar je povsem v redu, če se zavedaš svojih omejitev. Tako kot je družinska medicina znotraj medicine najširša veja, sem dojemal tudi ekonomijo kot široko družboslovno znanost, ki se odlično dopolnjuje z naravoslovno znanostjo. Zdelo se mi je, da bom tako bolje razumel družbeno okolje in da bom lažje postal aktivni del družbe. Motivacija za spreminjanje trenutnega sistema je prišla sama od sebe z opazovanjem okolja in z ugotavljanjem problemov. Motivacija se namreč vedno rodi iz problema, ki ti povzroča frustracijo, kar je neprijeten občutek, ki se ga želiš znebiti. Jaz sem začutil problem, ki me najbolj frustrira, v slabih delovnih razmerah v družinski medicini. Za vodilne položaje v zdravstvu za zdaj nimam ambicij, razen če predpostavimo, da je predsedništvo sindikata vodilni položaj. Vendar gre za prostovoljno delo brez finančnega nadomestila, kjer samo »težimo« nosilcem zdravstvene politike z na dokazih temelječimi argumenti.

Mladi strokovnjaki v pogovoru pogosto zatrjujejo, da ne vidijo boljše prihodnosti, saj pomembne položaje zasedajo vedno isti ljudje oz. se je uveljavilo »menjavanje stolčkov«. Menijo, da se zato »dogaja ulica«, saj je posameznik ostal brez vsake možnosti vplivanja. Ali to po vašem mnenju velja tudi v zdravstvu? Ste zato ustanovili sindikat Praktik.um?

Ne, omenjeni sindikat ni bil ustanovljen z namenom rušiti stolčke, ki so jih v zadnjih desetletjih zasedli pomembni kadri v zdravstveni politiki. Je pa res, da smo Slovenci spet neke vrste unikum v razvitem svetu, če našo državo sploh lahko uvrščamo v razviti svet. Namreč, po navadi je nekako samo po sebi umevno, da dolgo vztrajati na istem položaju ni higienično, saj to kmalu prinese tudi velike probleme. Navsezadnje vse ustave razvitih držav z razlogom za najpomembnejše funkcije določajo omejitve mandata. Teoretično ne bi smel biti problem, kdo in koliko časa je na vodstvenih položajih; problem je, kaj ta posameznik dela. Zdaj že imamo toliko izkušenj – kar se ne nazadnje kaže »na ulici« – da vidimo, da ti posamezniki preprosto ne delajo prav, ne spoštujejo zakonodaje, aktivno ali pasivno omogočajo visoko stopnjo korupcije in kljub temu ne odstopajo s položajev. Tudi v Sloveniji je treba pozdraviti protikorupcijska prizadevanja, ki se že kar nekaj časa uveljavljajo tudi na Balkanu. Glede tovrstnih sprememb sem zelo optimističen, saj



Čas za delo.

se bo sicer družba sesula sama od sebe. Seveda bomo vsi morali aktivno sodelovati, da do tega ne bo prišlo.

Ime sindikata me spominja na modrega zdravnika iz prakse, ki svoj vpliv gradi prav zaradi večšin vsakodnevne dela. Kaj je v vašem delovanju praktično uporabnega? Kje vidite dodano vrednost k obstoječim sindikatom? Kaj lahko naredite v prid dejavnosti družinske medicine?

To je vprašanje, pri katerem se takoj spomnim manjših konfliktov, ki so se pojavljali ob rojstvu našega sindikata, ko je morda prišlo do nesporazuma v smislu, »kaj se to eni mladci gremo revolucijo«. A zelo hitro smo uspeli stvari postaviti na svoje mesto. Tradicionalne zdravniške organizacije so namreč kmalu ugotovile, da gre samo za to, da bi radi zdravniki, ki najbolje poznamo osnovno zdravstvo, sodelovali pri odločitvah in spremembah na bolje. Imamo dobre ideje, ki temeljijo na kakovostnih podatkih. Z njimi znamo suvereno in argumentirano razpravljati ter prepričevati odločevalce, da sprejemajo aktivnosti, ki so usmerjene predvsem v bolnika. Fides ostaja krovni sindikat zdravnikov, ki je naredil marsikaj dobrega, vendar – gledano s stališča organizacijske znanosti – tako široka sindikalna organizacija že po definiciji ne more biti ustrezno osredotočena na specifično problematiko določenega specialističnega področja. Prav zaradi tega ne more dovolj celovito obravnavati problematike osnovnega zdravstva. Ocenjujem, da



Čas za sprostitev.

je naš sindikat tukaj odlična dodana vrednost, saj je naša naloga poleg povezovanja kolegic in kolegov sistemsko spreminjati zdravstveno politiko na primarni ravni, ki v interes postavlja bolnika in zdravnika družinske medicine. Zgledno sodelujemo z vsemi najpomembnejšimi zdravniškimi organizacijami in aktivno izvajamo skupne projekte.

Kako so vaše delovanje sprejeli v uveljavljenih zdravstvenih organizacijah, kot so Zavod za zdravstveno zavarovanje, Združenje zdravstvenih zavodov RS, Ministrstvo za zdravje, Zdravniška zbornica?

Z vodstvom ZZZS smo se že večkrat sestali in imeli zelo konstruktivne pogovore. Čeprav so trd pogajalec, smo jih uspeli nekoliko omehčati. Ko so spoznali, da se je začelo pretiravati z okrožnicami in birokratizacijo, so pokazali pripravljenost za aktivno sodelovanje pri debirokratizaciji. Tako zdaj postopoma začinjamo vzpostavljati prve zametke partnerskega odnosa, kot je tudi predvideno v zakonodaji. Res pa je, da je stare navede težko spreminjati, kar se že kaže v novih okrožnicah, kjer nam grozijo z nadzori in kaznimi pri predpisovanju reševalnih prevozov. Predlagali smo jim naš način dela, ki je po mojem mnenju kakovosten in stroškovno učinkovit; a če jim ne ustreza, lahko sami prevzamejo nekatere naloge. Vprašanje je, ali bo ob nadaljevanju tovrstne politike ZZZS še smiselno zanje opravljati naloge, ki so nato predmet sankcij.

Kar zadeva sodelovanje z drugimi uveljavljenimi zdravstvenimi organizacijami, je stanje naslednje: predsednik Zdravniške zbornice je podpiral družinsko medicino še pred ustanovitvijo sindikata. S prim. Možino smo hitro našli skupni jezik, saj je eden izmed glavnih zagovornikov družinske medicine v državi. Z Združenjem zdravstvenih zavodov za zdaj ne sodelujemo, smo pa opazili, da v javnosti včasih podajajo izjave, ki ne temeljijo vedno na ustreznih dokazih. Postopoma jim bomo poskušali razložiti, da smo vsi udeleženci v javni

mreži enakovredni. Predstavniki Ministrstva za zdravje so na srečanju zelo pohvalili naše gradivo za krepitev primarne zdravstvene ravni in za ohranitev javnozdravstvene blagajne. Minister je z zanimanjem prebral predloge. V kratkem imamo skupaj s predstavnico SZZZZS in predstavnikom Odbora za osnovno zdravstvo ZZS pri ministru sestanek glede problematike primarnega zdravstva.

Kakšen je odnos medijev do vašega dela?

Moram reči, da je zelo pozitiven. Mediji čedalje bolj spoznavajo, da je krepitev primarnega zdravstva pomemben javnozdravstveni problem. Ugotovili so, da naše delo ne pomeni sindikalne revolucije, ampak da smo v ospredje postavili bolnika. Podpirajo nas pri vseh aktivnostih, ki bodo izboljšale kakovost življenja in zdravstvenega stanja prebivalstva.

Menite, da je slaba novica s področja zdravstva res tisto, kar dvigne naklado medijem? Kako lahko izboljšamo vzdušje, ki ga soustvarjajo tudi mediji?

Menda obstajajo tehtni dokazi, da se slaba novica bolje prodaja in dviguje naklado tiskanim medijem oz. povečuje gledanost televizijskim programom. Moje mnenje tega žal ne bo spremenilo. Mislim, da se večina novinarjev drži etičnega kodeksa in da poskušajo poročati uravnoteženo. Problem pa je, ker se tudi znotraj različnih medijev vsi ne držijo tega kodeksa, zaradi česar prihaja do senzacionalističnega poročanja, kar pa sili v medijsko ospredje. Tako dobri novinarji s pozitivnimi novicami v poplavi vseh novic kar nekako zbledijo. Novinarji tudi sami aktivno obsojajo senzacionalizem. Osebnostno bi urejanje tega področja prepustil njim, saj verjamem, da bodo temu kos.

Dotakniva se še bolnikov, s katerimi se srečujete. Kadar predavam študentom medicine, vedno poudarjam, da je naše delo mogoče le zaradi ljudi, zaradi bolnikov, ki nam zaupajo. Brez njihovega sodelovanja in strinjanja lahko

zdravniki zapremo vrata ordinacij. Smo na bolnike res začeli pozabljati?

Tisti trenutek, ko začnemo pozabljati na bolnike, lahko naredimo natančno to, kar ste rekli – zapremo vrata ordinacij, saj v tem primeru naše delo povsem izgubi svoj pravi smisel. Kar se dela dobrega v medicini, se dela za ljudi. Vse ostalo – od poskusov vplivanja farmacevtskih lobijev do neustreznih pritiskov nekaterih zdravniških avtoritet – je zgolj neke vrste nezaželen stranski produkt, proti kateremu se moramo aktivno boriti, da bi ga čim bolj omejili. V medicini morajo veljati jasna etična merila. V duhu novega papeža, ki si je izbral skromno ime in nakazal nove trende v katoliški Cerkvi, ki jo bo treba po njegovem mnenju spet bolj približati ljudem, bi bilo prav, da se tudi v medicini približamo bolniku. To naj bo naše temeljno poslanstvo. Težko si predstavljam drugačno prihodnost medicine.

Ali ocenjujete, konkretno tudi v vaši ambulanti, da se obolenost v družbi zaradi posledic splošne krize in recesije spreminja? Kako to opazate pri svojem delu?

O tem je tekla razprava že na začetku krize, leta 2009. Takrat teh sprememb še nismo opazili. V zadnjem letu pa ugotavljam, da veliko ljudi navaja pritiske zaradi dogajanj na delovnem mestu; prihaja do prilagoditvenih motenj; obiskov zaradi konfliktov na delovnem mestu je vse več; velik porast števila bolnikov je opaziti zaradi odpovedovanja delovnih razmerij, čemur sledijo družinske krize. Ne čutim, da bi me to dodatno obremenjevalo, razen seveda psihično, ker gre za velike stiske. Če ne bomo aktivno spreminjali celotne družbene ureditve, bo tudi to področje postalo izrazito pomembno, kar ne nazadnje zadeva tudi obremenitve ambulate.

Smo še vedno preveč pasivni pri spreminjanju družbenih razmer?

Ja, imam občutek, da smo – sploh v družinski medicini – že vsaj 20 let navajeni, da nam nalagajo vedno nove obveznosti, mi pa samo pridno kimamo in se občasno dobimo na kakem srečanju, kjer se malce »psihoterapiramo«, nato pa gremo izgorevat nazaj na delovno mesto. A mladi nismo več pripravljene delati tako. Morda tega nekateri ne razumejo, ampak mi se ne bomo spremenili, kar je nujno treba upoštevati pri kadrovske politiki. Samo mladi namreč lahko prevzamemo vlogo zdravnikov, ko se bodo ti upokojili. Sicer bo zmanjkalo kadra.

Omenili ste izgorelost. Kako se ji izogibate vi osebno?

Prav zdaj bi to težko pojasnil, ker sem sam čisto na robu izgorelosti. Na srečo imam zelo razumevajočega delodajalca, tako da mi zagotavlja nadomeščanje ambulate, ko imam druge obveznosti. Vsi se moramo truditi za upoštevanje pravic, ki nam pripadajo po že veljavni zakonodaji, zaradi česar lahko morda prihaja tudi do konfliktov z vodstvom zdravstvenih zavodov. Doseči moramo, da se pritiski, ki nimajo osnove v zakonodaji, povsem odpravijo oz. v prvem koraku vsaj močno omilijo. Tukaj bi morda izpostavil sočasno dolžnost dežuranja ob že tako preobremenjenem rednem delu v ambulanti, zaradi česar smo ves čas prisiljeni kršiti normative in s tem Zakon o zdravniški

službi. Najhuje pa je, da nas s tem dobesedno silijo neustrezno obravnavati bolnike, sklicujoč se na nejasno napisane pravilnike, ki niso usklajeni z zakonodajo. Za to bi nekdo moral tudi odgovarjati.

Ja, biti na dveh mestih, dežurati in redno delati, to je eden od glavnih dejavnikov, ki mlade zdravnike odvrča od odločitve za specializacijo iz družinske medicine. No, nisem slišala pričakovanih odgovorov – šport, planinarjenje, ukvarjanje z otroki ... Res zmanjka vsega prostega časa?

Prostega časa je res premalo. Za športne aktivnosti skoraj nič. Dolgoročno je nemogoče vzdržati v takšnem tempu. Tistega malo časa, kar ga ostane, seveda namenjam družini. Brez podpore družine ne bi nič uspelo.

Pogovor običajno zaključimo s sporočili, za katera menimo, da so ključna usmeritev za nas same in za stroko v prihodnje. Se vam zdi, da sva morda kaj pozabila omeniti?

Oh, verjetno sva »pozabila« na tisoč stvari, vendar se mi zdi, da sva opravila zelo prijeten pogovor in izpostavila bistvo problematike družinske medicine ter nakazala možnosti za izboljšave. Je pa tema tako obširna, da je možno o njej razpravljati dolgo, dolgo časa – in še vedno ne bi obdelala čisto vseh stvari.

Morda za konec še kot povabilo zdravnikom družinske medicine, ki niso člani Praktik.uma: koliko vas je za zdaj in kam se lahko obrnejo tisti, ki bi se želeli včlaniti? Verjamem, da bo kandidatov po tem intervjuju kar precej.

Trenutno nas je približno 280, kar je 28 odstotkov vseh družinskih zdravnikov. Do tega števila smo prišli v pol leta od ustanovitve sindikata, kar je velik uspeh, ki dokazuje, da so razmere žal res težke. Bi pa vseeno pozval vse preostale kolegice in kolege, da se nam pridružijo, saj v pogajanjih z nosilci zdravstvene politike opazamo, da jih bistveno bolj kot argumenti zanima, koliko članov šteje naš sindikat. Morda si nekateri kolegi, ki se še obotavljajo, mislijo: »Ah, saj se jim bomo pridružili, ko se bo kaj spremenilo.« Takšno gledanje je podobno vprašanju, ali je bilo prej jajce ali kura. Če namreč želimo spremembe, najprej potrebujemo čim močnejšo bazo članov, zato še enkrat vabim vse kolegice in kolege družinske in splošne medicine, da se včlanijo v naš sindikat. Letna članarina je simbolična in znaša 25 evrov. Ker se številni člani, tako mladi kot manj mladi, trudimo in vlagamo res veliko prostega časa brez enega samega evra povračila, si po mojem vsak lahko vzame pet minut časa, da natisne in izpolni pristopno izjavo ter jo pošlje na naslov sindikata. S tem bo izrazil podporo našemu delu in pripomogel, da se stanje v družinski medicini končno premakne na bolje.

Hvala za ta prijeten pogovor. Upam, da vam bo v tem lepem sončnem sobotnem dnevu ob ukvarjanju z družinsko medicino ostalo še kaj časa tudi za družino.

Najlepša hvala tudi vam.

E-naslov: danica.rotar@gmail.com

Med medicino in upodabljajočo umetnostjo

Votivno slikarstvo z medicinsko tematiko na Sladki Gori

Nadaljevanje

K naslovnici Izide za leto 2013

Zvonka Zupanič Slavec

V januarski številki Izide je objavljen zapis o votivnem slikarstvu z medicinsko vsebino v baročni cerkvi na Sladki Gori, pomembni zdravstveni romarski točki Slovencev skozi stoletja. Baročni slikar in freskant Franc Jelovšek je cerkev izjemno bogato poslikal z bolezenskimi motivi, iz katerih se zrcali nemoč bolnika v času razsvetljenstva, ko je bila medicina še zelo nerazvita, ljudje pa so živeli silno skromno in bili pogosto nepismeni. Zato so bolniki romali za zdravje do različnih cerkev, še posebej Marijinih, saj je sv. Marija osrednja krščanska zavetnica v bolezni. Poleg nje so se od srednjega veka ohranili tudi drugi svetniki – zavetniki v bolezni, ki so bili večinoma mučenci. Med njimi naj omenim sv. Luko, zdravnika, zavetnika vseh zdravnikov, brata zdravnika sv. Kozmo in Damijana, zavetnika zdravnikov, lekarnarjev in drugih, sv. Lucijo, zavetnico pred boleznimi očmi, sv. Agato zaščitnico pred boleznimi prsi, sv. Apolonijo – zavetnico pred boleznimi zob, sv. Sebastjana in sv. Roka – zavetnika pred kužnimi boleznimi, sv. Blaža – zavetnika pred boleznimi vratu in grla, sv. Erazma – zavetnika pred boleznimi črevesja in trebušne votline ter druge. Tudi v sladkogorski cerkvi je nekaj kipov teh zavetnikov, sv. Lucije in sv. Apolonije.

Zgodbe Jelovškovih fresk

Kot je vsako življenje svoja zgodba, tako si je tudi freskant Franc Jelovšek zamislil zgodbe bolnikov in jih naslikal v skupinah, kjer vsak sam ali s svojimi spremljevalci predstavljajo svojo bolezensko pripoved. Motivi bolnikov se zato med svetopisemskimi in nabožnimi motivi v cerkvi pojavljajo v gručah, kot v medaljonu, in tvorijo zaključene celote. Pri tem je avtor vsebinsko združeval podobne vzroke bolezni, kot na primer naravne katastrofe: potres, povodenj, požar; nesreče pri delu: v gozdarstvu, poljedelstvu in lokalno razširjenem vinogradništvu; kakor tudi žanrske motive iz sveta preprostih ljudi, revežev in jetnikov ter tedanje gosposke. Kmečko delo je bilo pogosto povezano s poškodbami; tako je Jelovšek prikazal nekaj vsekanin, poškodb s podrtim drevjem ipd. Utopitev kaže na takratno neznanje plavanja oz. v primeru mlade utopljenke nakazuje morebiten primer samomora zaradi nezaželene nosečnosti.

Posebno mesto zavzemajo otroci, predvsem dojenčki, ki jih je slikar naslikal prav veliko. Žalostni izrazi njihovih mater kažejo na stisko celih družin ter naroda nasploh ob smrtonosnih epidemijah otroških bolezni: davice, škrlatinke, otroške paralize in drugih, ki so izjemno večale umrljivost v predmikrobiološki



Desno v oboku med prezbiterijem in cerkveno ladjo je na freski 344 prikazan padec s konja.

dobi, pred poznavanjem cepiv in ustreznih zdravil. Poleg otrok zasedajo pomemben delež slikarjeve medicinske ikonografije še kronični bolniki. Le-te je avtor večinoma naslikal v postelji kot nemočne in pomoči potrebne, ponekod s farmacevtskimi pripomočki. Nekatere neozdravljive notranje bolezni, srčne in revmatične bolezni ter kapi, prirojene degenerativne, mišične in nevrološke bolezni ter druge, ki so trajno zaznamovale posameznika oziroma njegove najbližje, kažejo s pogostostjo Jelovškovih upodobitev na pomemben delež takratne patologije med odraslim oziroma starejšim prebivalstvom.

Vredno bi bilo omeniti, da je med naslikanimi bolniki malo starcev. Najverjetneje ne gre le za naključje, ampak za odsev takratne krajše življenjske dobe. Freske predstavljenih bolnikov hote ali nehote kažejo tudi na številčni odnos med posameznimi boleznimi takratne



V kompoziciji na stropu desne polkupole spredaj je Jelovšek naslikal mlajšo nezavestno žensko, ki jo polivajo z vodo. Iz upodobitve ne moremo sklepati na vzrok nezavesti.

dobe. Slepota v današnjem času predstavlja desetino vseh invalidnosti. Klasičnih vzrokov zanjo, kot je bil trahom, danes ne srečujemo več. Jelovšek pa je med tamkajšnjimi romarji najverjetneje videval trahomske slepce, saj so romarji prihajali tudi iz bližnjega in s trahomom okuženega Prekmurja in Medžimurja.

Bergle, ki kažejo na gibalne motnje, srečamo na Jelovških freskah vsaj v treh primerih: pri otroku in moškem ter ženski v zrelih letih, ki glede na povite noge najverjetneje boleha zaradi odpovedovanja srca, posledičnih krčnih žil in odprtih ran na golenih, lahko pa tudi česa drugega. Kljub drugačnosti dve in pol stoletji odmaknjenege časa je bila zmožnost samostojnega gibanja od nekdanj prisposodba človekove samostojnosti, zato toliko bolj razumemo romanja hromih na priprošnja božjepotna mesta.

Ne preseneča niti redkost Jelovških upodobitev pohabljenecv in duševnih bolnikov: njihova zaznamovanost je nagovarjala svojce, da so jih zapirali pred očmi sveta in se najverjetneje zanje priporočali brez njihove prisotnosti. Le en motiv morebiti vsebinsko kaže na rešitev duševnih spon s simbolno odložitvijo verig. Za isti prizor pa bi glede na vojaško opravo portretiranca z večjo verjetnostjo pomislili na njegovo rešitev iz ječe.



V kompoziciji na stropu leve polkupole prikazuje slikar mlajšega nezavestnega moškega, ki leži z glavo vznak, ob njem pa sta zgrožena kmeta. Lahko bi šlo za nesrečo, nenadno izgubo zavesti, srčni infarkt ali drugo stanje, ki v trenutku pripelje do navidezne ali dejanske smrti.

Podobno kot so se romarji priporočali za osebno zdravje in zdravje svojcev, so prosili tudi za zdravje živine. Govedo, pa tudi prašiči so bili pomemben vir hrane, zato je bilo njihovo zdravje za prebivalstvo pomembno. Nekaj prizorov prikazuje govedo, na primer z gnojnim očesnim izcedkom. Goveja kuga, slinavka in parkljevka so bile klasične bolezni živine tudi tedanjega časa, proti katerim so se kmetje priporočali na božjih poteh.

Razvrstitev votivnih medicinskih fresk v sladkogorski cerkvi

Jelovšek je medicinske votive uravnoteženo razporedil po vsej cerkvi. Nahajajo se v kupoli prezbiterija, na oboku med prezbiterijem in osrednjo cerkveno ladjo, na stropu leve in desne cerkvene kapele ter v oboku pod cerkvenim korom.

V kupoli prezbiterija so iluzionistično-abstraktno naslikani naslednji neoštevilčeni votanti:

Kompozicija treh:

- levo sedi starejši votant s trakom čez oči in berglo v roki, morebiti je slep;
- mlada utopljenka, ki jo zgroženi rešujeta najverjetneje mati in mlajša sestra;



Na steni kora desno je motiv kmeta, ki po bregu spušta voz z vpreženimi konji in polnimi sodi, hlapec pa se je ob zaviranju voza ponesrečil, padel podenj in mu je kolo poškodovalo golen, da iz odprtega zloma močno krvavi. Desno je freskant Jelovšek naslikal tudi sebe in v kronogram z močnejšimi majuskulami zapisal letnico sklenitve dela 1753: Cor & pictor lae Labore M Delparae offert Franz Illouscheg. V desnico si je dal srce, ga z žarki povezal do srca Matere božje in s tem ikonografsko izpričal svojo ljubezen do nje ter se najverjetneje priporočil tudi za svoje zdravje.

- v sredini je napol razgaljen epileptik v tipičnem krčevitem položaju ob napadu, usločeno ležeč na hrbtu, dotikajoč se tal predvsem s petami in rameni in tipično stisnjenimi pestmi ter spodvitimi palci, glava pa je močno nagnjena nazaj;
- desno je starejši sedeči bolnik z razgaljeno levo golenjo in veliko secernirajočo rano, ki bi lahko bila posledica golenske razjede (ulcus cruris), kostne tuberkuloze (osteo-artikularna tuberkuloza), vnetja kostnega mozga (kronični osteomielitis) ali morebiti sifilisa.

Kompozicija petih:

- levo je stariček s povitima golenoma, na kateri kaže z roko;
- za njim je bolnik s hromo in povito levo roko, ki jo podpira z desnico ter prosi za njeno ozdravitev; morebiti gre za stanje po možganski kapi;
- v sredini sta na posteljah moleča in proseča bolnika z nespecifično medicinsko simptomatiko;
- desno je mati z razgaljenim dojenčkom, za katerega zdravje se priporoča, ob njej pa deklica z molkom v rokah.

Posamični votivi:

- čoln s čolnarjema in mladim utopljenecem;
- umirajoči bolnik na postelji, ki ga duhovnik obhaja; ob vznožju sedi mlajša ženska in si v žalosti z levico podpira glavo, pred posteljo leži govedo;



V kupoli prezbiterija: v sredini je napol razgaljen epileptik v tipičnem krčevitem položaju ob napadu, usločeno ležeč na hrbtu, dotikajoč se tal predvsem s petami in rameni in tipično stisnjenimi pestmi ter spodvitimi palci, glava pa je močno nagnjena nazaj.

Desno je starejši sedeči bolnik z razgaljeno levo golenjo in veliko secernirajočo rano, ki bi lahko bila posledica golenske razjede (ulcus cruris), kostne tuberkuloze (osteo-artikularna tuberkuloza), vnetja kostnega mozga (kronični osteomielitis) ali morebiti sifilisa.

- mati s hudo prizadetima dojenčkoma na kolenih, ki ne kažeta znakov življenja;
- ženska na mrtvaškem odru, ob njej duhovnik, ki ji drži svečo in bere iz Svetega pisma.

Levo v oboku med prezbiterijem in cerkveno ladjo so v kompoziciji oštevilčeni votivi 351, 374, 432, trije pa so neoštevilčeni:

- 351: na levi strani skupine bolnikov leži mlad moški, ki mu iz ust teče curek krvi, najverjetneje zaradi krvaveče rane na želodcu (haematemesis?);
- ob njem sedi mati z razgaljenim, hudo prizadetim, morda celo mrtvim dojenčkom;
- 374: na oltarju sedita dečka. Levi ima razgaljeni, zatečeni goleni, polni fistul (odprtini) v koži, iz katerih se cedi gnoj. Najverjetneje gre za vnetje kostnega mozga (osteomielitis) ali kostno in sklepno tuberkulozo. Desni deček kaže na bolne oči: očesni zrkli sta preraščeni z belino – trahomskim panusom. Slepota je najverjetneje posledica lokalno razširjenega endemskega trahoma. Ker sta votanta zavedena pod isto številko, sta morebiti sorodnika, brata;
- še bolj desno je fantič dobrih desetih let, ki v dvignjenih rokah drži bergli, za njim pa stoji mati in ga podpira, ker sam ne more stati. Znani so primeri poklanjanja bergel svetnikom v zahvalo za shoditev, česar pa v tem primeru ni. Mati in otrok se priporočata za ozdravitev gibal. O vzroku



V kupoli prezbitarija: umirajoči bolnik na postelji, ki ga duhovnik obhaja, ob vnožju sedi mlajša ženska in si v žalosti z levico podpira glavo, pred posteljo leži govedo.

bolezni lahko samo sklepamo (degenerativne mišične in živčne bolezni?).

Desno v oboku med prezbitarijem in cerkveno ladjo si je slikar zamislil kompozicijo votantov s številkami 307, 344, 405 in 400:

- 307: na levi mati podpira sklonjenega desetletnega dečka in mu pod usta moli podobo z inicialkama MB, na katero je izpljunil krajši žebelj, ki ga je po nesreči vsesal. Otrok bi se zaradi nesreče lahko zadušil;
- 344: na steni visi slika z jezdecem, ki je padel s splašenega konja;
- 405: v sredini in spodaj je na freski deklica, ki je padla na glavo v škaaf z vodo;
- 400: nad njo mati pod pazduho podpira približno štiriletnega otroka, ki ima srjčko dvignjeno nad kolena. Ta so bolezensko zadebeljena in deformirana, podobno so spremenjeni tudi sklepi na desni ročici. Primer spominja na revmatoidno vnetje otroške dobe, znano kot primarni kronični revmatizem (Mb. Still). Morebiti je opisana motnja posledica rahitisa, saj ima otrok za svojo starost preveliko glavo.

V kompoziciji **na stropu leve polkropole** je Jelovšek naslikal votive 126, 114 in 436:

- 436: levo je mlajši nezavesten moški, ki leži z glavo vznak, ob njem pa sta zgrožena kmeta. Sprednji se sklanja nadenj in mu na desnici otipava pulz, drugi ga prestrašeno opazuje. Lahko bi šlo za nesrečo, nenadno izgubo zavesti, srčni infarkt ali drugo stanje, ki v trenutku pripelje do navidezne ali dejanske smrti;
- 126: v sredini je upodobljen padec delavca s strehe. V rokah drži sekiro, s katero se je najverjetneje ponesrečil pri delu, saj je na levem ramenu vidna krvaveča vsekana. Najverjetneje gre za poškodbo pri delu;



V kupoli prezbitarija: mati s hudo prizadetima dojenčkoma na kolenih, ki ne kažeta znakov življenja.

- 114: desno je prizor z materjo in tremi hudo prizadetimi, morebiti celo mrtvimi dojenčki. Nad njimi druga mati drži v naročju še živega, približno leto dni starega otroka in prosi za njegovo zdravje. Grozljiva prizora kažeta na epidemijo nalezljive otroške bolezni z veliko smrtnostjo.

Neoštevilčena kompozicija **v zadnjem delu leve polkropole** predstavlja silovit potres (takšen je bil leta 1711), ob katerem se vse ruši in ljudje padajo kot snopi.

V levi kompoziciji **nad korom v levi polkupoli** je freskant naslikal prizor pri jedi za gosposko mizo s petimi ljudmi in psom. Označen je s številko 144:

- 144: moški srednjih let nenadoma vstaja od mize in se v smrtni sili z desnico opira na naslonjalo stola, z levico pa grabi za grlo ter ozira navzgor. Na mizi je prevrnjen vrč. Z grozo v očeh ga opazujeta žena za mizo in druga ženska za njim, ki se instinktivno z levico prav tako prijema za grlo. Dogodka se še ne zaveda le drug moški, ki stoji pije iz vrča. Najverjetneje je bil pod votivom 144 opisan dramatični dogodek davljenja s tujkom, večjim zalogajem hrane (ali koščico), ki je med hranjenjem obtičal v grlu ali požiralniku. Lahko bi šlo tudi za srčni infarkt ali napad krčevitega kašlja. Tak akutni dogodek se je lahko končal tudi tragično.

V kompoziciji **na stropu desne polkropole spredaj** je slikar strnil primere treh nesreč, ki so označene s številkami 359, 427 in 96:

- 359: levo je naslikan padec mlajšega moškega s konja in poškodba glave; možganovina se v curku zliva iz velike rane desno na čelu;



Na stropu desne podkupole zadaj so naslikani votivi:

56: na desni strani kompozicije stoji odrasla močnejša ženska, zazrta v nebo, s povito nogo in oprta na bergli. Težave s hojo se lahko pojavijo iz več razlogov, med njimi pogosto zaradi krčnih žilah, ki se rade stopnjujejo v težko ozdravljive odprte golenske razjede z močnimi oteklina in hudimi bolečinami;

129: skrajno desno sedi in moli starec z razgaljenima in zadebeljenima kolenoma, polnima izrastkov, podobnih kot pri redki bolezni neurofibromatozi (Mb. Recklinghausen). Zaradi takratne razširjenosti sifilisa je možno, da gre za njegov sekundarni ali terciarni stadij.

- 427: zadaj vidimo voz s snopi žita in volovsko vprego, ki povozí zibelko z dojenčkom;
- 96: desno spredaj pa mlajšo nezavestno žensko polivajo z vodo. Iz upodobitve ne moremo sklepati na vzrok nezavesti.

V kompozicijo **na stropu desne podkupole zadaj** je freskant strnil prizor s požarom, pred njim pa bolnika. Votivi so oštevilčeni s številkami 428, 56, 129, eden je neoštevilčen:

- levo je naslikan neoštevilčen, na trebuhu ležeč nezavestni moški s krvavečo rano na desni podlahti, nad njim pa padajoče drevo. Najverjetneje gre za votiv poškodbe gozdnega delavca;
- 428: v ozadju je naslikana goreča hiša;
- 56: na desni strani kompozicije stoji odrasla močnejša ženska, zazrta v nebo, s povito nogo in oprta na bergli. Težave s hojo se lahko pojavijo iz več razlogov, med njimi pogosto zaradi krčnih žilah, ki se rade stopnjujejo v težko ozdravljive odprte golenske razjede z močnimi oteklina in hudimi bolečinami;
- 129: skrajno desno sedi in moli starec z razgaljenima in zadebeljenima kolenoma, polnima izrastkov, podobnih pri redki bolezni neurofibromatozi (Mb. Recklinghausen). Zaradi takratne razširjenosti sifilisa je možno, da gre za njegov sekundarni ali terciarni stadij.

V kompozicijo **v desni polkupoli pred korom** je Jelovšek naslikal štiri votive – 158, 395, 445, skrajno desni ni oštevilčen:

- 158: levo je elegantno oblečen moški, ki drži v rokah razprto jetniško okovje, za njim pa je stolp trdnjave z rešetko. Obstaja domneva, da gre za votanta, ki se zahvaljuje za osvoboditev iz ječe;
- 395: pod njim leži bolnica z glavo vznak in srepim pogledom v nebo ter z iztegnjenima rokama in nogama. Deluje, kot bi bila nezavestna. Ne bi bilo prav, da bi se spuščali v medicinske spekulacije in v upodobitvi poskušali videti več, kot je Jelovšek prikazal. Bolnica daje vtis prizadetosti od možganske kapi, lahko pa bi bila njena nezavest pogojena tudi z drugimi vzroki;
- 445: sredi slike leži mlajši bolnik (ali bolnica?) v meščanski postelji in daje vtis, da gre za dolgotrajno kronično bolezen;
- skrajno desni votant je morebiti oštevilčen, a številka ni berljiva. Klečeči in moleči bolnik ima levo na licu narančnega raka s tremi pari klešč, ki je z glavo obrnjen proti priprošnjikovemu vratu. Vidi se, da je slikar hotel simbolno upodobiti rakavo obolenje in laično narisal raka, ki pa mu manjka en par klešč. Na licu bi lahko bila kožna razjeda (kankroid), tuberkulozna ali sifilitična razjeda ali noma (gangrenozni stomatitis) oziroma rakava kožna razjeda.

Na steni pevskega kora levo je kompozicija šestih votivov s štirimi votanti in dvema živinskima motivoma. Votivi so označeni s številkami 55, 434, 162, 71, 386:

- levi neoštevilčeni votiv predstavlja žensko z dvignjenima rokama, ki ima oči skorajda zakrite z ruto, povezano okoli glave. Votiv daje slutiti, da ženska trpi zaradi glavobola ali migrene in si zato z ruto zastira pogled pred svetlobo. Misli na slepoto manjka klasična ikonografska podpora slepca s spremljevalcem oz. palico;
- 55: pred žensko sedi kmet z vsekanino na desnem nartu. V desnici drži sekuro. Gre za primer klasične poškodbe pri kmečkem delu;
- 162: v sredini je naslikana vznak ležeča ženska srednjih let. Deluje kot težja bolnica in je zabuhla v obraz ter ima priprta usta. Glede na njeno lego bi lahko razmišljali o možganski kapi;
- 71: za žensko kleči in moli moški z lasuljo, oblečen v meščansko ali plemiško opravo in se priporoča ali zahvaljuje za svoje zdravje ali zdravje nekoga drugega;
- 385, 434: upodobitev goveje živine, pri čemer ima desno govedo (385) zlepljene veke s krvavim gnojnim izcedkom, ki kaže na vnetje veznic; govedo, naslikano v sredini (434), pa ne kaže posebnosti.

Na steni pevskega kora desno sta dve upodobitvi:

- na levi je neoštevilčen žanrski motiv kmeta, ki po bregu spušča voz z vpreženimi belimi konji in polnimi vinskimi sodi, hlapec pa se je ob zaviranju voza ponesrečil, padel

podenj in mu je kolo poškodovalo golen, da iz odprtega zloma močno krvavi;

- desno je imenitni mojster freske Fran Jelovšek ob koncu svoje poslikave sladkogorske cerkve med letoma 1752 in 1753 pod korom naslikal tudi samega sebe in v kronogram z močnejšimi majuskulami zapisal letnico sklenitve dela 1753: Cor & pICtorIae LaboreM Delparae offert Franz Illouscheg. V desnico si je dal srce, ga z žarki povezal do srca Materae božje in s tem ikonografsko izpričal svojo ljubezen do nje ter se najverjetneje priporočil tudi za svoje zdravje.

Sklep

Zapisano kaže na zgodovinski pomen božjepotnih romanj za zdravje in potrebo po njihovi natančnejši zgodovinskomedicinski osvetlitvi. Na Slovenskem obstajajo še številna neobdelana gradiva na to temo in kar kličejo po strokovni obravnavi ter

predstavitvi v javnosti. Sladkogorski jubilej je bil imeniten povod za oživitev spomina na votivno medicinsko slikarstvo in njegovega pomembnega freskanta Frana Jelovška.

Vse fotografije so last župnije na Sladki Gori. Za pomoč se zahvaljujem p. Roku Metličarju.

Viri in literatura:

1. Enciklopedija likovnih umetnosti. Zagreb, 1966.
2. Mikuž Stane: Freske Franca Illovska na Sladki gori. Dom in svet, 1940, str. 544–550, str. 591–602.
3. Mušič Drago: MEDICINALIA na freskah Frana Jelovška na Sladki gori in analogije s podobnim gradivom na drugih lokacijah. Časopis za zgodovino in narodopisje (ČZN), 1968 (39), str. 153–175.
4. Stele France: Slovenske Marije. Celje, 1940, 21-2.
5. Skriti biser: zbornik župnije Sladka Gora (uredil Rok Metličar). Sladka Gora: Župnijski urad, 2004.

E-naslov: Zvonka.slavec@gmail.com

Za ščepec preteklosti

Jože Četina

Z naglim razvojem medicine v zadnjih desetletjih in s tem anesteziologije se je obseg operativnega zdravljenja začel hitro širiti. Zapleti med anestezijo, predvsem tisti na račun hipoksičnih in asfikičnih incidentov, so postali neprimerljivo redkejši, z nastajanjem nove intenzivne medicine je operativno in pooperativno zdravljenje, pa tudi umrljivost dobila popolnoma druge dimenzije.

Nekateri bolj nesodobno razmišljajoči zdravniki pa razvoju anesteziologije kot medicinske stroke, enake drugim, niso bili naklonjeni. Zadostoval bi jim tehnično sorazmerno dobro razvit servis, toda v okviru njihove stroke. Centralizacija pa zanje sploh ni prišla v poštev. Posledice so še vedno vidne v različni obliki organizacije, pa tudi v različni zasedenosti organigramov.

Zgodba, ki jo nameravam povedati, se je dogajala pred skoraj pol stoletja, ko je ta bolnišnica že imela oddelek za anestezijo v nastajanju, ki pa zato še ni mogel prevzeti dela na vseh deloviščih.

Nekega sončnega poletnega dne se je v moji delovni sobi oglašil telefon. Klical je otolog, in to zelo kategorično, da imajo na oddelku dopuste in da naj pridem ali pa nekoga pošljem, ki bo skrbel za narkozo pri otroških tonzilektomijah, dokler trajajo letni dopusti. Dopusti so sicer pri nas še večji problem, če smem, toda ker gre za otroke, bomo ta problem nekako morali rešiti. Z otologom sva šla v otorinolaringološko operacijsko sobo, kjer so pravkar operirali tonzile.

Nekaj časa sem opazoval dogajanje, ki mi sploh ni bilo všeč, potem pa sem se odločil, da na ta zastarel in nevaren način nikakor ne bomo sodelovali. Povedal sem otologu, da bomo sodelovali, vendar le pod pogojem, da sami določimo način anestezije. Otolog ni mogel verjeti, da se mlajši kolega ne strinja s starejšim. Razburjeno je govoril, da se s tem ne strinja, da je

taka sprememba nepotrebna, ker se kot do sedaj dela že leta itn. V odgovor sem mu pojasnil, da naloga anesteziologa ni le anesteziranje, temveč da na osnovi pogovora, laboratorijskih in drugih izvidov oceni bolnikovo sposobnost za anestezijo in tudi predlaga anestezijo, ki bo za bolnika najbolj primerna in najmanj nevarna. Pri tem pa seveda mora upoštevati tudi objektivne potrebe in zahteve operaterja.

Medtem ko sva se midva na hodniku »duelirala«, so z oddelka pripeljali naslednjega otroka. Stopil sem spet v operacijsko, ker me je zanimal celotni potek operacije in anestezije.

Operacijska soba je zatemnjena. Otroka položijo na operacijsko mizo, zdravnik, ponavadi narkotizer in operater obenem, začne s polodprtim sistemom in spontanim dihanjem uvajati narkozo. Ko oceni, da je narkoza dovolj globoka, začne vse delo v operacijski sobi potekati kar se da hitro, da se otrok ne bi prezgodaj zbudil. Položijo ga v naročje sestri, ki ga z eno roko objame okoli pasu, z drugo pa fiksira glavo. Zdravnik, ki je najprej narkotiziral otroka, nadaljuje kot operater, poklekne na blazino pred sestro in v klečečem položaju in v svetlobi čelne svetilke začne operacijo. Otrok pa takrat ostane brez neposrednega nadzora. Če pride do močnejše krvavitve, ki jo operater težko obvladuje (takšna situacija je nastopila ravno tokrat, ko sem bil v operacijski sobi), lahko ostali prisotni le nemočno opazujejo, ne da bi mogli pomagati. Ob koncu operacije je bil otrok nemiren in prizadet, izgubil je tudi precej krvi. Klečeč položaj je bil za operaterja tudi naporen, dostikrat pa je bil tudi ves pobrizgan s krvjo.

Potek tonzilektomije je lahko bolj, lahko pa tudi manj dramatičen, prav gotovo pa je otrok, anesteziran klasično, neprimerno bolj izpostavljen zapletom, kot če je anesteziran strokovno endotrahealno. (Seveda tu ne gre za novo vrsto anestezije, temveč

za aplikacijo tudi v otroški kirurgiji že uveljavljene vrste anestezije.) Če se razni incidenti med narkozo le srečno končajo, je to najverjetneje zasluga oddelčnih zdravnikov, ki imajo bogate izkušnje tudi na področju reanimacije. Cela operacija je dala vtis nekakšne tekme med operaterjevo spretnostjo in otrokovim prebujanjem.

Medtem so se prepričevali, da naj vendar popustim, nadaljevala tudi zunaj operacijske dvorane. Prišlo je celo do tega, da sem bil zatožen pri direktorju. Direktor je sklical sestanek v ožjem sestavu. Prepričevali so me, da naj vendar popustim, za takšne inovacije bo še pozneje čas. Ob misli na cianotičnega, hropečega in prizadetega otroka pa sem ostal trden. Otolog je na sestanku pri direktorju trdil, da bi pri anesteziji po mojem predlogu samo izgubljali čas, da je to prezapleteno in sploh nepotrebno, ker že leta tudi tako kar dobro gre.

Sam sem svoje stališče utemeljeval, da je pri delu v ustni votlini zaradi krvi in instrumentov dihanje, in s tem oksigenacija, ovirano, da je zaradi proste komunikacije med orofarinksom in vertikalnim položajem traheje pri sedečem otroku kljub skrbnem aspiriranju podana večja možnost za aspiracijo krvi v zgornje dihalne poti in zato sorazmerno močno hipoksično oziroma anoksično ogroženost. Možni pa so tudi še drugi zapleti. Otrok je od začetka posega, ko je operater začel z operacijo, ostal brez stalnega strokovnega nadzora in ne vdihuje več narkotičnih plinov, temveč navaden zrak iz okolja. Torej se že ves ta čas budi, zato je tudi vedno bolj nemiren. Morda že čuti bolečino, kar bi lahko bilo zelo neprijetno. Seveda pa je potek lahko tudi manj dramatičen.

Direktor je bolj poslušal kot govoril. Potem pa je prišel s kompromisnim predlogom: poskusite najprej en dan in se potem odločite.

To je bila verjetno edina rešitev v dani situaciji in z otologom sva jo sprejela. Otolog verjetno z optimizmom, jaz pa sem vedel, da si »poraza« ne smem privoščiti. Na nek način pa sem razumel tudi otologa. Bil je vojščak stare šole in ni z lahkoto sprejemal novosti. Potem sem dal časa napeto razmišljal in končno sem imel načrt.

Za naslednji torek so otologi razpisali običajno število otrok (12 do 14). Prejšnje popoldne sem jih zbrane v eni sobi obiskal, jim razlagal o anesteziji in še druge stvari, ki so jih želeli vedeti. Pokazal sem jim instrumente, ki jih uporabljamo pri anesteziji, in jim dal po maski vdihovati kisik. Naslednje jutro smo bili že stari znanci. V operacijski trakt sem naročil odpeljati še en »gepl« (tako smo imenovali takrat enostavne, doma izdelane narkozne naprave), razpisal še enega zdravnika in še eno sestro.

Prvega otroka smo položili na operacijsko mizo in po načelu »raje desetkrat išči in le enkrat piči, ne pa obratno« uredili kapalno in vse drugo, kar je potrebno. Potem smo začeli indukcijo anestezije s polodprtim sistemom in spontanim dihanjem. Nato smo dodali relaksans in otroka intubirali. Tubus smo predhodno skrbno izbrali in pri tem pazili predvsem na zunanji premer, ki naj bi bil ne prevelik in ne premajhen. V načelu smo uporabljali tubuse brez kafa. Kontrolirano dihanje smo večinoma izvajali s pomočjo Eyreovega T-nastavka, včasih pa z Magillovim polodprtim sistemom. Operater je lahko začel operirati. Ta čas smo v predprostoru pripravili in intubirali naslednjega otroka, ki smo ga potem prestavili v operacijsko sobo, v predprostor pa spet naslednjega itn. Delo je teklo mirno, brez napetosti, otroci so se kmalu prebujali, dostikrat so bili že med transportom nagovornjivi, ni bilo krčevitega izkašljevanja, niti cianoze. Operater je stal desno ob mizi, kot npr. pri apendektomiji, ni mu bilo treba več klečati, prostor je bil normalno osvetljen, anesteziist je sedel pri glavi, skrbel za primeren položaj tubusa in otrokove glave, trajanje narkoze pa je prilagajal operaterjevi izkušnosti in spretnosti. Program je bil končan dosti prej, kot smo predvidevali. Naš predlog za drugačno anestezijo pri otroških tonzilektomijah je bil soglasno sprejet, »za« je bil tudi otolog. Od tistega dne vse otroške tonzilektomije na tem oddelku operirajo v endotrahealni anesteziji.

Nekaj mesecev kasneje je bil v glavnem mestu sekcij-ski sestanek otologov, na katerem so poročali tudi o našem načinu anestezije pri tonzilektomijah. Razpravljal je tudi Profesor. Spominjam se edino njegovih besed, da je to le nepotrebno in nevarno ogrožanje nežnih otrokovih glasilk.

Ta način smo uvedli v Celju leta 1968, v Mariboru je bil uveden leta 1974 in v Ljubljani leta 1975. Tudi preostale slovenske bolnišnice pri tej operaciji danes uporabljajo le endotrahealno anestezijo, nikjer pa niso vedeli, od kdaj.



Dr. Janez Janež (1913–1990) – tajvanska legenda dr. Fana

Kirurg misijonar – dobrotnik 100.000 kitajskih bolnikov Ob 100-letnici rojstva

Zvonka Zupanič Slavec

Ob 100-letnicah rojstva neredko zbledi spomin na še tako vélike zdravnike, zato je dr. Janez Janež neponovljiv zdravniški fenomen, ki bo kot simbol dobrotljivega kirurga živel v spominu človeštva. Svečanost 19. januarja 2013 v rodnem Dolskem pri Ljubljani, polna duha, veselja domačinov, priznanja tajvanskega državnega vrha, ponosa slovenskega zdravništva in njegove družine z nalezljivim zaupanjem v človekovo dobroto, je prevzela vse zbrane. Udeležili so se je vsi najvidnejši predstavniki tajvanskega kulturno-ekonomskega predstavništva z Dunaja z ambasadorjem, prisotna je bila osemčlanska delegacija iz Bolnišnice sv. Marije v Lotungu na Tajvanu, kjer je dr. Janež 38 let volontersko delal (1952–1990).

Janeževo življenje bi lahko primerjali s svetovno znanim zdravnikom nobelovcem Albertom Schweitzerjem, ki je s svojim predanim delom zvesto služil odmaknjenim ljudstvom v osrčju Afrike, ali z dobrotnico indijskih zavrženih, pozabljenih in umirajočih sirot, materjo Terezijo; mednarodna skupnost ji je za njeno nesebično delo podelila Nobelovo nagrado za mir. Tudi dr. Janeža so hoteli nominirati za Nobelovo nagrado za mir, kot je sedaj na listi le-teh misijonar slovenskega rodu Pedro Opeka, a dr. Janež nominacije ni sprejel, saj je čutil, da je zdravljenje ubogih bolnikov njegova dolžnost, za katero ne more in tudi noče biti dodatno nagrajen. Največje zadoščenje mu je namreč predstavljal ozdravljen in zadovoljen pacient.

Prav je, da tako izjemne osebnosti živijo v zavesti svojega naroda, še posebej primerno pa je, da jih poznamo v svojem stanu. Tajvanski ambasador je namreč lepo povedal: »Dr. Janež ni bil diplomat, a milijoni Tajvancev poznajo Slovenijo prav zaradi njega. Bil je most pri združevanju Slovencev in Tajvancev. V 38 letih posvečanja bolnikom na Tajvanu je naše ljudstvo razsvetlil z največjo krepostjo človečnosti.« Zato mu je podelil medaljo prijatelja diplomacije, s katero ga je tajvanska vlada odlikovala za njegovo izjemno humanost in dobroto; tokrat posthumno že drugič. Takšne osebnosti so najboljši ambasadorji svojega naroda v svetu.

Zdravnik naj bo!

Janez Janež se je rodil 14. januarja 1913 v Dolskem pri Ljubljani v sedemčlanski kmečki družini, imenovani pri Pletarjevih, saj so doma pletli košare in druge izdelke umetne obrti. Po štirih letih osnovne šole je obiskoval klasično gimnazijo



Portret dr. Janeza Janeža, po katerem ga najbolj poznamo. Je začetnik znanstvene transfuziologije pri Slovencih.

v Šentvidu pri Ljubljani. Že takrat je nosil v sebi željo, da bi nekoč postal misijonar na Kitajskem. Po maturi se je kljub materini veliki želji po duhovniškem poklicu odločil za študij medicine: začel ga je leta 1931 v Ljubljani ter nadaljeval v Zagrebu in Gradcu, kjer je 28. maja 1937 promoviral. Specializacijo je opravljal v Beogradu in na Dunaju ter jo sklenil s specialističnim izpitom, najprej iz transfuziologije na Dunaju, nato še iz kirurgije v Ljubljani. Na Dunaju se je takrat s transfuziologijo ukvarjal eden najuglednejših svetovnih znanstvenikov svojega časa, Karl Landsteiner (1868–1943), ki je leta 1900 odkril krvne skupine in za svoje veliko spoznanje prejel leta 1930 Nobelovo nagrado za medicino.



Družina dr. Janeza Janeža sredi tridesetih let 20. stoletja, ko je šel Janežev oče v Ameriko s trebuhom za kruhom. Janez sedi prvi z leve.

»Ko sem se po promociji majskega jutra zbudil in zagledal na mizi kos zvitega papirja – diplomo, sem skozi rosne oči videl vso dolgo pot slovenskega kmečkega študenta. Videl sem svojo mamo, kako dan za dnem, noč za nočjo spleta košarice, kako bosa hodi in črn kruh grize, da bi njen sin ne bil bos ali lačen; videl sem vso družino, kako fižol žveči, da bi le študent mogel doštudirati.« (Janežev zapis. Vse fotografije so last Janeževe nečakinje, kirurginje Majde Janež Bizjak.)

Leta 1937 se je dr. Janež zaposlil na kirurškem oddelku ljubljanske bolnišnice in 7. marca 1944 opravil specialistični izpit iz kirurgije pri dr. Robertu Blumauerju. Njegovi učitelji so bili takratni najboljši kirurgi, kot že imenovani njegov mentor, pa dr. Oton Bajec ter urolog dr. Slavko Rakovec. Dr. Janež je bil prvi, ki je uvedel organizirano transfuziologijo v ljubljansko bolnišnico, a to njegovo delo v slovenskem prostoru še ni dovolj raziskano. Za darovanje krvi je največkrat prosil brata Karla, odličnega športnika, in njegove prijatelje športnike ali pa postreščke na železniški postaji. Kasneje pa je na Tajvanu velikokrat pacientu dal kri kar sam iz žile v žilo. Sodelavci in pacienti iz ljubljanske bolnišnice pričajo: »Bil je plemenita, močna osebnost. Zbujal je zaupanje. Ni izgubljal nepotrebnih besed. Vse, kar je izrekel, je imelo strokovno težo ali toplo človeško noto.«



Golša pred operacijo in po njej. Tako si je dr. Janež na Tajvanu dokumentiral svoje bolnike.

Med drugo svetovno vojno je ostal neopredeljen in je pomagal vsakemu, ki je bil potreben strokovne pomoči. Sam je rekel: »Zdravnik sem postal zato, da rešujem življenje, in ne, da ubijam. Imam svojo vest in svoje prepričanje, nikoli nisem bil v kaki skupini ali stranki, v srcu sem bil in bom vedno svoboden.«

Beg pred usodo

V začetku maja 1945 je dr. Janež zaupno izvedel, da je na seznamu za likvidacijo. Pobegnil je čez Ljubelj v Vetrinj pri Celovcu. 28. maja 1945, na osmo obletnico njegove promocije, so Angleži begunce, med katerimi je bil tudi on, pod pretvezo, da gredo v Italijo, vračali partizanom in jih pošiljali v smrt v Jugoslavijo. Dr. Janež je pobegnil pri pliberški železniški postaji in se skril v njivi rži. Takrat je sklenil: »Razumel sem, zame je moje uradno življenje končano. Moral bi iti z drugimi v smrt, in da je vse, kar bom živel naprej, podarjeno. Sklenem: če se rešim, bom dal vse, kar mi bo ostalo, misijonom, potrebnim in revnim.« Zatem je dve leti in pol delal v koroških begunskih taboriščih kot priljubljen zdravnik in ob dr. Kozini in dr. Meršolu organiziral zdravstveno oskrbo. V svoji zavzetosti za bolnika je rad ponavljal, da sta srečno srce in zdrava

duša najboljša poroka za zdravo telo. Konec leta 1947 je odpotoval v Rim, od tam pa z vatikanskim potnim listom v Argentino, kamor je prispel 4. decembra 1947. Do odhoda na Kitajsko je v Argentini v glavnem delal kot nočni zdravnik v ambulanti ministrstva javnih del. 23. maja 1948 je v Buenos Airesu prejel misijonski križ ter takoj naslednji dan z ladjo odpotoval na Kitajsko.

Kirurg misijonar med Kitajci

Dr. Janež je šel v misijonsko bolnišnico v kraju Čaotung v pokrajini Yunan, v kateri so delale zdravstvene delavke, redovne sestre iz Slovenske Bistrice, na prošnjo slovenskega škofa Kereca, ki je deloval na Kitajskem. Tako je dr. Janež začel



Dr. Janež s tremi kitajskimi stažisti in asistentom v operacijski sobi v Lotungu.



Jutranja vizita leta 1964. »Ni na svetu denarja in časti, da bi zapustil svoje bolnike,« je dr. Janež odgovarjal, ko so ga vabili v znane in bogate klinike. Tajvanskega Lotunga ni nikoli več zapustil, domovine nikoli obiskal.



50-letni zdravnik dr. Janež 25. januarja 1963. Zaradi lastnih izkušenj s komunističnim režimom na Slovenskem, zaradi česar je moral 1945. zapustiti domovino, je vse življenje nosil izključno črno kravato.

uresničevati svojo otroško željo in dobiti delo v bolnišnici na jugu Kitajske. V revni, zelo nazadnjaški kitajski provinci je delal štiri leta, francoski zdravniki pa so mu že ob prihodu dejali: »Če boste delali tu, boste znoreli.« Izmed vseh kitajskih provinc je bilo v tistih krajih namreč največ gobavcev. Navajen reda iz ljubljanske bolnišnice je bil dr. Janež sprva razočaran, pa tudi operacijsko osebje je bilo neizurjeno in oprema skromna. Toda kmalu je dr. Janež dosegel prve uspehe. S pomočjo dobrotnikov iz Argentine je prišel do prvega rentgenskega aparata in njegovo znanje je dobilo tudi tehnično pomoč, da so kmalu začeli ljudje govoriti o čudežnem zdravniku, ki je kos tudi nemogočim primerom, in množično romali v njegovo bolnišnico. Pomagal je tudi gobavcem, ki so živeli v kakšno uro oddaljenem leprozoriju.

Prof. Tone Ciglar je v knjigi »Dr. Janež Janež – utrinek Božje dobrote« zapisal mnoge Janeževe misli, ki kažejo na njegove poglede in njegov značaj. Tako med drugim pravi: »Misijski zdravnik mora biti predvsem strokovnjak in pa veren človek; biti mora trden in blag značaj hkrati, ki bo znal sebe pozabljeni in razumeti tuj narod, ki bo znal ljubezen dajati in ne le zase zahtevati. Z delom bo obložen od jutra do večera. Izvrševati težke operacije v primitivnih razmerah, kjer ni rentgena, kjer ni tekoče vode za umivanje ... To je apostolat misijskega zdravnika. Jaz sam se ne strašim dela, trenutno sem sam za celo bolnico.«

Redovna sestra Konstantina Sarjaš, ki je delala kot medicinska sestra v Čaotungu in je dr. Janeža učila kitajsko, sedaj živi na Brezjah v samostanu in pripoveduje: »Najbolj mi je ostalo v spominu eno njegovih prvih srečanj z bolniki. Iz okoliških hribovskih krajev je prišel star, izčrpan možakar, da bi mu zdravnik odstranil hudiča, ki ga že dalj časa napada. Dr. Janež mu je iz mehurja odstranil velik kamen, ki mu je povzročal hude bolečine. Dolgo potem ga je ozdravljeni starček obiskal

in z njim je bil njegov vnuk s košarico drobnega krompirja, da bi ga hvaležno podaril zdravniku. Starček mu je dejal: »Vedno sem se pripravljala, da bi te obiskal, a reven sem in nisem mogel priti praznih rok. Letos pa sem pridelal nekaj krompirja in ti ga prinašam.«

Doktorju se je v očesu zaiskrila solza in je rekel: »Prišel sem v pravo deželo, kjer bom lahko opravljal svoj poklic. Ali more biti za zdravnika kako večje plačilo kot ta ganljiva hvaležnost?«

Tudi salezijanski duhovnik Andrej Majcen, ki je Janeža sprejel na Kitajskem, je o njem zapisal: »Bil je kot angel varuh, ki je bolnikom pomagal ne samo z izrednim zdravniškim talentom, ampak tudi s čutečim srcem.«

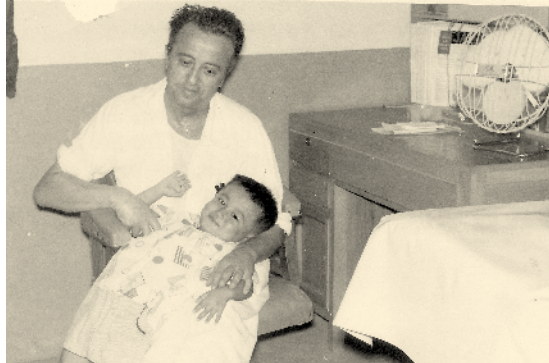
Decembra 1949 so prišli v Čaotung komunisti, ker pa je bil dr. Janež kot zdravnik potreben, so ga pustili delati do 10. januarja 1952, ko so bolnišnico obkolili, preiskali in osebje zaprli. Po mesecu in pol jetništva je bil obsojen na smrt, čeprav je ves čas zdravil tudi njihove ranjence in bolnike, nato pa so ga pomilostili, a izgnali iz države.

Od nekaj kirurških postelj do Janeževe bolnišnice na Tajvanu

Janeževa naslednja in hkrati zadnja, skoraj štiridesetletna misijska postojanka je postal otok Tajvan. Nastanil se je v revnem ribiškem mestu Lotung, sto kilometrov oddaljenem od glavnega mesta Taipei. Tam so kamilijanski redovniki, katerih glavno delo je skrb za bolnike, kupili majhno zasebno bolnišnico s 30 posteljami, med njimi je bilo 12 kirurških. Komaj mesec dni po prihodu v to bolnišnico, 17. julija 1952, je dr. Janež opravil prvi kirurški poseg. Nato so iz dneva v dan sledile nove in nove operacije, in to na vseh sedmih področjih kirurgije, saj je bil dr.



Med operacijo žolčnika. Dr. Janež z očali. Na Tajvanu je opravil okoli 80.000 velikih operacij; skupaj pa verjetno več kot 100.000.



Ljubezen do bolnikov, velikih in majhnih, je bila življenjsko vodilo dr. Janeža. Argentinski Slovenec je pripovedoval po obisku pri njem na Tajvanu: »Ko me je zdravnik pospremil, so ga ob poti vsi pozdravljali in se ga hoteli dotakniti vsaj za oblačilo. Presenečen sem opazil, da ima na rokah žulje od tolikih operacij. Kar on dela in zmore – to je čudež.«

Janež še univerzalni kirurg, ki je obvladal vsa kirurška področja. Bil je silno ročen, intuitiven, odločen in število operacij je hitro naraščalo ter se v 38 letih ob delu brez dopusta in oddiha približalo magični številki 100.000 bolnikov. Zaradi hitre rasti kirurškega dela so že dve leti po Janeževem prihodu leta 1954 dozidali kirurški oddelek s stotimi posteljami. Nanj je bil dr. Janež izjemno ponosen, bolniki pa so ga klicali dr. Fan, kar pomeni feniks. Čez desetletje (leta 1964) so kamilijanci odprli tudi bolničarsko šolo in od takrat je tam vsako leto diplomiralo okoli 50 bolničark. Tudi dr. Janež je v kitajščini poučeval na tej šoli. Bolnišnica je rasla in po 25 letih, leta 1977, je imela pet oddelkov, 180 kirurških postelj in polikliniko s 600 pregledi dnevno. Leta 1986 je imela bolnišnica z novim oddelkom že 600 postelj in 1500 pregledov dnevno. V septembru leta 1990



Leva stavba je moderen diagnostični kirurški center v Lotungu na Tajvanu, ki nosi ime dr. Janeza Janeža. Julija 2007 jo je blagoslovil ljubljanski pomožni škof dr. Anton Jamnik. Desno je stavba Bolnišnice Sv. Marije.

so odprli 11-nadstropno Bolnišnico sv. Marije, v kateri pa dr. Janež ni več delal, čeprav so v njej zanj že pripravili operacijsko sobo in na vrata obesili njegovo ime. A tukaj se je dr. Fanovo življenje izteklo ...

Iz Janeževe zasebnosti

Zasebnega življenja dr. Janež ni imel. Vse svoje psihofizične moči in vso svojo človeško predanost je posvetil poslanstvu kirurga misijonarja. Bil je silno skromen in zadovoljen le z najnujnejšim. Delal je brezplačno, stanoval v bolnišnici in nekaj malega denarja potrošil za cigarete in kakšno knjigo. Neka njegova sodelavka je simpatično povedala, da je prepričana, da se v

javnem življenju sploh ne bi znašel, ne bi znal uporabiti avtobusa in podobno. Tudi njegov delovnik je bil zelo preprost: delal je praktično 24 ur na dan, in to 365 dni na leto. Zjutraj je začel s pregledi ponoči operiranih pacientov, ob osmih je opravil vsakodnevno vizito, nadaljeval z ambulantnimi pregledi (od 80 do 100 dnevno), operirati pa je začel pozno popoldne, ko se je ozračje malce ohladilo, in večkrat se je to delo zavleklo pozno v noč. Dnevno je opravil od 6 do 14 večjih operacij. Njegov kirurški program je obsegal vse abdominalne operacije, vključno z ginekološkimi in urološkimi, posegal pa je tudi v travmatologijo, plastično kirurgijo, operacije čeljusti in vratu. Svoje delo je dokumentiral z diapozitivi in je imel posebne albume primerov.

V letih 1958–60 je izvedel posebno presaditveno operacijo – kost teleta je uspešno presadil v človeško telo, kar je eden njegovih velikih dosežkov. Vendar v svoji skromnosti ni želel publicitete in jo zavračal z besedami: »Moje življenje je delo. Moje največje odlikovanje so številni bolniki, ki nasmejani zapuščajo bolnico.«

Razne bolnišnice so mu ponujale ugledna delovna mesta in dober honorar, vendar je na to preprosto odgovarjal: »Na svetu ni denarja in časti, da bi zapustil svoje bolnike, ki so moj raj, ker sem v njem popolnoma srečen.«

Dr. Janež je bil do zdravstvenega osebja zelo zahteven, velikokrat tudi siten. Bil je vajej reda in je želel, da vse teče gladko. Osebe ga je spoštovalo in se ga tudi nekoliko balo. Do bolnikov pa je bil vedno zelo prijazen, uslužen in požrtvovalen. Nikoli mu ni bilo žal noči in spanca, nikomur ni odklonil pregleda ali operacije, marsikomu je pomagal tudi tako, da mu je stisnil v dlan kak juan, da je lahko plačal stroške.

Pred ustanovitvijo krvne banke na Tajvanu okoli leta 1986 so bile masivne krvavitve operirancev resen problem. Pri

takih intraabdominalnih krvavitvah, kot npr. pri zunajmaternični nosečnosti ali rupturi vranice, je dr. Janež zbral kri iz trebušne votline, njegovi asistenti pa so ji dodali citronsko kislino kot antikoagulantno sredstvo ter jo prefiltrirali skozi gazo. Nato so krvi dodali še kalcijev glukonat, da so ustavili antikoagulacijski učinek citronske kisline in jo uporabili kot avtotransfuzijo, s katero je dr. Janež rešil veliko ogroženih življenj (pričevanje dr. Zen-Yong Chena).

Iz Janeževih pism

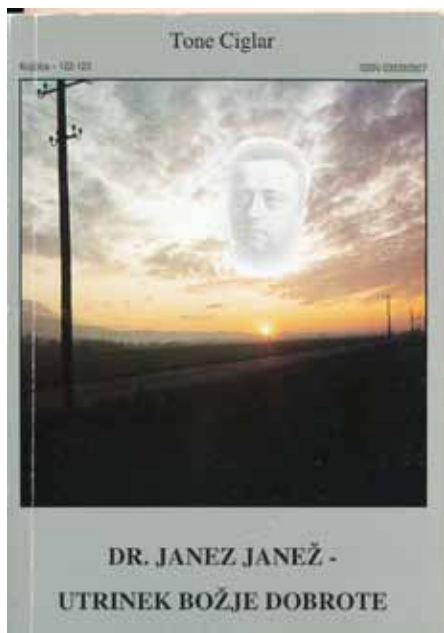
Zanimive so misli iz Janeževih pism, ki so prihajala v Slovenijo. Maja 1973 je zapisal: »V bližini rdeče kitajske celine sta še dva otoka pod formozansko vlado – otok Kinmen in bolj na severovzhodu od Kinmena otok Matzu. Tale ženica je prišla z otoka Matzu v našo bolnico s hčerko na operacijo noge. Odstranili smo ji kost na nogi in čaka sedaj na prenos kosti iz druge noge. Tale mamica ima 7 otrok – vsi majhni, mož je slep – se je ponesrečil. Vojaki so jo brezplačno pripeljali v Lotung, naša bolnica jo brezplačno zdravi in Vaš velikodušni dar za otroke sem ves dal tejele mamici za otroke – vem, da je revščina velika. Sem ju slikal v bolniški sobi, jima povedal, od kod dar pride, in sta mi obe naročili, naj se neznanemu dobrotniku v njih imenu prisrčno zahvalim.«

Januarja 1977 je v pismu gospe Mariji zapisal: »V mojem poklicu je malo spanja in vsaj kadar spim, nimam nikogar nad sobo, da bi mi po glavi tolkel. Tudi operacijsko sobo imam sedaj mirno – ničesar nad sobo, le streha. Moje delo potrebuje mirnih živcev. Dela je vedno veliko in ne vem, kako dolgo bo stroj zdržal, za enkrat pa je vse v redu. Letošnji božič bo že moj trideseti med Kitajci.«

P. Kalistu je dve leti pred smrtjo napisal: »Niti ene indikacije ni za začenjanje takega procesa (kandidature za Nobelovo nagrado, op.p.), sam vidim same kontraindikacije. Kirurg sem in po kirurško naredim. Na mizi imam težkega bolnika, ki naj bi imel nevarno operacijo, ko po pregledu najdem več kontraindikacij za operacijo, jo odklonim in domačim to povem ... Mi lahko verjamete, da nobena nagrada ne spada v mojo življenjsko pot in bo tako, kot mi je enkrat ob obisku v Lotungu s. Kalista rekla: 'Dohtar, izgleda, da se boš moral izrabiti do zadnje kaplje.' ... Imam občutek, da gredo tiste kaplje hitro proti koncu ...«

Kandidat za Nobelovo nagrado

Za svoje požrtvovalno delo je dr. Janež leta 1963 prejel priznanje dobri človek, ki ga tajvanska vlada podeli najbolj zaslužnim ljudem. Papež mu je podelil red svetega Silvestra in red svetega



Naslovnica knjige dr. Toneta Ciglarja »Dr. Janez Janež – utrinek božje dobrote«.



Naslovnica kitajske knjige o dr. Janezu Janežu, dr. Okiju (pomeni feniks), avtorja tajvanskega nevrologa Zen-Yong Chena, ki dela v Janeževi bolnišnici v Lotungu (izid 2012).

Gregorja Velikega (1969). Bil bi tudi kandidat za Nobelovo nagrado, a se je temu odločno uprl. 18. aprila 1998 mu je tajvanska vlada posmrtno podelila nagrado dobri človek – junak leta za njegovo življenjsko delo v korist tajvanskemu narodu. Ob sedanji priložnosti, 100-letnici rojstva, pa je posthumno prejel tajvansko medaljo prijatelja diplomacije.

Dr. Janež ni nikoli zapustil Tajvana, pravzaprav si je le kakšno lepoto nedeljo privoščil kratek izlet. O svoji smrti je razmišljal takole: »Pride dan, ko mi bodo moči pošle. Rad bi, da se to zgodi pri mojem delu, ob operacijski mizi, potem ko sem komu rešil življenje.« Zbolel je na pljučih, najbrž je imel raka, saj je bil dolgoletni kadilec. 14. septembra 1990 je opravil zadnjo operacijo, dva dni kasneje pa se je njegov kirurški oddelek preselil v nov klinični center sv. Marije. Dr. Janez Janež je umrl 11. oktobra 1990. Dobrotnika tajvanskih bolnikov dr. Fana so pokopali v mestu Lotungu, katerega prebivalcem je poklonil vse svoje kirurško znanje in človeško dobroto. Mrliški voz so okrasili s tisoči svežih vrtnic, za krsto je stopalo nekaj tisoč ljudi, tajvanski predsednik pa je zapisal, da bo njegova dobrota živela vekomaj.

Številni hvaležni bolniki in znanci, ki so se prišli posloviti od dr. Janeza Janeža, so največje priznanje veličine našega kirurga in njegove popolne predanosti svojemu poslanstvu. Še dvajset let po smrti je dr. Janež na Tajvanu legenda. Njegov duh – skrb za pacienta je na prvem mestu – še danes vlada v Bolnišnici sv. Marije in Centru dr. Janeza Janeža. Budisti zahtevajo, da se mu zgradi tempelj.

Ob 100-letnici Janeževega rojstva

Za 100-letnico Janeževega rojstva je tajvanski zdravnik dr. Zen-Yong Chen spisal knjigo o njem, ki so ga na Tajvanu klicali po



Janeževa nečakinja kirurginja Majda Janež Bizjak prevzema od tajvanskega ambasadorja posthumno t.i. diplomu prijatelja diplomacije za dr. Janeza Janeža (foto Tatjana Splihal, Družina, Dolsko, 19. 1. 2013).

japonsko tudi dr. Oki, kar isto kot fan pomeni feniks. Isti zdravnik Zen-Yong Chen, sicer nevrolog, ki je prišel z delegacijo v Slovenijo, je tudi pripravil priložnostni film o dr. Janežu »Življenje, posvečeno bolnikom«, v katerem so glavni sogovorniki sodelavci in študentje dr. Janeža. O njem veliko povedo njihove izjave.

Medicinska sestra Chui je povedala: »Trdo je delal. Bil nam je tako močan navdih, da smo pogosto tudi sami delali po 20 ur na dan. Stanoval je v bolnišnici. Za vsako urgenco – majhno ali veliko, tudi opolnoči, je takoj prišel v operacijsko sobo. Takoj je naročil rentgenski pregled, ki smo ga morali opraviti, medtem ko se je preoblačil. Nismo si upali brkljati okoli, kadar je bil blizu. Trdo je delal. Bil je blagoslov za svoje paciente.«

Sodelavec dr. Lee se je spominjal: »Njegove sposobnosti so odlične. Sem iz Taipeja in sem videl mnogo kirurgov, toda nobenega, kot je bil on. Slepč je odstranil v 20 minutah; operacijo želodca je opravil v 26 minutah; ledvico je odstranil v 20 minutah, medtem ko so drugi za enake posege potrebovali uro ali več. Pri operacijski mizi mu ni bil nihče enak.«

O tem, kako težko mu je šel kdo v korak, pa govori predvsem naslednja izjava dr. Leeja: »Mnogi zdravniki niso zmogli tako trdega dela in so odšli. Bilo je trše kot v vojski. Na koncu sva ostala le še dr. Kuo in jaz; imela sva enako delo, asistiranje pri operacijah in spremljanje stanja bolnikov. Dr. Kuo je bil poročen, jaz pa ne. Tako sem moral po zaključku delovnega dneva ostajati dežuren jaz. Dr. Janež se je ubadal z nujnimi primeri, ki jih sam nisem zmogel. To se je nadaljevalo tri mesece. Na koncu sem obupal in se tudi sam poročil. Dr. Janež tudi sam ni bil zelo zdrav: bil je operiran na ščitnici, imel je tuberkulozo, kilo in prestal je operacijo krčnih žil. Mislim, da je malo takih ljudi, ki bi bili tako s srcem predani medicini, upam si trditi, da ni bil tak niti dr. Albert Schweitzer.«

Sorodniki dr. Janeža – številni zdravniki

Na slovesnosti v Dolskem je visoko tajvansko priznanje prevzela Janeževa nečakinja, otroška kirurginja celjske bolnišnice, Majda Janež Bizjak, ki si je s stricem dolga leta dopisovala, tudi obiskala njegov grob na Tajvanu in hrani njegov osebni arhiv. V razgovoru je povedala, da sta imela Janeževa starša pet otrok, štiri sinove in eno hčer. Sinova Janežovega brata Franca, soimenjaka Janez in Franc, sta oba kirurga, eden že pokojni profesor urolog Janez Janež (1945–1992), drugi pa je kot splošni kirurg delal v novomeški bolnišnici. Brat Karol je imel dve hčeri in sina, hči Majda, poročena Bizjak, je kirurginja, poročena z urologom prim. Igorjem Bizjakom, njun sin Jure je prav tako urolog, poročen z magistro znanosti, specialistko pediatrije Neli Bizjak. Majda in Igor imata še hčer Uršo Bizjak Ogrinc, ki je mag. znanosti, specialistka ginekologinja, njun nečak Andrej Janež pa je prav tako zdravnik internist in univerzitetni profesor. Po

Janezovi sestri Mariji imajo v družini še vnuka zobozdravnika Marka Janežiča. Zapisano kaže, kako pomemben je zdravniški poklic za Janeževo sorodstvo in kako zelo zna družina razumeti zdravniško, še posebej kirurško poslanstvo.

Muzej dr. Janeza Janeža

Ob župnijski cerkvi sv. Helena Dolsko (v Kamnici 21) stoji Pastoralni dom misijonarja dr. Janeza Janeža. V njem je lepo urejena njegova spominska soba z Janeževim doprnskim kipom, delom akademskega kiparja in slikarja Evgena Guština iz Breznice na Gorenjskem. Odlitek v bronu stoji pred Pastoralnim domom med župniščem in cerkvijo, enak odlitek pa stoji od leta 2007 v avli Diagnostično-kirurškega centra dr. Janeza Janeža v Lotungu na Tajvanu in od leta 2001 tudi pred kapelo Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani. V Župniji sv. Helena Dolsko je zelo dejavno Društvo misijonarja dr. Janeza Janeža, ki je ob 100-letnici Janežovega rojstva izdalo njegovo znamko. O slovesnosti je bil posnet tudi film. Dokumentarni film »Dr. Fan na Tajvanu. Portret dr. Janeza Janeža« v režiji Slavka Hrena pa je bil posnet v produkciji Družina, d.o.o., Ljubljana in TV Slovenija že leta 2000. Več o dr. Janezu Janežu je zapisano v knjigi prof. Toneta Ciglarja »Dr. Janez Janež – utrinek Božje dobrote« (Salve, Ljubljana, 1993). Avtor je knjigo predstavil tudi na slovesnosti ob 100-letnici rojstva.

Slovesnost ob 100-letnici rojstva

Dolsko pri Ljubljani je bilo 19. januarja preplavljeno z veseljem. Ponosni Janeževi rojaki so pripravili nepozabno triurno slovesnost, kjer so domačini v pristrčno tematsko pripravljen program vpletali življenjsko zgodbo slavljenca, zdravnika in misijonarja, ki sta mu dom in njegov narod dala klen značaj in čvrste korenine, da je lahko prehodil tako težko, dela, discipline in samoodrekanja polno življenjsko pot. Politično izgnanstvo je premagal z

delom za človeka, pri čemer mu je trdna osebna vera pomagala, da je premagoval vse težave. Poklonili so se mu najvišji državni in cerkveni dostojanstveniki z ministrico Ljudmilo Novak, ki je prisotne pozdravila tudi v imenu ministra za zdravje; nadškof in metropolit dr. Anton Stres; apostolski nuncij v Sloveniji, msgr. dr. Juliusz Janusz; ambasador Lien-gene Chen s Tajvana in tajvanska delegacija predvsem zaposlenih v Bolnišnici sv. Marije in Diagnostično-kirurškem centru dr. Janeza Janeža v Lotungu; predsednik Slovenskega zdravniškega društva prof. dr. Pavel Poredoš; predsednik Slovenskega svetovnega kongresa dr. Boris Pleskovič in drugi. Domoljubne pesmi v izvedbi Slovenskega okteta so zbranim v nabito polni dvorani kulturnega doma vlivale globok nacionalni ponos, visoko posthumno tajvansko državno odlikovanje dr. Janezu Janežu pa je še s posebnim ponosom navdajalo njegove sorodnike. Dve knjižni deli o jubilarntu, avtorjev prof. Toneta Ciglarja in dr. Zen-Yong Chena ter njegov tajvanskim film pričevalcev o njem kažejo na izjemen vtis, ki ga je zapustil z opravljeno potjo ljubezni in predanosti bolniku in

Bogu. Njegova zdravniška etika je brezčasen in nedosegljiv zgled brezmejne Ljubezni. Nič čudnega, da je zbran slavnostni zbor na koncu enoglasno in ekstatično prepeval »Marija skozi življenje voditi srečno znaš, Ti vodi skoz trpljenje življenja čolnic naš ...« In da bi bilo slavje še bolj ljudsko, so oder zapolnili še mladi harmonikarji, vsaj 25 jih je bilo, ki so prešerno raztegovali meh z najlepšo med Avsenikovimi vižami – »Slovenija, od kod lepote tvoje«. Z njo so se poklonili iskreni in trdni narodni zvestobi dr. Janeza Janeža, ki jo je v srcu nosil in živel vse življenje. Ta veliki Slovenec z Dolskega je ljubil slovensko pesem in glasbo in sta ga redno spremljali med njegovimi operacijami. S harmonikarji je bil odprt bal radosti, petja, narodnih noš, nacionalnega ponosa in sijajne povezovalne energije slovenskega naroda, ki so jo zadržani Tajvanci presenečeni gledali in se ji prepustili. Kako bi bil tega vesel naš dr. Janez Janež!

Dr. Janež, pridi še med nas, slovenske zdravnike, da bomo globlje čutili sijajno poslanstvo svoje stroke in zgled zdravnika nepresežne ljubezni do bolnika.



Kip kirurga misijonarja dr. Janeza Janeža pred bolniško kape- lo Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani, odkrit leta 2001 (foto Blaž Bertonec, 2012).

Tajvanska vlada je dr. Janezu Janežu posthumno ob 100-letnici rojstva podelila visoko državno priznanje. Izročil ga je tajvanski ambasador Lien-gene Chen, na podelitev v Dolsko pa je prišla tudi tajvanska delegacija predvsem zdravstvenega osebja iz Janeževe bolnišnice. Tajvanski ambasador je povedal: »Častitljivi Slovenec dr. Janez Janež se je v 38 letih delovanja na Tajvanu z vsem srcem posvetil svojim bolnikom, rešil nešteta življenja ter pokazal izredno človečnost. Ministrstvo za zunanje zadeve (Tajvan) se je zato odločilo, da v skladu z 2. členom predpisov o dodeljevanju diplomatskih medalj in odlikovanj dr. Janežu podeli t.i. medaljo prijatelja diplomacije (št. 201) kot priznanje za njegove izjemne dosežke.«

Zahvala

Za velikodušno pomoč pri pripravi članka in uporabi slikovnega gradiva se zahvaljujem Majdi Janež Bizjak, Anici Dobrovč Kulturnemu društvu dr. Janeza Janeža (Kamnica 20, 1262 Dol pri Ljubljani) in njihovima fotografoma Simonu in Barbari Zalar, dr. med., ter Petri Nabergoj, dr. med.

Stare fotografije so večinoma last Janeževe nečakinje, kirurginje Majde Janež Bizjak.

Literatura:

1. Ciglar T. Dr. Janez Janež – utrinek Božje dobrote, Ljubljana 1993.
2. Zaletel V. Reševal je življenja, sedaj je rešen V: Družina 60(1990), št. 43, 9.
3. Dokumentarni film »Dr. Fan na Tajvanu. Portret dr. Janeza Janeža«. Režiser Slavko Hren, produkcija Družina, d. o. o., Ljubljana, TV Slovenija, 2000.
4. Zen-Yong Chen: Dr. Oki, Lotung (Taiwan), 2012.
5. Zen-Yong Chen. »Življenje, posvečeno bolnikom« (dokumentarni film pričevanj Tajvancev o dr. Janezu Janežu), 2012.
6. Intervju s prim. Majdo Janež Bizjak, Ljubljana, 28. januarja 2013.
7. Godina K. Dr. Janez Janež – slovenski kirurg na daljnem vzhodu. Isis, 2 (1993): 51-3.

90-letnica Sanatorija za pljučne bolezni Ruskega rdečega križa Vurberk

Elko Borko

Medikohistorična sekcija Slovenskega zdravniškega društva (MHS SZD), Zdravniško društvo Maribor, Terme Maribor, Zgodovinsko društvo Franc Kovačič, Pokrajinski muzej Ptuj - Ormož in Občina Duplek so 8. marca 2013 pripravili mednarodni seminar, ki je bil posvečen 90-letnici začetka delovanja sanatorija v gradu Vurberk. Ta sanatorij je bil med obema svetovnjima vojnama najmanjša zdravstvena ustanova za zdravljenje pljučnih bolezni na področju naše države. Sanatorij je ustanovil leta 1921 Ruski rdeči križ za na pljučih bolne ruske emigrante; to ime je ostalo ves čas delovanja, kljub temu, da so kasneje zdravili tudi bolnike drugih narodnosti. Sanatorij je začel redno delo šele 1. marca 1923 in ta dan je takratno vodstvo sanatorija redno vsako leto praznovalo. Iz arhivskih zapisov vemo, da so bile posebno svečane proslave ob peti, deseti in petnajsti obletnici delovanja. Zato smo letos, ko je minilo 90 let od začetka poslanstva tega zavoda, pomembnega za zgodovino ruske države in našo zgodovino medicine, pripravili mednarodni simpozij z namenom, da obudimo spomin na tisto obdobje, dobro opremljen sanatorij, ruske zdravnike ter nad sto bolnikov, ki so umrli in so bili pokopani na pravoslavnem delu vurberskega pokopališča.

Napovedana strokovna manifestacija je vzbudila velika pričakovanja. Verjetni vzrok za to zanimanje je bilo pokroviteljstvo dr. Doka Zavgajeva, veleposlanika Ruske federacije v naši državi, in dejstvo, da je bil sestanek v reprezentativni Turnerjevi dvorani v hotelu Habakuk v Mariboru.

V petek, 8. marca, je množica napolnila veliko Turnerjevo dvorano, v kateri je bila pripravljena tudi manjša razstava, posvečena zgodovini vurberskega gradu in Sanatorija Ruskega rdečega križa, ki je od leta 1921 do 1941 deloval v gradu. To razstavo sta popestrila natančno izdelana mini maketa gradu, ki jo je izdelal arhitekt doc. dr. Igor Sapač, in lepo restavriran stari grb Ruskega rdečega križa.

Po pozdravnih nagovorih ministra svetovalca veleposlaništva Ruske federacije Vladimirja Prošina, direktorice Term Maribor gospe Leonide Selinšek, župana občine Duplek Mitje Horvata in gospe Inne Grubmair, direktorice Oddelka za Evropo Kulturnega centra A. S. Puškin iz ZDA, se je pričel strokovni program, ki mu je poslušalstvo zavzeto sledilo. Kot prvi je gospod Aleksej B. Arsenjev iz Novega Sada podal pregled nad obsegom ruske emigracije, ki je po porazu Wranglove armade v valovih prihajala v Jugoslavijo.



Udeleženci med simpozijem ob 90-letnici Sanatorija Ruskega rdečega križa Vurberk.

Njihova pričakovanja o propadu nove sovjetske oblasti se niso uresničila in so zato postopoma zapuščali Jugoslavijo in se preselili v druge države zahodne Evrope, veliko pa je bilo takih, ki so se vključili v novo domovino in s tem pomagali predvsem v kulturnem in gospodarskem razvoju Jugoslavije. Ta del razprave je dopolnil s številnimi prikazi arhitekturnih in drugih mojstrov, ki so nastala s pomočjo prebeglih Rusov v novi domovini. Zgodovinar Radovan Pulko, avtor številnih razprav o ruski emigraciji na Slovenskem, je predstavil novejša zanimiva odkritja o središčih in delovanju ruske emigracije na področju Štajerske. Za številne poslušalce je bila zanimiva ugotovitev, da so ruski vojaki med drugim zgradili progo Ormož-Ljutomer.

Doc. Gregor Pivec je predstavil zgodovino Sanatorija Ruskega rdečega križa. Prvi bolniki so prišli na grad Vurberk že marca leta 1921. Po letu 1923, ko je postal vodja zdravilišča dr. Okolo Kulak, je Ruski rdeči križ grad povsem preuredil, tako da je imel svoj vodovod, elektriko in centralno kurjavo. Že leta 1924 so dobili svojo rentgensko aparaturo ter bakteriološki laboratorij. Vurberški sanatorij za pljučne bolezni je sočasno povezal nove prebivalce gradu z okoliškim prebivalstvom. V gradu se je zaposlilo veliko okoliškega prebivalstva, prav tako pa so svoje kmetijske in druge pridelke prodajali ekonomatu sanatorija, kar je vplivalo na boljši ekonomski položaj okoličanov.

Po mnenju številnih strokovnjakov iz tistega obdobja se je sanatorij, ki je imel samo 70 bolniških postelj, s svojim strokovnim delom in uspehi dostojno uvrstil med ostale zavode za zdravljenje pljučnih bolezni. V sredini tridesetih letih se je število postelj za ruske emigrante postopoma zmanjšalo na 10 postelj. Sanatorij Vurberk, ki so ga ves čas upravljali ruski zdravniki, pa je postal del zdravstvenega sistema Jugoslavije,

zato so se v njem zdravili tudi državljani Jugoslavije. 6. junija 1941 so Nemci sanatorij preselili v Topolšico, v gradu pa ustanovili šolo za svoje podpornike. V krajšem prispevku je prof. Ante Škrobonja iz Sušaka predstavil življenje in delo ruskih emigrantov v primorsko-goranskem delu Hrvaške ter opisal pravoslavno cerkvico v Crikvenici kot najlepši spomenik njihovega ustvarjanja na tem delu Hrvaške.

Gospa Natalija Marčelja z Reke je dopolnila to sporočilo z zanimivimi fotografijami in arhivskim prikazom luških kapetanij s prihodi posameznih ladij, ki so bile preobložene z begunci.

Doc. Igor Sapač je natančno opisal zgodovino gradu in njegovo usodo. Zlasti zanimivo je bilo njegovo predavanje, ko je z arhivskim gradivom dokazal, da za grad niso bile usodne poškodbe zaradi bombardiranja leta 1945. Še leta 1952 bi lahko grad obnovili, saj so bila sredstva in načrti za obnovo pripravljeni. Takrat pa je nova oblast prepustila grad propadu in načrtnemu ropanju okoliškega prebivalstva, tako da imamo danes samo ostanke zunanjega zidu. Vendar pa je to edini grad na Slovenskem, ki ima ohranjene gradbene načrte, tako da bi bila ponovna rekonstrukcija in obnova povsem možna.

Prof. Elko Borko je poročal o pravoslavnem delu pokopališča na Vurberku, ki so ga po vojni leta 1946 ukinili, na katerem pa je pokopanih 100 pacientov, ki so umrli v sanatoriju, predvsem zaradi tuberkuloze. Med njimi je več osebnosti iz političnega in kulturnega kroga ruske emigracije.

Aleš Arih in Ivan Tušek iz Pokrajinskega muzeja Ptuj - Ormož sta predstavila kulturni in turistični pomen Vurberka, ki se še danes nahaja v izjemnem neokrnjenem subalpskem okolju, ki je bil v začetku dvajsetih



Razstava o Sanatoriju Ruskega rdečega križa Vurberk 1921–1941.



Spominsko obeležje ob vhodu v grad Vurberk.

let izbran kot najprimernejši kraj za zdravljenje bolnih na pljučih.

Ob koncu je bilo zanimivo predavanje pisatelja Toneta Partljiča o ruskih osebah v delih slovenskih literatov. Njegovo zanimivo analizo o ruski duši, ki je pritegnila zanimanje številnih slovenskih pisateljev, je občinstvo nagradilo z dolgotrajnim odobravanjem.

Skupno kosilo, ki ga je pripravila hotelska ekipa Term Maribor in je bilo sestavljeno iz najbolj poznanih ruskih jedi in sladic, je teknilo izmučenim udeležencem.

Po kosilu in odmoru so se udeleženci odpeljali do 15 km oddaljenega Vurberka. Pred še ohranjenim vhodom v grad Vurberk se je zbrala množica domačinov, ki so z udeleženci simpozija sodelovali pri odprtju spominske plošče, na kateri je silhueta gradu iz tistega časa, grb Ruskega rdečega križa in napis v slovenskem in ruskem jeziku, da je v gradu od leta 1921 do 1941 deloval sanatorij Ruskega rdečega križa. Po nagovoru predsednika organizacijskega odbora prof. Elka Borka, ki je poslušalce seznanil z zgodovino sanatorija in postopki, da so se pridobila vsa soglasja za postavitev tega obeležja, je zbrane občane in udeležence simpozija pozdravil župan Dupleka, gospod Mitja Horvat. V svojem nagovoru je opisal pomen sanatorija, ki je takrat dajal delo in zaslužek številnim domačinom. Poleg tega pa je bil primer prijateljskega sodelovanja med domačini in ruskimi ljudmi, česar se ne sme prepustiti pozabi. Kot zadnji je spregovoril zastopnik Ruskega doma v Mariboru, gospod Igor Romanov, ki

je poudaril, da je spomin na Ruse, ki so živeli in delovali v sanatoriju na gradu, tudi danes živ in vreden, da se ohrani zanamcem kot primer bratskega sobivanja med narodoma, in zato prevzema njegova ustanova, skupaj z občino Duplek, pokroviteljstvo nad tem novim spomenikom prijateljstva med obema narodoma.

Po koncu slovesnega odkritja spominskega obeležja, ki so ga udeleženci pozdravili z glasnim odobravanjem, je sledil sprejem pri županu Dupleka v obnovljeni in v gostinski lokal preurejeni grajski kašči, v kateri so obiskovalci lahko videli tudi eno od treh in zato redkih ohranjenih grajskih ledenic na Slovenskem. Sprejem je bil primerna priložnost za številne pogovore in obujanje spominov, saj so številni starejši domačini pripovedovali o lepih spominih na kolonijo Rusov, ki so živeli in delali na gradu Vurberk in ki so imeli z okoliškimi prebivalstvom izredno prijateljske odnose. Ruski zdravniki so brezplačno zdravili takrat siromašne prebivalce Vurberka in okolice ali pa brez plačila opravljali preglede šolarjev in razdeljevali tudi draga zdravila.

Takoj prve dni po tem sestanku smo prejeli številne pisne in ustne pripombe, dopolnila in pohvale. Skupna vsem zapisom pa je zahvala, da smo obudili spomin na Sanatorij Ruskega rdečega križa in dolgoletno prijateljsko sobivanje slovenskih domačinov z rusko zdravstveno ustanovo na gradu Vurberk.

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

Vidojka Majcen Vuga, dr. med. – 90-letnica

Nada Gortnar Gorjan

Vidojka Majcen Vuga je letos praznovala 90. rojstni dan. Pediatri jo poznamo kot zdravnico, ki v slovenski pediatriji pušča pečat s svojim pionirskim delom na področju zdravstvenega varstva otrok na Goriškem. Kolegi, bivši sodelavci in predstavniki Zdravstvenega doma Nova Gorica smo jo ob tej priložnosti obiskali na njenem domu. Sprejela nas je nasmejana, mladostno iskrivega duha, s še vedno živim smislom za humor. V prostorni svetli dnevni sobi s pogledom na vrt, smo se posedli za lepo pogrnjeno mizo, s katere je vabilo sveže pecivo. Stekel je sproščen in prijeten klepet, tokrat prepleten predvsem z dožitvi iz slavljenkine bogate življenjske zakladnice.

Vidojka Majcen se je rodila 10. januarja 1923 v Mariboru kot najmlajša izmed štirih otrok materi Luciji

in očetu Ivanu. Njeno otroštvo so usodno zaznamovali viharni vojni časi. Družina Majcen se je namreč morala umakniti v Maribor v takratno Kraljevino Jugoslavijo iz italijanskega Trsta, ker je bil oče kot zaveden Slovenec in pristaš slovenskega društva Edinost preveč moteč za tamkajšnjo oblast. Klasično gimnazijo je končala v takrat od Italijanov okupirani Ljubljani. Komaj 18-letna je teden dni preživela v italijanskem zaporu. »Slabo se piše državi, ki zapira otroke,« je njen odhod jasnovidno pokomentiral eden izmed naključno prisotnih častnikov.

Kot mnogo drugih Slovencev, je bila tudi družina Majcen v začetku 2. svetovne vojne izgnana iz Maribora v Bosno in Hercegovino. Po končani gimnaziji se jim je morala pridružiti tudi najmlajša hči Vidojka.

Kljub težkim vojnim časom ji je Mostar ostal v spominu kot lepo mesto. Živo se še spominja dogodkov, ki so jim bili priča ob desantu na Drvar. Med vojno je vsa družina sodelovala s partizani, na kar so še posebej ponosni. Vendar je vojna od družine zahtevala svoj krvavi davek. Brat Zlatan je umrl tragične smrti 1943. leta v Sanskem Mostu (BiH), brat Žarko, ki je bil »že od malega čisto nor na letala« in je bil med vojno aktiven vojni pilot, pa se je smrtno ponesrečil na letalskem mitingu v Brežicah leta 1947.

Po vojni je Vidojka Majcen nadaljevala in končala študij medicine na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Med študijem je med kolegi spoznala tudi svojega bodočega soproga in življenjskega sopotnika Miroslava Vuga (ki je svoj 90. rojstni dan praznoval pred dvema letoma). Zakonca Vuga sta staž opravljala v mariborski bolnišnici, po končanem stažu pa sta dobila za poslitev v takrat nastajajočem mestecu Nova Gorica, kamor sta se z družino preselila leta 1954. Poleg sina Žarka je bila pomemben član družine babica Lucija. Brez njene pomoči bi ob veliki prezaposlenosti staršev družini trda predla. Babica Lucija pa je z ljubeznijo poskrbela za vse, najbolj pa za svojega vnuka Žarka.

Zakonca Vuga sta bila vse svoje delovno obdobje zaposlena v Zdravstvenem domu Nova Gorica. Miroslav Vuga je začel svojo poklicno pot kot splošni zdravnik, zelo priljubljen med ljudmi, in je svojemu poslanstvu ostal zvest do upokojitve. Bil je tudi prvi pobudnik in organizator fizioterapevtske dejavnosti v okviru zdravstvenega doma.

Vidojka Majcen Vuga je najprej vodila Dispanzer za žene in otroke. Zlasti v začetnem obdobju je bilo veliko dela treba opraviti tudi na terenu. Spominja se stisk, človeških in lastnih, na katere je naletela pri delu, veliko pa je na te čase tudi lepih spominov. Porodi, takrat vodeni večinoma na domu, niso nikogar puščali ravnodušnega, zlasti ne tisti z zapleti. Ob skromni opremi in s skromnimi praktičnimi izkušnjami mlade zdravnice so bile zanjo pri tem delu pravi zaklad zaupanja vredne izkušene in spretnke babice. Zaradi teh izkušenj jih spoštuje in ceni še danes.

Večino svojega strokovnega dela, energije in časa pa je kasneje posvetila skrbi za zdravje otrok. Na tem področju je orala ledino. Promovirala je cepljenje, italijanski zdravniki pa so istočasno prebivalce Brd svarili ljudi pred nevarnostmi cepljenja. Zelo veliko je predavala, tudi po odročnih vaseh, v skromnih prostorih. S smehom se spominja, kako je njeno predavanje skozi okno »predavalnice« z zanimanjem spremljala gruča koz, ki se je pasla zunaj.

Posvetovalnice in cepljenja so se izvajali po različnih krajih, v bolj ali manj skromnih razmerah, vse dokler



Slavljenka je na rojstnodnevnem srečanju obujala spomine s svojo nekdanjo dolgoletno sodelavko, višjo medicinsko sestro Majdo Repič.

ni bil v Novi Gorici zgrajen nov zdravstveni dom. Po zaslugi vizije, angažiranosti, vztrajnosti, prodornosti in strokovnosti Vidojke Majcen Vuga je bil v Novi Gorici organiziran Dispanzer za otroke, s čimer je bil vpeljan sodoben način preventivnega in kurativnega zdravstvenega varstva otrok.

Delu z otroki je ostala predana in zvesta do svoje upokojitve 1983. Za svoje strokovno in požrtvovalno delo je prejela republiško priznanje srebrni znak zaslug za narod ter Potrčevo priznanje in plaketo za zasluge na področju razvoja preventivne medicine na Slovenskem. To priznanje ji še zlasti veliko pomeni.

Kljub častitljivemu jubileju je Vidojka Majcen Vuga še vedno polna življenjske moči, jasnih in prodornih misli in vedrine, čeprav tudi do nje življenje ni bilo vedno prizanesljivo. Redno spremlja aktualna družbeno in politična dogajanja pri nas in je do njih kritična. Zlasti jo bolijo vse večje socialne razlike.

Ob njenem visokem jubileju ji tudi s tega mesta iskreno čestitamo in ji želimo zdravja ter še veliko lepih doživetij in srečnih trenutkov med njenimi najdražjimi, med katere nedvomno sodi tudi dveletna pravnukinja Ela.

E-naslov: nada.gortnar.gorjan@zd-go.si

Zakaj sem ponosen, da sem zdravnik

Doživetje zdravnika in pianista Pavleta Kornhauserja, Zdravniška zbornica 19. 3. 2013

Jasna Čuk Rupnik

Večer, v katerem smo kot veliko darilo doživeli promocijo izida knjige »Zakaj sem ponosen, da sem zdravnik«, se je čudovito odvijal v slogu avtorjeve veličine. Bil je večer ponosa do poslanstva zdravnika, pa tudi večer veselja, da je ta zdravnik predano naš in pušča med nami neizbrisne sledi izjemnih strokovnih, pa tudi umetniških doživetij.

Seveda je moderator pogovora prim. Marko Demšar hudomušno provokativno zastavil že prvo svoje vprašanje. Vprašanje o tem, kaj je prof. Kornhauser razmišljal 15. 6. 2012, ko je imel v Kazini svoj »poslovilni koncert«. In sledilo je priznanje, da se je naš izjemni zdravnik-pianist »takrat poslavljaj od glasbe«, da pa ga je »že danes polomil«, ko bo ponovno pri klavirju s skupino Pro medico in pevkama pri izvedbi koroških narodnih pesmi. Ja, kot je to v svojem poročilu o poslovilnem koncertu predvidel že prof. Klun. In z nekaj pridiha olajšanja je pianist izrazil svoje veselje ob spoznanju, da so mu »organizacijske priprave na koncert odveč, ko se bližaš devetdesetim«. Pa je morda le hotel imeti še vedno vse pod kontrolo, se je zdelo poslušalcem in gledalcem v nabito polni Modri dvorani.

Z velikim zanimanjem smo pričakali tisto najpomembnejše vprašanje: »Zakaj si izbral prav ta naslov? (Op. že pred leti tudi za članek v Jani.) Si vrgel rokavico politiki, medijem?« Profesorjev namen menda ni bil, da bi vrgel rokavico tisku. Pojasnil je, da se je že kot otrok odločil za medicino. Pri tem ga je vodil občutek, da zdravniki delamo nekaj dobrega, in ta občutek je tudi v ospredju te knjige. S popolnim prepričanjem nam je bila zaupana izjava, da dober zdravnik ne bo nikoli užaljen, če sliši kritiko na svoj račun. In spomnila sem se kratke osuplosti, ki sem jo doživela kot specializantka pediatrije ob kroženju na otroški kirurgiji: V zdravniško sobo, v kateri sem prav takrat študirala, je močno razburjena privihrala profesorjeva mlajša sodelavka, ob njej pa je mirno vstopil profesor. Besednemu izpadu očitno zelo obremenjene kolegice: »Primarij, vi ste ...!« (z omembo zelo nevljudne živalske vrste) je sledilo iskreno odprto vprašanje: »A tako? Zakaj pa?« In sta nadaljevala svoj vroči pogovor, ko sem se kot nepotrebni tretji seveda umaknila. Ostala pa sem mu neizmerno hvaležna za ta brezplačni praktikum o vrhunsko vodenem reševanju konflikta.

In koga je profesor v pogovoru o svojem življenju navedel kot prvega, ki je imel nanj močan vpliv? Mladega aktivista, ki ga je spoznal v taborišču: »Bil

je pošten, neustrašen, odločen,« se je glasilo profesorjevo pojasnilo. Vsekakor lastnosti, ki jih slovenski zdravniki občudujemo tudi pri našem vzorniku. S takšnim žarom se je kasneje sam boril za kratko ležalno dobo s sporočilom, da je »vsaka bolnišnica za otroka slaba«. Pojasnil je svoja prizadevanja za največjo možno izobrazbo medicinskih sester. Nam opisal svoj ustvarjalni pristop s tolsto podgano na spalnih pogradih, projicirano poslancem skupščine, ko



Prisrčno uvodno besedo k predstavitvi avtobiografije je imel predsednik zbornice primarij Andrej Možina.



Avtor sprejema čestitke.

je zagovarjal in dosegel soglasje za gradnjo doma za medicinske sestre. In nas podprl s priznanjem, da moramo imeti znanje in čas, če hočemo imeti dobro medicino.

Seveda nas je profesor v pogovoru spomnil tudi na to, da se je zelo pogosto odločil ukrepati tudi javno v časopisih, kadar je čutil, da je komu narejena krivica. In vesel nam je zaupal svojo misel, da se je *rodil ob pravem času in na pravem mestu* in imel pri tem srečo, da *ni bil petelin, ki je prezgodaj zapel*. Sreči se je tudi zahvalil, da je imel okrog sebe kolektiv, ki mu je sledil in zaupal.

Ob koncu pa se je pošalil, da še sam ni verjel, da bo ta knjiga zares izšla, in se med drugimi zahvalil za spodbudo prav Zdravniški zbornici. Nastala je obsežna knjiga, »pri kateri »si gotof«, če te z njo

kdo udari po glavi«, je še pripomnil. Pri pisanju pa ga je vodil občutek, da je prav, da »poveš kolegom in mlajšim, kaj se je dogajalo, da smo iz podeželske bolnišnice naredili vrhunsko«.

»Spomin, ki je kot sir ementalec,« se je v resnici izkazal kot svojevrsten čudež – v čudovito doživetem večeru, ki je svojo nadsnovnost izražal v iskreni besedi in glasbi strastnega pianista, odločnega in ljubečega pediatra, moža, očeta in dedka, zahtevnega profesorja in širokega misleca ... vse to v sozvočju z mladimi in manj mladimi glasbeniki orkestra »Pro medico«. Hvala, bilo je res nepozabno.

E-naslov: cukovi@gmail.com

Avtobiografija: Zakaj sem ponosen, da sem zdravnik

Na knjižnih policah se je te dni pojavila nova knjiga, ki je zajela večdesetletno, po vsebini zelo raznoliko dejavnost zdravnika, obenem glasbenika – pianista, aktivista v humanitarnih organizacijah, publicista – in še bi lahko navedli področja, kjer je zapustil sledi. Z »udarnim naslovom« **Zakaj sem ponosen, da sem zdravnik** je kot avtor z nazivom **doktor Pavle Kornhauser** na več kot petsto straneh orisal svojo strokovno pot ter je v drugem delu knjige ponatisnil najbolj značilne objave, ki jih je spisal sam z različno vsebino, ali pa je bil tarča in odgovarjal na vprašanja.

Profesor Pavle Kornhauser je pediater, zato je večina obravnavane snovi zajela pravice otroka v bolnišnici in njegove pionirske zasluge za gibanje, ki ga je imenoval »*humanizacija hospitalizacije otroka*«. Avtor poudarja, da njegov namen ni bil predstaviti medicinskih dognanj v razvoju stroke, v kateri je sodeloval, saj bi bila zanimiva in uporabna predvsem za zdravnika specialista. Področja, ki jih obravnava, so splošnega pomena in, čeprav so zajeta pred mnogimi leti, naj bi bila zanimiva tudi za bralce danes. Veliko prostora je posvetil glasbi, saj je bil kot pianist med pobudniki za ljubiteljsko umetniško dejavnost med ljubljanskimi zdravniki, oblikoval in vodil je desetletja zdravniško glasbeno komorno skupino Pro medico, pisal glasbene kritike in jih objavljati tudi v javnih glasilih. Za bralce bodo zanimiva njegova razmišljanja in izkušnje kot urednika knjig, zbornikov in časopisov, ki jih je oblikoval in vodil. Pričevanje njegovih sodobnikov, prav tako ponatisi humoresk, ki jih je objavljati v medicinski reviji Isis, naj popestrijo vsebino knjige. Knjiga ima 524 strani.

Avtor poudarja, da namen knjige ni avtobiografski prikaz. Kljub temu je precej podatkov tudi iz njegovega osebnega življenja. Besedilo je bogato opremljeno s slikami in različnimi ponazorili, kar prispeva k boljšemu razumevanju in ozaljša vsebino.

Uvodničarji so zelo lepo ocenili kakovost knjige: prim. dr. Gordana Kalan Živčec, kot predsednica Zdravniške zbornice Slovenije do oktobra 2012, mag. Simon Vrhunec, generalni direktor UKC, in akademik prof. dr. Dušan Ferluga, dolgoletni

predstojnik Inštituta za patologijo MF. Prav v današnjem času, ko ne zmanjka kritike na račun našega zdravstva in na delo (nekaterih) zdravnikov, je publikacija, ki predstavlja dobrobiti zdravniškega poklica, kaj vse lahko nove zamisli – avtor jih je imenoval vizionarske – prispevajo za boljše zdravljenje in počutje otroka v bolnišnici. Večino je ne le zagovarjal, temveč tudi uresničil: z zadovoljstvom ugotavlja, da je *živel ob pravem času in na pravem mestu*, da ni bil *petelin, ki je prezgodaj zapel*.

in še: knjigi je priložena zgoščenska z glasbo Johanna Sebastiana Bacha in Frederica Chopina. Saj je **doktor Pavle Kornhauser** tudi glasbenik, ki je prepričan, da bosta obe skladbi, ki sta povezani z njegovim pojmovanjem umetnosti in obenem z njegovo pianistično potjo, po branju njegove knjige ponudili bralcu ne le glasbeni užitek, temveč tudi spokojnost.

Knjigo je založila Zdravniška zbornica Slovenije in bo krila del stroškov.



Bronhialna termoplastika – nova metoda v zdravljenju težje astme

Aleš Rozman, Sabina Škrgat, Mateja Marc Malovrh, Vesna Nišević, Matjaž Fležar, Mitja Košnik

Uvod

Astma je kronična vnetna bolezen dihalnih poti. Danes je s sodobnimi terapevtskimi ukrepi pri večini bolnikov moč nadzorovati simptome astme. Z uvedbo inhalacijskih glukokortikoidov so življenje ogrožajoča poslabšanja astme postala redka. Kljub temu pa vzročnega zdravljenja v tem trenutku ne poznamo, niti ne moremo preprečiti pospešenega upada pljučne funkcije, ki nastane z leti zaradi remodeliranja dihalnih poti. Remodeliranje z uporabo protivnetnih zdravil ne moremo preprečiti. Kronično vnetje v steni bronhov ima za posledico upad pljučne funkcije s nepopolno reverzibilnostjo in pojav simptomov astme pri bolniku. Izraz remodeliranje se nanaša na strukturne spremembe v steni bronhov, ki vključujejo spremembe respiratornega epitela, subepitelno fibrozo, metaplazijo žlez čašic, angiogenezo in hipertrofijo ter hiperplazijo gladkih mišic bronhialne stene.

Gladke mišice igrajo pomembno vlogo v patofiziologiji astme. Povečana masa gladkih mišic že zaradi geometrijskih zakonitosti privede do zožene svetline bronhov, dodatno zoženje pa povzročijo še okrepljene kontrakcije ob poslabšanjih. Bronhialna stena ima zmanjšano sposobnost za relaksacijo v inspiriju. Gladke mišice pa sodelujejo tudi v kroničnem vnetnem procesu. Na relaksacijo je kratkoročno moč vplivati z agonisti beta-2 adrenergičnih receptorjev, za dolgoročno vplivanje na bronhialne gladke mišice pa do sedaj ni bilo učinkovitih zdravil.

Bronhialna termoplastika

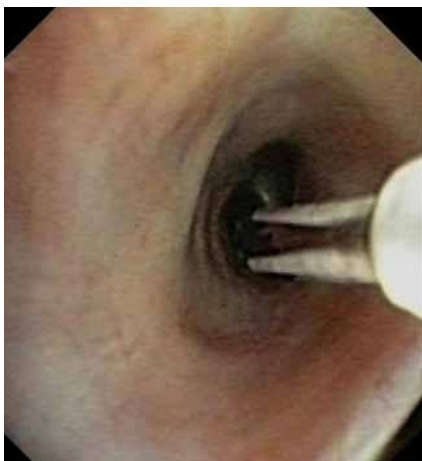
Bronhialna termoplastika je terapevtska metoda za zdravljenje astme, ki so jo razvili za zmanjševanje mase gladkih

mišic v steni bronhov. Postopek je leta 2010 odobrila ameriška administracija za hrano in zdravila (FDA). Metoda temelji na kontroliranem dovajanju radiofrekvenčne energije v stene bronhov, kar povzroči segrevanje. Pregrevanje denaturira motorične beljakovine v gladkih mišicah in disfunkcijo miozinskih vlaken ter prekinev interakcij med aktinom in miozinom (1).

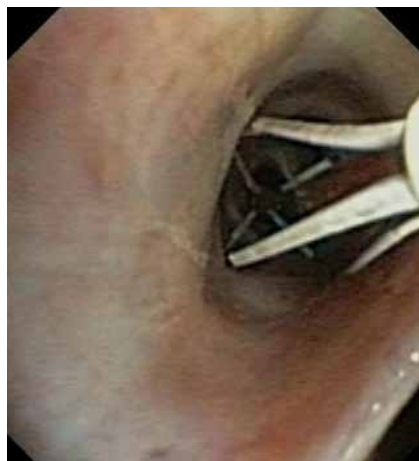
Metodo apliciramo s pomočjo bronhoskopije v globoki sedaciji na vseh bronhih premera med 3 in 10 mm pod kontrolo očesa, razen na bronhih srednjega režnja. Učinek dosežemo z nadzorovanim dovajanjem energije na štiri točke bronhialne stene s



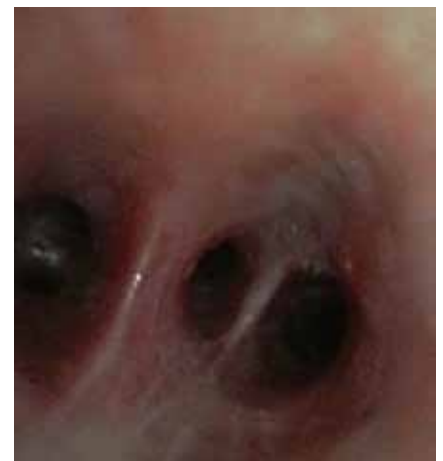
Slika 1. Shematični prikaz elektrode med aktivacijo v segmentnem bronhu.



Slika 2. Zaprta elektroda v bronhu bolnice.



Slika 3. Odrpna elektroda v bronhu iste bolnice med aktivacijo.



Slika 4. Videz bronhov neposredno po zaključenem zdravljenju.

pomočjo v ta namen oblikovane elektrode (slika 1). Učinek na kontaktni površini je kontrolirano segrevanje na temperaturo 65° C v trajanju 10 sekund (sliki 2 in 3). Bronhe zdravimo v naslednjo, s premikanjem elektrode za en centimeter med dvema aplikacijama energije. Postopek traja od 30 do 60 minut, tipično število aktivacij ob enem posegu pa je med 40 in 80 (slika 4).

Celotno zdravljenje opravimo v treh delih z razmikom vsaj treh tednov med dvema posegoma. Razlog za delitev posegov je reakcija na zdravljenje. Zaradi termične poškodbe se pojavi prehodni edem sluznice in lokalizirano zoženje dihalnih poti. Bolniki v prvem tednu po posegu lahko pričakujejo simptome, podobne blagemu poslabšanju astme, nad zdravljeno delom pljuč pa lahko prehodno slišimo ekspiratorne piske. V prvem delu zdravimo bronhe desnega spodnjega pljučnega režnja, v drugem delu bronhe levega spodnjega pljučnega režnja in v tretjem delu bronhe obeh zgornjih pljučnih režnjev.

Študije, ki poročajo o učinkovitosti in varnosti metode

Prve raziskave o varnosti in učinkovitosti so bile napravljene na zdravih psih (2). Danek in sod. poročajo o degeneriranih ali odsotnih gladkih mišicah v steni bronhov že teden dni po posegu, učinek pa je bil v obratnem sorazmerju s preodzivnostjo dihalnih poti. Po treh letih, kolikor je trajalo spremljanje, so še vedno opazovali oslABLJENO odzivnost na provokacijsko testiranje z metaholinom, pri žrtvovanih živalih pa v bronhialni steni ni bilo znakov obnavljanja mase gladkih mišic.

Miller in sod. so testirali metodo na človeških prostovoljcih, katerim so po petih do dvajsetih dneh odstranili pljučni reženj zaradi pljučnega malignoma (3). Resnih stranskih učinkov zdravljenja ni bilo. Na bronhoskopiji po petih dneh so opazili zožene bronhe v zdravljeno segmentih in povečano količino sluzi. V času operacije pa so spremembe po večini že izzvenele. Histološke spremembe v steni bronhov po resekciji so kazale razpon od normalnega stanja do fokalnih nekroz in vnetne infiltracije. Zmanjšanje mase gladkih mišic so opazovali pri 50 odstotkih zdravljeno.

V poskusni študiji Coxa in sod. pri bolnikih z blago in zmerno astmo so po dveh letih spremljanja poročali o pomembno znižani odzivnosti ob metaholinskem testiranju in pomembnem porastu odstotka dni brez simptomov astme (4). Stranski učinki so bili blagi, večinoma vezani na prve dni po posegu.

Največja klinična raziskava AIR2 je bila zasnovana randomizirano, dvojno slepo (5). Obe skupini astmatikov sta bili zdravljeno enako, s to razliko, da aparaturna pri kontrolni (»sham«) skupini ni dovajala energije v elektrodo med zdravljenjem. V skupini zdravljeno so poročali o 32-odstotnem zmanjšanju poslabšanj astme, 84 odstotkih manj nujnih obiskov pri zdravniku zaradi respiratornih simptomov, 66 odstotkih manj izgubljenih dni na delovnem mestu, v šoli in pri dnevnih aktivnostih zaradi simptomov astme in 73 odstotkih manj hospitalizacij zaradi astme. Kakovost življenja, merjena z vprašalnikom AQLQ, je bila značilno boljša v skupini zdravljeno.

Kaj lahko bolniki pričakujejo od zdravljenja?

Bronhialna termoplastika ne ozdravi astme, čeprav so učinki zdravljenja relativno trajni (bolnike iz skupine AIR spremljajo že peto leto) (6). Bolniki še vedno potrebujejo vzdrževalno inhalacijsko zdravljenje. Forsiran ekspiratorni volumen v prvi sekundi (FEV1) se jim ne popravi nad vrednost, ki so jo pred zdravljenjem imeli v optimalnem stanju nadzora bolezni.

Potencialni učinek bronhialne termoplastike je v redukciji gladkih mišic in zmanjšanem potencialu zoženja bronhov v času poslabšanj. Bolniki imajo na ta način zmanjšano odzivnost na dražljivce iz zraka, manjše število poslabšanj astme in manjšo porabo zdravil za akutno lajšanje simptomov. Poslabšanja so blažja, manjša je potreba po oralnem glukokortikoidnem zdravljenju. Zaradi zmanjšanja simptomov imajo boljše kakovost življenja, večjo telesno zmogljivost in občutno manj neaktivnih dni in obiskov pri zdravniku. Iz teh podatkov se nakazuje tudi zmanjšanje obremenitev zdravstvenega sistema.

Kateri bolniki so primerni za zdravljenje?

Metoda je primerna za zdravljenje astme pri bolnikih, ki so dopolnili 18 let in imajo hudo persistentno astmo, ki ni dobro obvladana ob terapiji z inhalacijskim kortikosteroidom (ekvivalent 1000 mcg ali več beklometazona na dan) in dolgo delujočim agonistom beta receptorjev (ekvivalent 100 mcg ali več salmeterola na dan). Ob tem lahko bolnik prejema tudi ostala zdravila za astmo (montelukast, omalizumab itd.), vključno s sistemskimi kortikosteroidi, vendar ne več kot 8 mg metilprednizolona na dan ali več kot 16 mg vsak drugi dan.

FEV1 pred bronhodilatatorjem v stabilnem obdobju mora biti ≥ 60 odstotkov bolnikove norme.

Bolnik ne sme kaditi vsaj 1 leto oziroma v preteklosti ni smel pokaditi več kot 10 zavojčkov x let.

Bolnikov ne zdravimo, če imajo vsajen srčni spodbujevalnik, defibrilator ali kako drugo elektronsko napravo. Zdravljenje preložimo pri bolnikih z akutno okužbo dihal ali poslabšanjem astme.

Zaključek in pogled v prihodnost

Bronhialna termoplastika je nova metoda v zdravljenju težko vodljive astme z učinkovanjem na gladke mišice v bronhialni steni. Na Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik smo v začetku letošnjega leta že opravili prve posege pri astmatikih z rezultati, ki so v okviru pričakovanega glede na podatke iz literature. Bronhoskopski poseg opravimo v intravenski anesteziji, zaradi česar bolniki nimajo neprijetne izkušnje. Na ta način zagotovimo, da lažje sodelujejo skozi tri bronhoskopska zdravljenja.

Bronhialno termoplastiko v prihodnje vidimo kot uporabno metodo zdravljenja astme bolnikov, ki z inhalacijskim zdravljenjem nimajo dobrega nadzora nad simptomi astme in ki imajo pogosta poslabšanja, med katerimi potrebujejo sistemsko glukokortikoidno zdravljenje. Za pravilno izbiro bolnikov z astmo, ki bi jim omenjena metoda koristila, pa je potrebna

ozaveščenost domače medicinske javnosti. Bronhialno termoplastiko imamo na voljo za domače bolnike kot eden redkih evropskih centrov. Želimo si, da bi stroškovno učinkovitost te metode prepoznal tudi Zavod za zdravstveno zavarovanje in jo omogočil svojim zavarovancem.

Literatura

1. Dyrda P, Tazzeo T, DoHarris L, et al. Acute response of airway muscle to extreme temperature includes disruption of actin-myosin interaction. *Am J Respir Cell Mol Biol* 2011; 44: 213–221.
2. Danek CJ, Lombard CM, Dungworth DL, et al. Reduction in airway hyperresponsiveness to methacholine by the application of RF energy in dogs. *J Appl Physiol* 2004; 97: 1946–1953.
3. Miller JD, Cox G, Vincic L, et al. A prospective feasibility study of bronchial thermoplasty in the human airway. *Chest* 2005; 127: 1999–2006.
4. Cox G, Miller JD, McWilliams A, et al. Bronchial thermoplasty for asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 2006; 173: 965–969.
5. Castro M, Rubin AS, Laviolette M, et al; AIR2 Trial Study Group. Effectiveness and safety of bronchial thermoplasty in the treatment of severe asthma: a multicenter, randomized, double-blind, sham-controlled clinical trial. *Am J Respir Crit Care Med* 2010; 181: 116–124.
6. Thomson NC, Rubin AS, Niven RM, et al; AIR Trial Study Group. Long-term (5 year) safety of bronchial thermoplasty: Asthma Intervention Research (AIR) trial. *BMC Pulm Med* 2011; 11: 8.

E-naslov: ales.rozman@klinika-golnik.si

So trije primeri prirojenih rdečk v ZDA sploh vredni pozornosti?

Alenka Trop Skaza

Ameriški Center za nadzor bolezni (CDC) je lani, prvič po letu 2008, poročal o treh primerih kongenitalnih rdečk, ki so jih zabeležili v Združenih državah Amerike. Otroci so se rodili materam, ki proti rdečkam niso bile cepljene, v ZDA so se preselile iz Afrike. Eden od novorojencev je umrl mesec dni po rojstvu, dva pa imata težke prirojene nepravilnosti. Pravočasno cepljenje proti rdečkam bi preprečilo te tragedije. Na blogih, kjer so se Američani odzvali na to novico, lahko beremo: »Pa kaj se razburjate? Kaj pa pomeni teh nekaj primerov v 300 milijonskem narodu? Ne vem, zakaj bi nas kaj skrbelo? Verjetno gre spet za netenje strahu s strani farmacije ...«

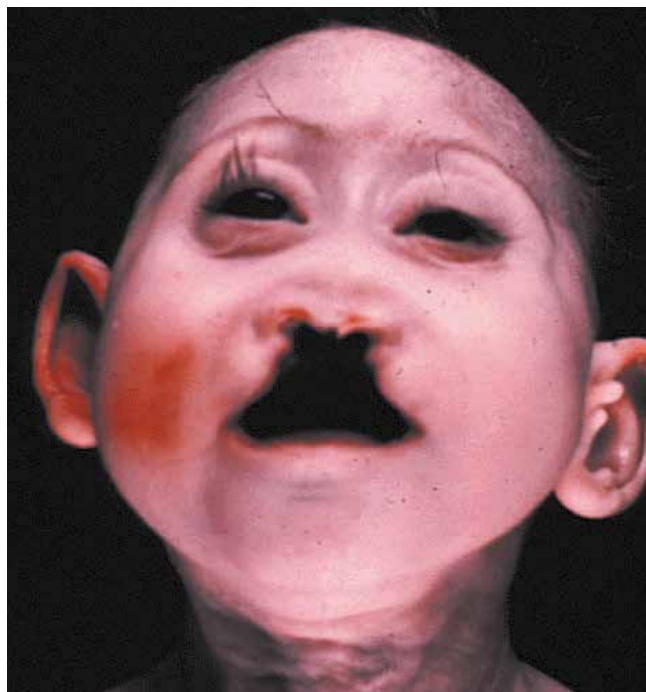
V letih od 2005 do 2012 so v ZDA zabeležili 85 primerov rdečk, od tega je v šestih (vključno z omenjenimi tremi) šlo za sindrom kongenitalnih rdečk. V petih primerih so se otroci rodili priseljenkam, v enem primeru pa ni bilo anamnestičnih podatkov o potovanju oziroma bivanju v tujini. Zadnjo epidemijo rdečk so v ZDA zabeležili v letih 1964 in 1965, ko je zbolelo več kot 12 milijonov ljudi, preko 11.000 nosečnic je splavilo, 2.000 novorojencev je umrlo, 20.000 pa se jih je rodilo s prirojenimi nepravilnostmi, od tega je bilo 13.000 gluhih in 3.500 slepih.

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije je cepljenje proti rdečkam, skupaj s cepljenjem proti mumpsu in ošpicam, uvedeno v 130 državah po svetu, kar pomeni, da je cepljenih 41 odstotkov vseh otrok. V Afriki so do sedaj cepljenje proti rdečkam v programe uvedle le tri države. Na svetu tako obstajajo endemska žarišča, ki predstavljajo tveganje in vzbujajo skrb. Zakaj?

Svet je globalna vas. Danes si tu, jutri drugje. In s teboj bolezen. Novorojenci, ki se rodijo s sindromom kongenitalnih rdečk, lahko izločajo virus več mesecev in tako predstavljajo tveganje za necepljene osebe. Čeprav so odstotki cepljenih proti rdečkam v populaciji, kjer se otroci redno cepijo, visoki, obstajajo ljudje, ki zaradi različnih razlogov niso bili cepljeni. Če se nosečnica okuži v prvih 10 tednih nosečnosti, je več kot 90-odstotno

tveganje, da bo, če bo donosila, rodila otroka s sindromom kongenitalnih rdečk.

Evropa v boju proti rdečkam ni tako uspešna, kot so ZDA. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije je bilo v 2007 v Evropi zabeleženih 68.000 primerov rdečk, v letih 2011–12 so poročali o velikem izbruhu rdečk v Romuniji, v letu 2012 pa je bilo zabeleženih preko 27.000 primerov rdečk, od tega 99 odstotkov na Poljskem in v Romuniji. Najvišja incidenca (969/1.000.000) je bila med mladostniki v starosti od 15 do 19 let. 62 odstotkov bolnikov, starih od 15 do 44 let, je bilo žensk.



V Sloveniji od leta 2008 nismo zabeležili nobenega primera rdečk. S cepljenjem proti rdečkam smo pri nas pričeli leta 1972, sprva je bilo cepljenje obvezno le za deklice, od leta 1990 pa tudi za dečke. Cepljenje s trivalentnim cepivom proti ošpicam, mumpsu in rdečkam opravimo s prvim odmerkom v drugem letu življenja, drugi odmerek prejmejo otroci pred vstopom v prvi razred osnovne šole.

In zakaj je cepljenje proti rdečkam nujno potrebno, saj gre praviloma za kratkotrajno virusno bolezen? Zato, da se ne bomo srečali s tragičnimi zgodbami, ki bi jih lahko s cepljenjem preprečili. In bodo takšne fotografije le zgodovinski prikaz sindroma prirojenih rdečk.

Viri:

1. CDC. MMWR. Three cases of congenital rubella syndrome in the postelimination era - Maryland, Alabama and Illinois. Dostopno na spletnem naslovu: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6212a3.htm>
2. ECDC. Measles and rubella monitoring 2013. Dostopno na spletnem naslovu: <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/SUR-Monthly-measles-and-rubella-Aug-2012.pdf>
3. IVZ. Epidemiološko spremljanje nalezljivih bolezni v Sloveniji v letu 2011. Dostopno na spletnem naslovu: <http://www.ivz.si/>



gradiva_nalezljive_bolezni?pi=5&_5_Filename=6179.pdf&_5_MediaId=6179&_5_AutoResize=false&pl=105-5.3.

4. Kraigher A, Ihan A, Avčin T. Cepljenje in cepiva. SZD, IVZ, 2011.

Fotografiji dostopni na spletnem naslovu: <http://eyepathologist.com/disease.asp?IDNUM=362070>

E-naslov: alenka.skaza@zzv-ce.si

Poraba alkohola in pivske navade v obdobju 2000–2010: primerjava med EU in Slovenijo

Barbara Lovrečič, Mercedes Lovrečič

EU se z 11 litri čistega alkohola na odraslo osebo na leto uvršča na prvo mesto po porabi alkohola na svetu; največ se v EU popije piva, sledi vino in žgane pijače. Skupna (registrirana in neregistrirana) poraba alkohola v EU znaša 13 litrov alkohola na odraslega prebivalca na leto (med državami novimi članci EU je poraba še za 2 litra višja). Slovenija se po skupni (registrirani in neregistrirani) porabi alkohola na prebivalca uvršča na peto mesto med državami članicami EU. Poraba alkohola je v Sloveniji v obdobju 2000–2010 znašala med 10,3 in 13,5 litra čistega alkohola na odraslega prebivalca na leto; največ se je popilo piva, sledilo je vino in žgane pijače.

Globalno gledano se za primerjavo podatkov (2003–2009) za EU nakazuje blag upad pogostosti pitja, vpogled v vsakodnevno pitje alkohola v posameznih državah npr. za Slovenijo pa razkriva, da je v obdobju 2006–2009 le-to porastlo z 9 odstotkov na 13 odstotkov. Državljeni EU prepoznajo škodljive učinke na zdravje ter nezaželene socialne posledice, Slovenci bolje prepoznajo nezaželene socialne posledice kot škodljive učinke na zdravje. V Sloveniji je zaznati trend naraščanja števila abstinentov in padanja števila čezmernih pivcev ter tistih, ki se opijajo, vendar pitje alkoholnih pijač še vedno predstavlja pomemben javnozdravstveni problem.

Slovenski prebivalci vzhodne kohezijske regije v večjem deležu čezmerno pijejo alkohol in se visoko tvegano opijajo.

Uvod

S pomočjo podatkov o porabi alkohola na prebivalca lahko posredno ocenjujemo tvegano in škodljivo pitje alkohola. Poraba alkohola na prebivalca, starega 15 let in več, predstavlja enega glavnih kazalnikov za spremljanje obsežnosti porabe alkohola v populaciji in verjetnih trendov z alkoholom povezanih posledic. Zaradi različne vsebnosti alkohola v različnih alkoholnih pijačah popiti alkohol merimo v gramih ali v standardnih enotah. V Evropi ena standardna enota vsebuje 10 g alkohola. Za alkoholne pijače, ki jih najpogosteje pijemo v Sloveniji, je ena standardna enota ali merica (10 g čistega alkohola): 250 ml piva s 5 odstotki alkohola, 250 ml sadjevca (mošt, jabolčnik) s 5 odstotki alkohola, 100 ml vina z 12 odstotki alkohola, 50 ml likerja s 25 odstotki alkohola oziroma 30 ml žgane pijače s 40 odstotki alkohola (1, 2).

V Sloveniji sta okolje in družbena klima naklonjena pitju alkoholnih pijač, dostopnost alkoholnih pijač je velika, saj je Slovenija vinorodna dežela z dolgoletnim izročilom pridelovanja piva in žganja, ozaveščenost javnosti in politike o tej problematiki pa je

slaba in v povojih, kar vse posledično vpliva na veliko količino popitih alkoholnih pijač v Sloveniji (3, 4).

Izsledki raziskav kažejo, da sta čezmerno pitje alkohola in visoko tvegano opijanje v Sloveniji pomembna javnozdravstvena problema (5). Podatki Svetovne zdravstvene organizacije kažejo, da se Slovenija uvršča med sedem držav z najmanjšim deležem moških na svetu, ki v zadnjem letu niso pili alkohola (6). Podobno so leta 1999 ugotovili, da je večina polnoletnih prebivalcev Slovenije pila alkoholne pijače, saj je bilo popolnih abstinentov (še nikoli v življenju niso popili niti kozarca alkoholne pijače) le 5 odstotkov, takih, ki v zadnjem letu niso pili alkoholnih pijač, je bilo 15 odstotkov, okoli 11 odstotkov odraslih prebivalcev je bilo verjetno že odvisnih od alkohola, in sicer vsak peti odrasli moški in vsaka petindvajseta odrasla ženska (7).

Pomembne informacije o pivskih navadah odraslih, o povezanosti pogostosti in načina pitja s socialno-demografskimi in drugimi dejavniki pridobivamo v Sloveniji s pomočjo populacijskih raziskav. V obdobju 2000–2010 sta bili v Sloveniji izvedeni dve epidemiološki populacijski raziskavi s podatki o pivskem vedenju odraslih, in sicer Z zdravjem povezan življenjski slog (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention – CINDI) (izvedena v letih 2001, 2004, 2008 in 2012 in je zajemala prebivalce Slovenije, stare 25–64 let oziroma v letu 2008 25–74 let; podatkov za leto 2012 še ni na voljo) ter Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu (European Health Interview Survey – EHIS) (izvedena leta 2007 in je zajemala prebivalce Slovenije, stare 15 let in več). S tema populacijskima raziskavama lahko pridobimo podatke za izračun kazalnikov, ki nam omogočajo vpogled v pivske navade odraslih, in sicer delež: abstinentov, manj tveganih oziroma zmernih pivcev, čezmernih pivcev in prebivalcev, ki se visoko tvegano opijajo.

Poleg v Sloveniji opravljenih epidemioloških populacijskih raziskav so nam na voljo tudi izsledki v EU opravljenih raziskav o odnosu odraslih državljanov EU do pitja alkoholnih pijač (Eurobarometer 2003, 2006, 2009). Raziskava EU v letu 2003 je bila opravljena le v 15 državah, takrat članicah EU, zato v nadaljevanju navajamo le tiste izsledke, ki so med različnimi obdobji primerljivi, nam omogočajo vpogled v spremembe ali vključujejo tudi Slovence. Podatki Eurobarometra nam omogočajo vpogled v pivske navade; oceno prevalence pitja alkoholnih pijač, spremljanje trenutnega in občasnega pitja alkohola ter trende.

Poraba alkohola: EU se po porabi čistega alkohola na odraslo osebo uvršča na prvo mesto na svetu; Slovenija se po porabi alkohola na prebivalca uvršča v sam vrh držav članic EU

Pri interpretaciji podatkov o porabi alkohola je potrebna določena previdnost. Podatki odražajo registrirano porabo alkohola, medtem ko neregistrirana poraba alkohola, kot je npr. v Sloveniji neprijavljen alkohol (izjema vino – delno zajeta tudi neregistrirana poraba) iz domače proizvodnje ali kupljen v tujih državah, ni vključena, zato je poraba alkohola dejansko večja, kot kažejo podatki o registrirani porabi (3, 8). Tudi pri interpretaciji trendov registrirane porabe moramo biti previdni, saj ne vsebuje podatkov o neregistrirani

porabi, kar lahko pomeni, da trenda nista nujno vzporedna (3, 8). Poleg tega podatki o registrirani porabi ne odražajo nujno samo popitega alkohola (vsi kupljeni izdelki se ne porabijo nujno v istem letu, poleg tega pa lahko npr. trgovine in gostinski lokali naredijo zalogo alkoholnih pijač pred povišanjem cen ali davkov) (3).

EU predstavlja regijo, kjer se popije največ alkohola na svetu, in sicer v povprečju 11 litrov čistega alkohola na odraslo osebo (staro 15 let in več) na leto, kar predstavlja 2,5-krat več od ostalega svetovnega povprečja (9). Najvišje vrednosti porabe alkohola na odraslega prebivalca v Evropi so bile dosežene sredi sedemdesetih let prejšnjega stoletja, takratna poraba je bila ocenjena na 15 litrov na odraslo osebo na leto. Raven porabe alkohola v obdobju 1960–1980 je v srednji in severni Evropi naraščala, v južni Evropi (državah pridelovalkah vina) pa je dosledno padala. V zadnjih štiridesetih letih smo bili priča izenačevanju glede porabe alkohola med državami starimi članicami EU (za EU 15 znaša 11,5 l) in novimi članicami EU (za EU 10 znaša 10,5 l), tako je povprečna poraba alkohola v novih članicah bližje kot kdajkoli prej tisti v starih članicah, čeprav med samimi državami ostajajo precejšnje razlike (9).

Malo manj kot polovica vsega popitega alkohola v letu 2002 se je popilo kot pivo (44 odstotkov), sledilo je vino (34 odstotkov) in žganje (23 odstotkov). Znotraj držav starih članic EU (EU 15) se je v zadnjih 40 letih pojavljala harmonizacija z vidnim izenačevanjem, in sicer v severnih in osrednjih delih EU so večinoma pili pivo, medtem ko so v južni Evropi pili večinoma vino (9).

Registrirana poraba alkohola v EU ne vključuje domače proizvodnje, čezmejnega trgovanja, turistične prodaje in tihotapljenja. Ocenjujejo, da je ilegalna in čezmejna uporaba alkohola (neregistrirana poraba) najvišja v vzhodni Evropi (še posebej v baltskih državah, Bolgariji, na Poljskem in v Sloveniji), kjer dosega 5 litrov na odraslega prebivalca na leto (9). Upoštevaajoč vse vrste porabe alkohola, podatki za leto 2002 kažejo, da je v povprečju odrasli prebivalec EU popil 13 litrov alkohola na leto: EU 10 pa prekaša EU 15 za dodatna 2 litra na osebo na leto (9).

Skrb vzbujajoča je poraba čistega alkohola v litrih na prebivalca v Sloveniji, saj se je v obdobju od leta 1981 do 2010 letna poraba gibala med 8,8 leta 2005 in 11,7 leta 2004, največ čistega alkohola na odraslega prebivalca je bilo v enakem obdobju popitega s pivom, sledilo je vino ter žgane pijače (8). V Sloveniji je v obdobju od leta 2000 do leta 2010 znašala registrirana letna poraba alkohola med 10,3 in 13,5 litra čistega alkohola na odraslega prebivalca (starega 15 let in več); beležimo trend nihanja registrirane letne porabe alkohola, povprečen odrasel Slovenec je v tem obdobju med alkoholnimi pijačami količinsko popil največ piva (v letu 2010 91,8 litra piva ali 44,5 odstotka registrirane porabe alkohola), sledilo je vino (leta 2010 44,0 litra ali 46,9 odstotka registrirane porabe alkohola) in žgane pijače (leta 2010 2,2 litra ali 8,6 odstotka registrirane porabe alkohola). Največ čistega alkohola na odraslega prebivalca je bilo v obdobju 2000–2010 popitega s pivom (najvišji delež registrirane porabe alkohola je znašal 68,6 odstotka leta 2003, najnižji 36,5 odstotka leta 2004), sledilo je vino (najvišji delež registrirane porabe alkohola je znašal 54,6 odstotka leta 2004, najnižji 34,6

odstotka leta 2003) in žgane pijače (najvišji delež registrirane porabe alkohola je znašal 10,1 odstotka leta 2005, najnižji 2,7 odstotka leta 2000) (3, 8).

Poleg registrirane porabe alkohola predstavlja v Sloveniji veliko težavo tudi obsežna, neregistrirana poraba alkohola iz domače proizvodnje (3). Ocenjena raven neregistrirane porabe alkohola v Sloveniji je bila tako po novejših izračunih med 5 in 7 litri na prebivalca, po nekoliko starejših (1994) pa celo med 7 in 8 litri (4, 10).

Slovenija se po skupni (registrirani in neregistrirani) porabi alkohola na prebivalca uvršča na peto mesto med državami članicami EU, in sicer za Češko, Madžarsko, Estonijo in za Romunijo (6). S podatki o registrirani porabi alkohola na prebivalca sicer ne dobimo informacij o tem, kakšen je vzorec pitja v populaciji (npr. ali se alkohol v veliki meri pije v večjih količinah ob posameznih priložnostih – opijanje, ali je poraba bolj enakomerno porazdeljena čez vse leto) (3, 8), vendar lahko s pomočjo podatkov o porabi alkohola na prebivalca posredno ocenjujemo tvegano in škodljivo pitje alkohola (3).

Pivske navade: prevalenca pitja alkohola v EU (v zadnjih 12 mesecih): 76 odstotkov jih je pilo alkohol, 24 odstotkov jih je abstiniralo; med Slovenci jih je 82 odstotkov pilo alkohol in 18 odstotkov abstiniralo; 9 od 10 oseb je pilo alkohol v zadnjem mesecu; vsakodnevno je pilo alkohol 14 odstotkov, med Slovenci 13 odstotkov (vendar porast za 4 odstotke)

S pomočjo anket pridobivamo podatke, ki temeljijo na subjektivnih ocenah sodelujočih anketirancev, objektivnih metod, s katerimi bi merili pivske navade, pa še ni. Primerljivost podatkov, pridobljenih s pomočjo različnih anket, je pogosto ovirana ali nemogoča zaradi razlik v metodologiji, načinu ali obdobju anketiranja, časovnega intervala, izbranega vzorca ipd., zato je pri interpretaciji potrebna previdnost. Pri ocenjevanju javnomnenjskih stališč je potrebno upoštevati tudi različne vzorce pitja alkoholnih pijač, od mesta pitja alkohola (npr. dom, gostinski lokali ...), časa pitja (obroki, vikendi ...), konteksta pitja (posebne priložnosti, obroki ...).

Za namene ocene prevalence glede pitja alkoholnih pijač v EU so bili anketiranci, ki so sodelovali v raziskavi Eurobarometer, povprašani glede pitja katerekoli alkoholne pijače v zadnjih 12 mesecih. V letu 2009 je tri četrtine (76 odstotkov, med Slovenci 82 odstotkov) vseh anketiranih državljanov EU za zadnjih 12 mesecev potrdilo pitje alkoholnih pijač, 24 odstotkov jih je odgovorilo, da so v tem obdobju abstinirali. Primerjava s podobno anketo, opravljeno leta 2006, je pokazala, da je delež nespremenjen oziroma so le minimalne razlike glede prevalence pitja alkohola (75 odstotkov vs. 25 odstotkov) (11). Podatki za Slovenijo so pokazali, da je abstiniralo 18 odstotkov anketiranih prebivalcev v Sloveniji leta 2009, kar je nekoliko manj kot leta 2006 (20,6 odstotka) in v obeh primerih manj od evropskega povprečja (11, 12).

Med tistimi, ki so pili alkohol v zadnjih 12 mesecih, 3 izmed 10 oseb niso nikoli pile petih pijač ob eni priložnosti (34 odstotkov vs.

31 odstotkov leta 2006), po drugi strani pa so tudi 3 izmed 10 oseb potrdile pitje petih ali več pijač enkrat tedensko (17 odstotkov vs. 15 odstotkov leta 2006) ali večkrat tedensko (12 odstotkov) (11, 12).

Med tistimi, ki so potrdili pitje alkohola, jih je skoraj 9 od 10 pilo alkohol v zadnjih 30 dneh (88 odstotkov leta 2009, v letu 2006 pa 87 odstotkov), med moškimi je bilo takih 92 odstotkov in med ženskami 83 odstotkov (11, 12). Najvišji odstotki anketiranih, ki so pili alkohol, so bili na Danskem (93 odstotkov), Švedskem (90 odstotkov) in Nizozemskem (88 odstotkov), najnižji pa na Portugalskem (58 odstotkov), v Italiji (60 odstotkov) in na Madžarskem (64 odstotkov) (12). Slovenski anketiranci so v 89 odstotkih v zadnjem mesecu pili alkohol (leta 2006 v 88 odstotkih) (11, 12).

Izsledki kažejo, da je delež državljanov EU, ki pijejo alkohol, le občasno oziroma priložnostno relativno nizek (12 odstotkov anketirancev, ki je potrdilo pitje alkohola, ga ni pilo v zadnjih 30 dneh) (12).

Med tistimi, ki so potrdili pitje alkohola v zadnjih 30 dneh, je 1 od 3 potrdil pitje petih pijač ali več ob eni priložnosti najmanj enkrat tedensko, najpogosteje so bili stari med 15 in 24 let (12).

Med tistimi prebivalci EU, ki so potrdili pitje alkohola v zadnjih 30 dneh, jih je tri četrtine (72 odstotkov leta 2009 in 69 odstotkov leta 2006) pilo vsaj 1-krat tedensko (med Slovenci 65 odstotkov), pomemben delež (14 odstotkov leta 2009 in 13 odstotkov leta 2006) je pil vsakodnevno (12). Leta 2009 jih je bilo 27 odstotkov občasnih pivcev (30 odstotkov leta 2006), ki so pili alkohol 1- do 3-krat v zadnjih 30 dneh (12).

Skoraj polovica (49 odstotkov leta 2009 in 48 odstotkov leta 2006) državljanov EU je poročala o pitju alkohola 1- do 3-krat tedensko (med Slovenci 46 odstotkov), a v nekaterih državah so poročali o vsakodnevnem pitju, npr. Portugalska (43 odstotkov v letu 2009, 47 odstotkov v letu 2006), Italija (25 odstotkov v letu 2009, 26 odstotkov v letu 2006) (12).

Globalno gledano se glede primerjave podatkov (2003, 2006 in 2009) za EU nakazuje blag upad pogostosti pitja v EU (11–13). Vpogled v vsakodnevno pitje alkohola v posameznih državah pa razkriva, da je v obdobju 2006–2009 v Sloveniji in v Romuniji le-to porastlo z 9 odstotkov na 13 odstotkov (11, 12).

Večina pivcev alkohola v EU (69 odstotkov v letu 2009 in 59 odstotkov v letu 2006, kar je bilo za 4 odstotke več kot v letu 2003) je popila do dve alkoholni pijači ob eni priložnosti, vendar je 1 od 10 (10 odstotkov tako v letu 2009 kot v letu 2006) potrdil pitje petih ali več alkoholnih pijač ob eni priložnosti (11, 12). Podatki za Slovenijo so pokazali, da je 75 odstotkov anketiranih Slovencev v letu 2009 in 63 odstotkov v letu 2006 popilo do dve alkoholni pijači ob eni priložnosti, vendar je 7 odstotkov anketiranih Slovencev (leta 2006 pa 6 odstotkov) potrdilo pitje petih ali več alkoholnih pijač ob eni priložnosti (11, 12).

Pogostost in način pitja alkohola se spreminja s starostjo. Količina popitega alkohola je najvišja v najmlajšem starostnem razredu: od 15 do 24 let. Medtem ko starejši starostni razredi ne pijejo več

kot dve alkoholni pijači ob eni priložnosti, mlajši pogosteje pijejo tri ali več alkoholnih pijač ob eni priložnosti (46 odstotkov starih 15–24 let v letu 2009 in 44 odstotkov v letu 2006) (11).

Najvišji delež (33 odstotkov za 2009 in 32 odstotkov za 2006) tistih, ki pijejo pet pijač ali več vsaj 1-krat tedensko, je med stariimi 15–24 let, 22 odstotkov (oziroma 19 odstotkov za leto 2006) v tej starosti je potrdilo, da pijejo pet ali več pijač v dneh, ko pijejo alkohol. Manj kot polovica (46 odstotkov v letu 2009 in 45 odstotkov v letu 2006) najmlajših nikoli ali manj kot 1-krat mesečno pije pet pijač ali več, med najstarejšimi pa je takih polovica ali več. Podrobnejših podatkov za Slovenijo ni na voljo (11).

Med tistimi, ki so pili alkohol v zadnjih 30 dneh, tisti, ki so stari 55 let in več, pijejo pogosteje (25 odstotkov) vsakodnevno v primerjavi s tistimi, stariimi 15–24 let (3 odstotke), medtem ko je četrtnina (25 odstotkov) starih 15–24 let popilo pet ali več alkoholnih pijač enkrat tedensko v primerjavi z enim od desetih (11 odstotkov) med stariimi 55 let in več. To uvršča mlade med skupine z večjim tveganjem, povezanim z verižnim popivanjem (»binge drinking«) (11).

V zadnjih 12 mesecih je v EU kot celoti: abstiniralo 32 odstotkov žensk v primerjavi s 16 odstotki moških, 84 odstotkov (tako v letu 2009 kot 2006) moških je pilo alkohol v primerjavi z 68 odstotki (tako v letu 2006 kot 2009) žensk (11).

V zadnjih 30 dneh je pilo alkohol 92 odstotkov (2006 in 2009) moških v primerjavi s 83 odstotki (v 2006 82 odstotkov) žensk (kar nakazuje, da je delež občasnega pitja alkohola med ženskami višji) (11).

Moški so bolj nagnjeni k pogostejšemu pitju alkohola v primerjavi z ženskami, 19 odstotkov (18 odstotkov v 2006) moških pije alkohol vsakodnevno v primerjavi z 8 odstotki (9 odstotki v 2006) žensk (11).

Moški se nagibajo k pitju alkohola v večjih količinah ob eni priložnosti v primerjavi z ženskami: 34 odstotkov moških popije tri alkoholne pijače ali več v primerjavi z 20 odstotki žensk. Delež tistih, ki popijejo pet ali več alkoholnih pijač enkrat tedensko ali pogosteje, je višji med moškimi (36 odstotkov) v primerjavi z ženskami (19 odstotkov) (11).

44 odstotkov žensk poroča, da nikoli ne spije pet ali več alkoholnih pijač ob eni priložnosti, v primerjavi s 26 odstotki moških (11).

Le nekoliko več kot četrtnina (27 odstotkov) anketiranih državljanov EU je pravilno odgovorila glede zakonske omejitve koncentracije alkohola v krvi med vozniki. Več kot tretjina (36 odstotkov) je odgovorila napačno, skoraj enak delež (37 odstotkov) je bilo takih, ki so odgovorili z »ne vem«. Slovenci so večinoma odgovorili pravilno (61 odstotkov), četrtnina je odgovorila napačno (25 odstotkov), desetina je odgovorila z »ne vem« (13 odstotkov). Kljub nizkemu deležu pravih odgovorov glede zakonske omejitve koncentracije alkohola v krvi voznikov, je večina državljanov EU (61 odstotkov; med Slovenci pa 52 odstotkov) menila, da sta do dve alkoholni pijači (v dveh urah) pred vožnjo preveč (11).

Globalno gledano državljani EU prepoznavajo, da ima alkohol škodljive učinke na zdravje. Skoraj vsi anketirani državljani EU (97 odstotkov, med Slovenci le 77 odstotkov) verjamejo, da alkohol pripomore k boleznim jeter, a samo dva od treh (67 odstotkov, med Slovenci 68 odstotkov) poznata tveganje za rak (11).

Državljeni EU se strinjajo, da alkohol vodi v nezaželene socialne posledice, kot so npr. ulično nasilje (96 odstotkov, med Slovenci 98 odstotkov), težave v zakonskem stanju (94 odstotkov, med Slovenci 99 odstotkov), izguba produktivnosti na delovnem mestu (94 odstotkov, med Slovenci 98 odstotkov) in slabši učni uspeh pri šolanju (94 odstotkov, med Slovenci 98 odstotkov) (11).

V Sloveniji je zaznati trend naraščanja števila abstinentov in padanja števila čezmernih pivcev ter tistih, ki se opijajo

Po podatkih IVZ RS (CINDI) je porazdelitev stopnje pitja alkoholnih pijač vseh anketirancev v obdobju 2001–2008 pokazala trend naraščanja števila abstinentov, trend padanja števila čezmer-nih pivcev alkoholnih pijač in tistih, ki se visoko tvegano opijajo, trend manj tveganih (zmernih) pivcev pa je sorazmerno stabilen (5). Pri tem je treba definirati čezmerno pitje alkohola, ki predstavlja za ženske več kot eno merico čistega alkohola dnevno oziroma 70 g čistega alkohola tedensko; za moške več kot dve merici čistega alkohola dnevno oziroma 140 g čistega alkohola tedensko (5). Visoko tvegano opijanje pa je pitje velike količine alkoholnih pijač, ki presega mejo manj tvegane pitja ob posamezni priložnosti ali kateri koli dan, ko so pili (za moške šest ali več meric alkohola vsaj enkrat v letu ob enkratni priložnosti in za ženske štiri merice ali več alkohola vsaj enkrat v letu ob enkratni priložnosti) (5).

Moški so abstinirali v manjšem deležu in so bili v veliko večjem deležu čezmerni pivci kot ženske, ženske pa so v primerjavi z moškimi nekoliko pogosteje pile manj tvegano (5). Med osebami, ki so odgovorile, da se niso nikoli visoko tvegano opijale, je bil manjši delež moških kot žensk, pri vseh drugih oblikah visoko tvegane opijanja z alkoholom pa je bil delež moških v primerjavi z deležem žensk večji; pogostejše kot je bilo visoko tvegano opijanje, večji je bil delež moških v primerjavi z deležem žensk (mesečno in tedensko visoko tvegano opijanje) (5).

V obdobju 2001–2008 se je pri moških nakazoval trend padanja deleža tistih, ki se niso nikoli visoko tvegano opijali, delež takih žensk pa je bil čedalje večji. Med tistimi, ki so se visoko tvegano opijali nekajkrat letno, se je pri moških kazal trend naraščanja v zadnjem obdobju. V skupini visoko tvegane opijanja so bili najbolj ogroženi tisti, ki so alkohol na tak način pili najpogosteje. Med tistimi, ki so se visoko tvegano opijali od 1- do 7-krat tedensko, je zaznati trend padanja pri obeh spolih (5).

Vpogled v skupino čezmer-nih pivcev alkohola nam za opazovano obdobje razkrije, da so med njimi prevladovali moški. Glede na starostne skupine je odstotek čezmerne pitja alkohola naraščal s starostjo do 54. leta, po 55. letu starosti pa padal; najpogosteje so bili čezmerni pivci stari 40–54 let (beležimo trend naraščanja

čezmernih pivcev, starih 25–29 let in 55–59 let) (5). Med čezmernimi pivci so prevladovali tisti s poklicno izobrazbo (delež tistih z osnovnošolsko izobrazbo (tudi nedokončano) je sicer padal, naraščal pa je pri ljudeh s srednjo šolo in z višjo ali več) (5). Delež ljudi, ki so čezmerno pili alkoholne pijače, je bil najvišji v vaškem okolju in najnižji v primestnem okolju. Glede na geografsko regijo je odstotek takega vedenja naraščal od zahoda proti vzhodu (slika 1, slika 2).

V skupini oseb, ki so se visoko tvegano opijale, je bilo skoraj dvakrat več moških kot žensk. Glede na starostne skupine je odstotek visoko tvegane opijanja upadal s starostjo: najpogosteje so se tvegano opijali med 25. in 39. letom starosti (v starostni skupini 25–29 let je zabeležen trend naraščanja), v starostnem obdobju od 55 do 64 let je bil odstotek najnižji (5).

Najpogosteje so imele osebe, ki so se visoko tvegano opijale, poklicno izobrazbo (trend padanja) oziroma srednjo šolo (trend naraščanja). Glede na spol in izobrazbo hkrati se je pokazalo, da je bila pri moških, ki so se visoko tvegano opijali, najpogostejša poklicna šola, pri ženskah pa srednja šola. Glede na tip bivalnega okolja je bil odstotek tistih, ki so se visoko tvegano opijali, najvišji v vaškem okolju in najnižji v primestnem okolju. Glede na geografsko regijo je bil odstotek visoko tvegane opijanja alkohola najvišji v vzhodni regiji (naraščal je od zahoda proti vzhodu) (slika 3, slika 4).

V zadnjem letu je vsakodnevno pilo alkohol 7 odstotkov Slovencev

Po podatkih IVZ RS (EHIS, 2007) Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu vključuje tudi vprašanja o pivskih navadah, vendar ne vključuje zanesljivih podatkov o količini popite alkoholne pijače na dan, zato ne moremo pridobiti natančnejših podatkov in informacij o tveganem in škodljivem pitju alkohola.

23,2 odstotka populacije v zadnjih 12 mesecih nikoli ni pilo alkoholnih pijač, in sicer več žensk (29,8 odstotka) kot moških (16,2 odstotka). Delež tistih, ki v zadnjih 12 mesecih niso nikoli pili alkoholnih pijač, je bil večji pri starejših od 45 let (14).

Največji delež v vseh starostnih skupinah so predstavljali tisti, ki so pili alkoholne pijače nekajkrat v zadnjih 12 mesecih, razen v starostni skupini

po 75. letu starosti, kjer je bilo največ takih, ki alkohola niso nikoli pili (14).

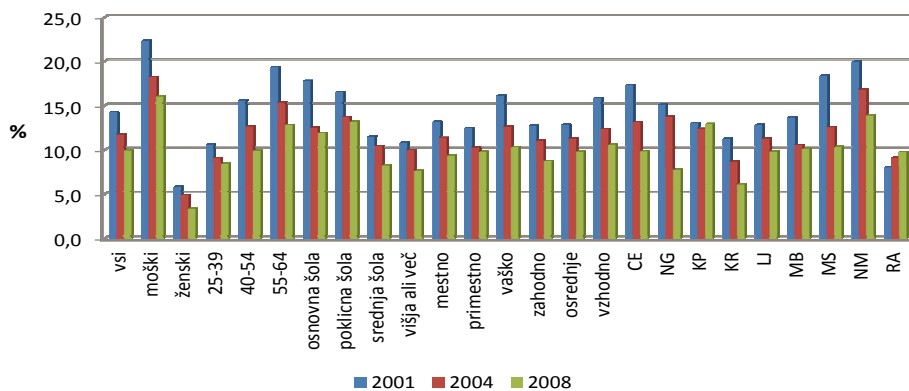
6,9 odstotka anketirancev je v zadnjem letu vsakodnevno pilo alkohol, več moških (10,7 odstotka) kot žensk (3,3 odstotka) (14).

V zadnjih 12 mesecih je dnevno ali skoraj vsak dan popilo šest ali več meric pijače ob eni priložnosti 1,2 odstotka moških in kar 1,4 odstotka anketirancev v starostni skupini 15–24 let. Pitje šestih ali več meric alkoholne pijače ob eni priložnosti je bilo pogostejše pri mlajših starostnih skupinah (14).

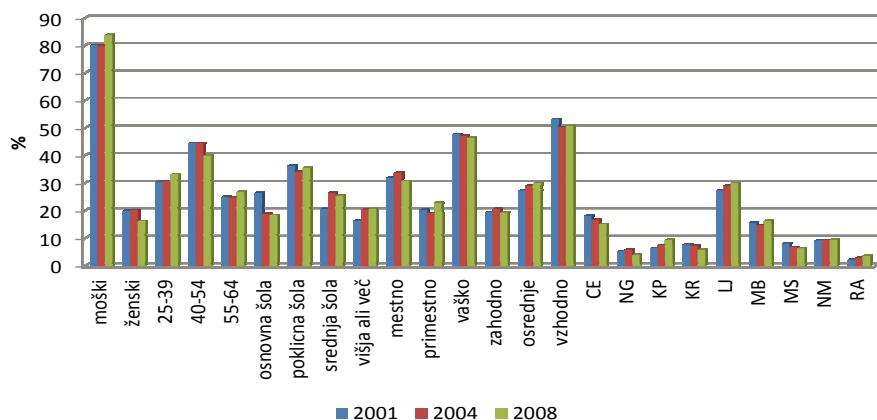
Slovenski prebivalci vzhodne kohezijske regije v večjem deležu pijejo alkohol čezmerno in se visoko tvegano opijajo

Prebivalci vzhodne Slovenije imajo 1,39-krat večje relativno tveganje za čezmerno pitje in 1,12-krat večje relativno tveganje za visoko tvegano opijanje kot prebivalci zahodne Slovenije (3).

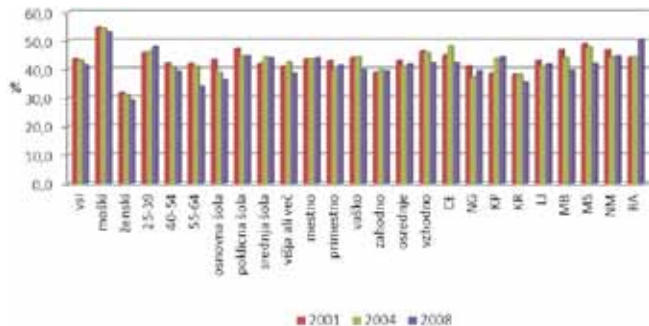
Tudi razlike v posledicah tvegane in škodljivega pitja alkohola med spoloma, med slovenskimi regijami in različnimi



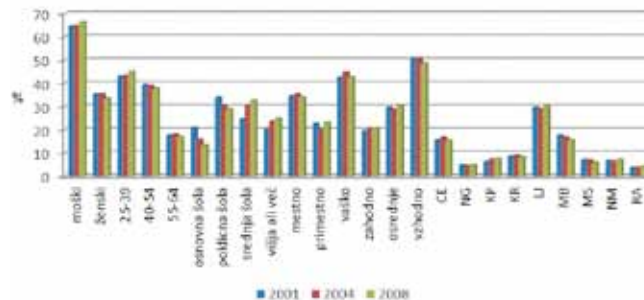
Slika 1. Delež čezmernega pitja glede na sociodemografske značilnosti anketirancev (spol, starostna skupina, izobrazba, bivalno okolje, geografska regija, zdravstvena regija), Slovenija, 2001–2008 (vir: IVZ RS).



Slika 2. Sociodemografske značilnosti pri čezmernih pivcih alkoholnih pijač, Slovenija, 2001–2008 (vir: IVZ RS).



Slika 3. Delež visoko tveganega opijanja glede na sociodemografske značilnosti anketirancev (spol, starostna skupina, izobrazba, bivalno okolje, geografska regija, zdravstvena regija), Slovenija, 2001–2008 (vir: IVZ RS).



Slika 4. Sociodemografske značilnosti pri osebah, ki so se visoko tvegano opijale, Slovenija, 2001–2008 (vir: IVZ RS).

družbenimi sloji prebivalstva so statistično značilne (3): večje tveganje za smrt in hospitalizacijo zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov imajo moški in prebivalci vzhodne kohezijske regije, prebivalci občin z najnižjim socialno-ekonomskim položajem (merjenim s koeficientom razvitosti občin) (3). Na večje tveganje za posledice lahko vplivajo tudi drugi dejavniki (lažja dostopnost alkohola, slabša kakovost doma proizvedenega alkohola: npr. večje vsebnosti etanola, kontaminacije z metanolom ali s svincem) (3), teh podatkov pa za Slovenijo ni na voljo.

Razlike med regijami bi bile lahko povezane tudi z razlikami v socialno-ekonomskem položaju: posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola so pogostejše med pripadniki nižjega socialno-ekonomskega sloja (3).

Rezultati različnih anket (nacionalnih, mednarodnih) kažejo na koherentnost podatkov in rezultatov

Primerljivost podatkov ali rezultatov med različnimi vrstami anket, omenjenih v prispevku, je tako pogosto ovirana ali celo nemogoča zaradi razlik v metodologiji, načinu ali obdobju samega anketiranja, časovnega intervala, izbranega vzorca, ciljne skupine, deleža respondentov, pa tudi zaradi jezika, kulturološkega ozadja ipd., zato je pri interpretaciji potrebna posebna previdnost. Hkrati nam rezultati različnih anket omogočajo zagotavljanje kriterijev kakovosti statistike: večjo relevantnost oziroma primernost, transparentnost, uravnoteženost, predvsem pa koherentnost podatkov in rezultatov. Za celovit vpogled v problematiko je ključnega pomena pridobivanje zanesljivih podatkov iz različnih virov. Celosten vpogled v problematiko pa nam razkriva, da alkohol še vedno predstavlja pomemben javnozdravstveni problem.

Literatura:

1. Turner C. How much alcohol is in a 'standard drink'? An analysis of 125 studies. *Br J Addict* 1990; 85: 1171–5.
2. Kolšek M, Visnovič Porošč A. Pivske navade uporabnikov spletne strani v Sloveniji. *Zdrav Vestn* 2011; 80: 676–85.

3. Kovše K. Poročilo o izračunavanju kazalnikov za prikaz bremena tveganega in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011.
4. Albreht T. Alkohol kot eden ključnih javnozdravstvenih problemov—od zavedanja o njegovi pomembnosti do pravih poti rešitve. *Zdrav Vestn* 2011; 80: 227–9.
5. Lovrečič M, Lovrečič B, Tomšič S. Alkohol. In: Maučec Zakotnik J, Tomšič S, Kofol Bric T, Korošec A, Zaletel Kragelj L (editors). *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije - Trendi v raziskavah CINDI 2001 – 2004 – 2008*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2012.
6. World Health Organization. *Global Information System on Alcohol and Health*. Geneva: World Health Organization, 2010. Pridobljeno 15.10.2012 s spletne strani: <http://apps.who.int/gbddata/?theme=GISAH>.
7. Hovnik-Keršmanc M, Čebašek-Travnik Z, Trdič J. Pivsko vedenje odraslih prebivalcev Slovenije leta 1999 (Rezultati raziskave). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2000.
8. Kovše K. Poraba alkohola in kazalci škodljive rabe alkohola v Sloveniji v letu 2006. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2008.
9. Anderson P & Baumberg B. *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies, 2006. Pridobljeno 17.10.2012 s spletne strani: http://ec.europa.eu/health/news_alcoholineurope_en.htm
10. Harkin AM, Anderson P, Goos C. *Smoking, drinking and drug taking in the European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1997: 57–77.
11. TNS Opinion & Social. *Attitudes Towards Alcohol*. Special Eurobarometer 272b, Wave 66.2. Brussels: European Commission; 2007. Pridobljeno 15.10.2012 s spletne strani: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_272b_en.pdf
12. TNS Opinion & Social. *EU citizens' attitudes towards alcohol*. Eurobarometer 72.3. Brussels: European Commission; 2010. Pridobljeno 15.10.2012 s spletne strani: http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/ebs_331_en.pdf
13. European Opinion Research Group EEIG. *Health, Food and Alcohol and Safety*. Special Eurobarometer 186, Wave 59.0. Brussels: European Commission; 2003. Pridobljeno 15.10.2012 s spletne strani: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_186_en.pdf
14. Kovše K. in Truden Dobrin P. Epidemiološke raziskave o pivskem vedenju v Sloveniji. Pridobljeno 17.10.2012 s spletne strani: http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=12&pi=5&_id=565&_PageIndex=0&_groupId=180&_newsCategory=&_action=ShowNewsFull&pl=12-5.0

E-naslov: barbara.lovrecic@ivz-rs.si

Vrstniški izobraževalci za sladkorno bolezen in prostovoljci – širitelji

Primera dobre prakse v Sloveniji

Dina Al Nawas, Karin Kanc

Po vsem svetu je sladkorna bolezen ena izmed vodilnih kroničnih bolezni. Bolniki s sladkorno boleznijo imajo bistveno večje tveganje za zgodnejšo smrt zaradi resnih zapletov te bolezni, kot so: srčni infarkt, možganska kap, slepota, odpoved ledvic in amputacije spodnjih udov. Zaradi kronične narave sladkorne bolezni je vodenje bolezni in nadzor ravni krvnega sladkorja v rokah ljudi s sladkorno boleznijo. Oseba s sladkorno boleznijo mora sprejeti in ohraniti spremenjen življenjski slog z zdravim prehranjevanjem in telesno vadbo, z jemanjem zdravil in rednimi zdravstvenimi pregledi s ciljem, da bi bila sladkorna bolezen čim bolj urejena. Kot vemo, dobra urejenost sladkorne bolezni zmanjšuje tveganje za nastanek zapletov. Ljudje s sladkorno boleznijo potrebujejo dodatno podporo in spodbudo za doseganje in vzdrževanje spremenjenega življenjskega sloga. Čeprav lahko socialno in čustveno podporo nudijo družina in prijatelji, večina ljudi potrebuje še dodatno podporo s strani t. i. vrstniških izobraževalcev.

V ambulanti »jazindiabetes«, ki jo vodi zdravnica Karin Kanc, specialistka interne medicine – diabetologinja, so vrstniške izobraževalce imenovali kar trenerji za sladkorno bolezen. Julija 2008 so prvi v Sloveniji začeli z izvirnim učenjem ljudi s sladkorno boleznijo s pomočjo trenerjev za sladkorno bolezen. Trenerji so laiki, prostovoljci s sladkorno boleznijo, ki bolezen odlično sami vodijo in so pripravljeni deliti svoje izkušnje o življenju s to kronično boleznijo. So komunikativni, znajo poslušati udeležence delavnic, se zanimajo za njihove izzive, radi poglobljajo svoja znanja ter iščejo nove rešitve. »Ljudi s sladkorno boleznijo smo prvič vključili v vlogi trenerja pri učenju štetja ogljikovih hidratov v okviru tečaja funkcionalne insulinske terapije (FIT),« pove Karin Kanc.

Tečaji FIT (po metodi prof. K. Howorke z Dunaja, klinike Joslin iz ZDA in UKC v Ljubljani) so namenjeni vsem ljudem s sladkorno boleznijo tipa 1 ali tipa 2, ki se zdravijo z insulinom in se želijo naučiti natančnega štetja ogljikovih hidratov ter še mnogih podrobnosti v zvezi z vodenjem te bolezni. Zdravnica je bila že od vsega začetka prepričana, da ljudem ne more podati vseh vidikov vodenja sladkorne bolezni brez pomoči nekoga, ki s to boleznijo živi in jo tudi obvladuje. Tečaj poteka pod mentorstvom enega od FIT-trenerjev in ob prisotnosti zdravnice ter medicinske sestre/dietetičarke, v skupinah z največ petimi udeleženci. Rezultati ankete o FIT-trenerjih, ki so jih izpolnili udeleženci, so pokazali, da so vsi udeleženci delavnice menili, da je prisotnost FIT-trenerja na delavnici koristna, tretjina udeležencev pa je FIT-trenerja poklicalo tudi po delavnicah.

»Udeleženci tečaja vprašanja o določenih temah lažje postavijo trenerju za sladkorno bolezen, saj zdravstveni delavci večinoma nimamo osebnih izkušenj te bolezni,« pove zdravnica. »Človek s sladkorno boleznijo tipa 1, ki je kasneje postal trener za sladkorno bolezen, je za udeležence odličen motivator, saj je šel skozi različne faze bolezni, od začetnega zanikanja in neurejenosti bolezni do spoznanja, da se kljub sladkorni bolezni npr. lahko udeležuje maratonov. Prav ta FIT-trener na začetku, kot mnogi drugi bolniki, ni najbolje skrbel za urejenost sladkorne bolezni, nato pa je svoj motiv in rešitev našel v teku. Sprva je imel seveda ob teku nemalo težav, saj je večkrat neprimer- no nastavil insulinsko črpalko in med tekom mu je vrednost krvnega sladkorja preveč padla. Sčasoma se je izkustveno naučil, da lahko insulinsko črpalko med tekom popolnoma izključi, in ob tem je prišel do osebnega življenjskega vodila: ko tečem, sem zdrav. To je bila zanj dodatna motivacija za redne treninge teka in zdravega načina življenja.«

Vsak FIT-trener ima svojo zgodbo, ki jo deli z udeleženci delavnic, in zdravstveni delavci nemalokrat kar ostrmijo nad vsemi izzivi in izkušnjami, ki si jih ljudje med seboj izmenjujejo – takih reči ne najdeš v nobeni knjigi ali učbeniku, le v življenjskih zgodbah in izkušnjah! Nemalokrat zdravstveni delavci v »jazindiabetes« v času delavnic namenoma zapustijo prostor, kjer poteka »trening« – tedaj verjetno pride še do posebej poglobljenih in zaupnih pogovorov, za katere upajo, da pomagajo bolnikom. V bodoče načrtujejo, da bi trenerje usposobili za povsem samostojno izvajanje izobraževanja, ter tudi, da bi osnovali podporne skupine za ljudi s sladkorno boleznijo, ki bi se v njihovih prostorih redno srečevale (1).

Druga skupina ljudi, ki potrebuje podporo in pomoč, so ljudje s sladkorno boleznijo tipa 2, pri katerih se na novo pojavi potreba po terapiji z insulinom in jim nov način zdravljenja predstavlja veliko čustveno in praktično oviro pri zdravljenju, nemalokrat pa čutijo tudi odpor. V tem primeru ima Karin Kanc nabor trenerjev za sladkorno bolezen, ki se že uspešno zdravijo z insulinom in so bili pred časom v »podobni koži« ter so ljudem s sladkorno boleznijo na voljo osebno ali preko telefona. Ti trenerji so večinoma prisotni na urah učenja o zdravljenju z insulinom in so na voljo za vprašanja ter deljenje svojih izkušenj. Nemalokrat opogumijo udeležence za ta pomemben korak veliko bolje in učinkoviteje kot zdravstveno osebje in predstavljajo neprecenljiv element v izobraževalnem timu – brez njih si izobraževanja v ordinaciji »jazindiabetes« skoraj ne predstavljajo več. Ukvarjajo se tudi s trenerji in jim posredujejo širše

teoretično znanje ter večšine za delovanje v skupini. Tudi trenerji menijo, da jim pogovori z vrstniki koristijo ter jim nemalokrat polepšajo dan. S pomočjo trenerjev so doslej izkušnje in znanje delili z več sto ljudmi, ki imajo sladkorno bolezen (1).

V tujini so vrstniški izobraževalci prav tako laiki z urejeno in dobro vodeno sladkorno boleznijo, ki svoje izkušnje in znanje delijo z ostalimi ljudmi s sladkorno boleznijo v skupini. Delujejo v svojem lokalnem okolju in skušajo v skupino pridobiti čim več ljudi. Udeležba v skupini zagotavlja članom tudi čustveno podporo in deluje kot dopolnitev formalne primarne oskrbe. Temelji na nehierarhičnem, vzajemnem odnosu ter s tem zagotavlja prilagodljiv dodatek k uradni zdravstveni oskrbi ljudi s kroničnimi boleznimi. Poleg tega podpora z vrstniškimi izobraževalci povečuje zaupanje v zdravstveno osebje med ljudmi, ki imajo slabši dostop do zdravstvene oskrbe. Njihove glavne naloge so pomoč in svetovanje v zvezi s samovodenjem sladkorne bolezni v vsakdanjem življenju ter socialna in čustvena podpora.

Vrstniški izobraževalec udeležence spodbuja k obiskovanju skupine, v kateri si delijo izkušnje o obvladovanju sladkorne bolezni ter si nudijo medsebojno podporo pri doseganju ciljev. V skupinah razpravljajo o postavljanju ciljev, povezanosti s klinično oskrbo, prehrani, telesni vadbi, negi nog ter o očesnem in duševnem zdravju. Vrstniški izobraževalci glede na potrebe in interese članov organizirajo skupinska srečanja z lokalnimi zdravstvenimi delavci. Redno obiskovanje skupine spodbuja ohranjanje motivacije in povečuje samozaupanje v lastno vodenje diabetesa. Z delom v skupini se želi spodbuditi tudi medsebojno druženje udeležencev izven rednih sestankov ter jih motivirati k skupnim aktivnostim, kot so sprehodi in telesna vadba (2).

Podpora s pomočjo vrstniškega izobraževalca je uspešen način premagovanja nekaterih psihosocialnih ovir z empatijo, izmenjavo izkušenj, mentorstvom in postavljanjem zglede. Ker so se vrstniški izobraževalci soočali s podobnimi težavami, je njihova podpora praktičen način premagovanja ovir, kar pripomore k uspešnejšemu samovodenju sladkorne bolezni (3). Na 2. srečanju DiaMind (Diabetes&Mind) v Ljubljani, ki je 4. aprila 2013 potekalo v organizaciji »jazindiabetes« in društva Drzni v Ljubljani, smo se z ugledno predavateljico prof. Laurie Ruggiero iz ZDA dotaknili teme vrstniških izobraževalcev in tudi sama je potrdila pozitivne izkušnje, ki jih ima z njihovim delovanjem v skupnostih Chicaga (4).



Udeleženci ene od delavnic v »jazindiabetes« (foto: Rafael Zihertl).

Številne raziskave dokazujejo, da imajo vrstniški izobraževalci ugoden vpliv na samooskrbo sladkorne bolezni in vzdrževanje zdravega življenjskega sloga. Dokazano je bilo, da se je v skupini, ki jo je vodil vrstniški izobraževalec, HbA1c znižal v povprečju z 9,8 na 8,7 odstotka, medtem ko se je v kontrolni skupini HbA1c znižal z 9,9 le na 9,8 odstotka (5). Dokazano je bilo tudi, da se je v skupini, ki jo je vodil vrstniški izobraževalec, doseglo znižanje HbA1c za 1,5 odstotka v desetih mesecih, kar je klinično pomembno in se lahko primerja z učinki nekaterih zdravil za nižanje glukoze. V tej študiji so imeli vsi bolniki začetne ravni HbA1c > 10 odstotkov, kar predstavlja zelo visoko tveganje za nastanek zapletov. Takšno znižanje ravni HbA1c zmanjša možnost zapletov, kot so retinopatija, nefropatija in nevropatija. Dokazano je bilo tudi, da so imeli udeleženci, ki so se večkrat udeležili skupin, večji upad HbA1c. V kontrolni skupini se je raven HbA1c v štirih mesecih prav tako znižala, vendar pa so bile vrednosti po desetih mesecih enake izhodiščnim. Začetna izboljšanja v kontrolni skupini lahko odražajo motiviranost posameznikov za izboljšanje vodenja sladkorne bolezni, ki pa ob odsotnosti vzpodbujanja vrstnikov upade. V skupini z vrstniškim izobraževalcem je poleg znižanja vrednosti HbA1c prišlo do pomembnih izboljšav tudi pri vrednostih HDL, LDL holesterola in diastoličnega krvnega tlaka (6).

Program skupin za zdravo staranje, ki jih vodijo usposobljeni prostovoljci različnih starosti in poklicev, so uspešno uvedli na Inštitutu Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje pred 20 leti; do sedaj so usposobili že več kot 2.000 prostovoljcev. Od leta 2009 uvajajo v skupinah izvorni program preprečevanja padcev v starosti, ki ga vodijo dodatno usposobljeni prostovoljci – širitelji. V lanskem letu so program razširili še na vodenje skupin bolnikov, ki imajo različne nenalezljive kronične bolezni ali pa jih zaradi starosti le-te

ogrožajo. Celotno usposabljanje prostovoljcev traja eno leto, pri čemer pridobijo osnovno gerontološko znanje, večšine za delo s starimi ljudmi, metodiko dela s skupino ter posebna znanja za preprečevanje padcev v starosti, oziroma drug širiteljski program za obvladovanje kroničnih nenalezljivih bolezni. Usposobljeni prostovoljci delujejo v svoji krajevni skupnosti praviloma več let in ko se sami postarajo, jim sodelovanje v skupinah preprečuje socialno izolacijo. Na podlagi raziskovalnih analiz in evalvacij uvajanja programov na terenu so na Inštitutu Antona Trstenjaka prišli do izpopolnjenih skupinskih programov, ki so stroškovno ugodni, izrabijo potencial mladih upokojencev za družbeno koristne dejavnosti in so predvsem metodološko učinkoviti za prevzemanje zdravega življenjskega sloga (7).

Zgornja primera sta odlični zgled za širjenje takega pristopa k življenju s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi širom po Sloveniji. Odlikuje ga prijaznost do ljudi tako v preventivi kot pri zelo specifičnem opolnomočenju bolnikov z določeno boleznijo, v veliki meri pa pomeni razbremenitev zdravstvenega osebja in je kot prostovoljna dejavnost finančno še kako utemeljena.

Terminološke opombe:

peer educator = vrstniški izobraževalec (človek, ki ima enako bolezen kot ljudje, katerim svetuje in z njimi deli svoje izkušnje pri vodenju bolezni)

peer educator in diabetes = trener za sladkorno bolezen – »jazin-diabetes« uvedena terminologija (človek s sladkorno boleznijo,

ki bolezen odlično samovodi in deli svoje izkušnje pri vodenju bolezni)

multiplicator = širitelj (človek, ki sodeluje pri splošni preventivi kroničnih nenalezljivih bolezni)

Literatura:

1. Kanc K. jazindiabetes, dosegljivo na: <http://www.jazindiabetes.si/> (8. 4. 2013)
2. Riddell AM, Renwick C, Wolfe R, Colgan S, Dunbar J, Hagger V et al. Cluster randomized controlled trial of a peer support program for people with diabetes: study protocol for the Australasian peers for progress study. *BMC Public Health* 2012; 12: 843.
3. Simmons D, Cohn S, Bunn C, Birch K, Donald S, Paddison C et al. Testing a peer support intervention for people with type 2 diabetes: a pilot for a randomised controlled trial. *BMC Family Practice* 2013; 14: 5.
4. Ruggiero L, Castillo A, Quinn L, Hochwert M. Translation of the diabetes prevention program's lifestyle intervention: role of community health workers. *Current Diabetes Reports* 2012 Apr; 12(2): 127–37.
5. Long AJ, Jahnle CE, Richardson MD. Peer Mentoring and Financial Incentives to Improve Glucose Control in African American Veterans: A Randomized, Controlled Trial. *Ann Intern. Med.* 2012; 156(6): 416–24.
6. Philis-Tsimikas A, Fortmann A, Lleva-Ocana L. Peer-Led Diabetes Education Programs in High-Risk Mexican Americans Improve Glycemic Control Compared With Standard Approaches. *Diabetes Care* 2011; 34: 1926–31.
7. Ksenija Ramovš, Jože Ramovš, Božidar Voljč, Blaž Švab, Tina Lipar, Ana Ramovš. Preprečevanje padcev v starosti. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka 2013.

E-naslov: dinaalnarwas23@gmail.com

Pomen cepljenja v preventivi nalezljivih bolezni

Utrinki s posveta zdravnikov in medicinskih sester, ki izvajajo cepljenja v celjski regiji

Alenka Trop Skaza

27. marca smo se, tako kot veliko let do sedaj, srečali zdravniki in medicinske sestre, ki izvajamo cepljenja v regiji Celje. Letošnji program je bil zelo bogat, saj pričakujemo vključitev cepljenja proti pnevmokoknim okužbam v program cepljenja, zato smo tej temi posvetili veliko pozornosti. Prav tako smo spregovorili o težavah, ki jih predstavljajo anonimna pisma nasprotnikov cepljenja, ki jih naslavljajo ljudem z imeni in priimki. Tako se včasih zdi, da večina staršev cepljenju nasprotuje. A v resnici ni tako, saj so doseženi odstotki cepljenih otrok zelo visoki. Dejstvo je, da nalezljive bolezni ogrožajo zdravje ljudi vseh starostnih skupin in da se proti nekaterim lahko najučinkoviteje zaščitimo le s cepljenjem, ne pa z izboljšanjem življenjske ravni in higiene.

Nacionalna koordinatorica cepljenja, izr. prof. prim. dr. Alenka Kraigher, je predstavila Program cepljenja in zaščite z zdravili za

leto 2013. Navodila za izvajanje Programa cepljenja in zaščite z zdravili za leto 2013 so dostopna na spletnem naslovu <http://img.ivz.si/janez/2016-6433.pdf>. Posebnih novosti pri cepljenju obveznikov ni, je pa osebe, pri katerih je od cepljenja proti tetanusu minilo več kot deset let, potrebno cepiti proti tetanusu, davici in oslovskemu kašlju. Tako odrasle, ki niso prejeli pozitivnega odmerka proti oslovskemu kašlju, enkrat cepimo s trivalentnim kombiniranim cepivom proti davici, tetanusu in oslovskemu kašlju.

Sklop o pnevmokoknih okužbah je pričela prim. dr. Alenka Trop Skaza. V Sloveniji zadnja leta beležimo od 200 do 250 invazivnih pnevmokoknih bolezni. Med dejavniki tveganja je najpomembnejša starost, saj so incidenčne stopnje najvišje pri otrocih, mlajših od 2 let, in pri starejših od 65 let. Breme invazivnih in neinvazivnih pnevmokoknih bolezni v Sloveniji je bistveno višje od evropskega povprečja. Med invazivnimi boleznimi gre



Predavateljice in predavatelj od leve proti desni (manjka Ondina Jordan Markočič): Maja Sevljak Jurjevec, Amadeja Lemež Jeseničnik, Veronika Učakar, Marta Grgič Vitek, Alenka Kraigher, Alenka Trop Skaza, Marko Pokorn.

največkrat za bakteriemično pljučnico (koda za prijavo B95.3), sepsa (A40.3) in meningitis (G00.1) sta redkejša.

Klinične značilnosti pnevmokoknih okužb pri otrocih je predstavil asist. mag. Marko Pokorn. Predstavil je diagnostične težave, ki so pri posameznih kliničnih stanjih, ter opozoril na pravilno protimikrobno zdravljenje. Težave pri prepoznavi pnevmokoknih okužb so pogoste tudi zato, ker manjka mikrobiološka identifikacija povzročitelja. Poudaril je, da so betalaktamski antibiotiki učinkoviti pri zdravljenju nemeningitisnih pnevmokoknih bolezni, cefalosporini 3. generacije pa so namenjeni zdravljenju pnevmokoknega meningitisa.

Cepiva proti pnevmokoknim okužbam in sheme cepljenj je predstavila epidemiologinja Ondina Jordan Markočič. V svetu zaradi invazivnih pnevmokoknih bolezni vsako leto umre poldrugi milijon ljudi. Tako so te okužbe po številu smrti, ki bi jih lahko preprečili s cepljenji, daleč na prvem mestu pred ošpicami in rotavirozami. Veliko držav je v nacionalne programe cepljenja uvrstilo cepljenje otrok proti pnevmokoknim okužbam s konjugiranimi pnevmokoknimi cepivi. Prednosti konjugiranih cepiv v primerjavi s polisaharidnim so številne, kontraindikacije za cepljenje so redke, prav tako neželeni učinki.

O varnosti pnevmokoknih konjugiranih cepiv je spregovorila kolegica Veronika Učakar. Predstavila je princip pridobivanja podatkov o varnosti konjugiranih pnevmokoknih cepiv, od spremljanja varnosti v predkliničnih raziskavah in postmarketinškem vrednotenju varnosti. Slovenski podatki kažejo, da je prijavljenih malo neželenih učinkov po cepljenju s

konjugiranimi pnevmokoknimi cepivi. V obdobju od 2007 do 2013 je bilo po podatkih Inštituta za varovanje zdravja razdeljenih več kot 16.000 odmerkov, prijavljenih pa 29 primerov neželenih učinkov, ki so sledili cepljenju s konjugiranim pnevmokoknim cepivom oziroma so se pojavili po simultnem cepljenju z drugimi cepivi v otroški dobi.

Portal Medscape je predstavila Maja Sevljak Jurjevec. Medscape je vodilni zdravstveni portal, ki je namenjen zdravnikom in zdravstvenim delavcem, dostopen pa je tudi širši javnosti.

Portal pokriva 30 specialističnih področij, preko njega je omogočeno spremljanje zadnjih novosti o konjugiranih pnevmokoknih cepivih in epidemioloških podatkih. Registracija je brezplačna preko naslova [https://](https://profreg.medscape.com/px/registration.do)

profreg.medscape.com/px/registration.do. Na spletni strani Sekcije za preventivno medicino pa je mogoč dostop do izobraževalnih vsebin o pnevmokoknih okužbah preko naslova <http://www.spm.si/novice/spletno-izobrazevanje>.

O vedno zanimivi temi z naslovom Kontraindikacije za cepljenje je spregovorila dr. Marta Grgič Vitek. Izpostavila je, da je zelo malo trajnih kontraindikacij za cepljenje. Začasne kontraindikacije za živa oslABLJENA cepiva so nosečnost in imunosupresija. Med začasna stanja, ki zahtevajo previdnost, pa spada huda akutna bolezen, za cepljenje proti ošpicam, mumpsu, rdečkam in noricam pa nedavno prejetje krvnih pripravkov, ki vsebujejo protitelesa. Splošna kontraindikacija za vsa cepiva je potrjena anafilaktična reakcija na predhodni odmerek enakega cepiva in potrjena anafilaksija na katero od sestavin v cepivu. Podrobneje je predstavila specifične kontraindikacije za cepljenje pri osebah, ki so alergiki na jajca, neomicin in lateks.

Z odstotki cepljenih predšolskih otrok v celjski regiji je 150 udeležencev seznanila Amadeja Lemež Jeseničnik. Način poročanja je zadnja leta enak, o odstotkih poročamo preko spletne aplikacije. V regiji Celje je bila precepljenost predšolskih otrok za leto 2012 proti davici - tetanusu - oslovskemu kašlju - Hib in otroški paralizi 98,6-odstotna, proti ošpicam, mumpsu in rdečkam pa 98,3-odstotna. Od leta 2009, ko je bilo kot neobvezno uvedeno cepljenje šestošolk proti okužbi s HPV, smo v regiji povišali odstotek šestošolk, ki so bile cepljene, s 46,3 na 58,4 odstotka. Slovensko povprečje za šolsko leto 2011/2012 je 54,9 odstotka.

O noricah in zaščiti pred okužbo je spregovorila prim. dr. Alenka Trop Skaza. V Sloveniji so norice najpogosteje prijavljene naalezljiva bolezen, do 6 odstotkov bolnikov pa ima tveganje za zaplete bolezni. V letu 2011 je bilo v Sloveniji prijavljenih 43 bolnikov, ki so imeli zaplete, od tega so štirje imeli varičelno pljučnico, dva otroka varičelni encefalitis, en otrok varičelni meningitis. V ZDA so cepljenje proti noricam najprej z enim odmerkom uvedli že leta 1995, z dvema 2006, v Evropi pa imata univerzalno cepljenje Nemčija in Grčija ter posamezne pokrajine v Italiji in v Španiji. Pri nas je cepljenje proti noricam indicirano pri imunskokompromitiranih osebah in njihovih družinskih članih, če še niso preboleli noric, oziroma je priporočljivo za vse, če se z noricami še niso srečali.

V razvitih državah, po katerih se tako radi zgledujemo, starši vedo, da je cepljenje posebna pravica. Veliko je dokumentiranih primerov izbruhov s tragičnimi posledicami zaradi posameznih naalezljivih bolezni, ki so se pojavile, ko je zaradi različnih informacij delež cepljenih otrok padel. Res je, da čas zahteva bistveno drugačen pristop k cepljenju, saj je pojasnilna dolžnost pred cepljenjem standardni del postopka. Zaradi tega je potrebno vedno znova in znova razlagati in izobraževati ljudi o vlogi in pomenu cepljenja.

E-naslov: alenka.skaza@zzv-ce.si

Neonatalne okužbe in imunski odziv pri novorojenčkih

Mednarodni simpozij

Borut Bratanič

Klinični oddelek za neonatologijo na Pediatrični kliniki, UKC Ljubljana (KONEO), je v hotelu Plaza v Ljubljani, skupaj z Društvom »Prvi koraki«, 15. in 16. marca 2013 organiziral odmeven mednarodni simpozij. Z zanimivimi predavanji so nastopili kolegi ljubljanskega UKC. Gost simpozija je bil svetovno znani prof. dr. Richard A. Polin iz bolnišnice Morgan Stanley Children's Hospital, New York-Presbyterian, Kolumbijske univerze v New Yorku. Udeleženci in udeleženci (več kot 80) so prišli iz večine slovenskih porodnišnic, pediatričnih oddelkov in ambulant, pa tudi iz tujine (Srbija, Hrvaška, Bosna in Hercegovina). Vsak udeleženec je ob prijavi dobil monografijo (155 strani) s prispevki simpozija in posebej natisnjene izročke predavanj prof. Polina. Srečanje je uvodoma pozdravil strokovni direktor Pediatrične klinike prof. dr. Rajko Kenda, potek simpozija sta moderirala D. Paro Panjan in B. Bratanič. Organizirana je bila razstava pripomočkov ob sodelovanju petih razstavljalcev.

Osrednjo strokovno vlogo je imel **prof. Polin** s štirimi odličnimi predavanji. Prvi dan simpozija je predaval o »*Novejših spoznanjih pri diagnostiki in preprečevanju zgodnje neonatalne sepse*«. Poudaril je vlogo hloroammonitisa, ki je ključen dogodek in glavni dejavnik tveganja za nastanek zgodnje neonatalne sepse (NS). Ob citatih iz raziskovalne literature je analiziral ostale dejavnike tveganja (prezgodnji razpok jajčnih ovojev, materino febrilno stanje med rojevanjem in nedonošenost). Pri diagnostiki zgodnje NS je ključna kultura bakterij iz krvi, kjer pa je rezultat odvisen tudi od velikosti odvzetega vzorca krvi (kar je posebno pri nedonošenčkih lahko velik problem). Na koncu je opozoril na trajanje antibiotičnega zdravljenja, kjer prolongiranje lahko vodi do pogostejšega pojava nekrotizantnega

enterokolitisa (NEC). V drugem predavanju »*Perinatalne okužbe in poškodba možganov*« smo prisluhnili o vlogi vnetja, ki vpliva na možganske pretoke krvi in s tem moti energetsko presnovo, kar vodi do progresivne okvare nevronov, pre-oligodendrocitov, aksonov in končno do programirane celične smrti (apoptoze). Ključen je vpliv citokinov na hemodinamiko, sam mehanizem delovanja pa je kompleksen.

Naslednji dan je prof. Polin predaval o »*Patogenezi in preprečevanju nekrotizantnega enterokolitisa*«. Še vedno kaže, da je končna skupna pot pri razvoju NEC – črevesna ishemija, mehanizmi za nastanek pa so verjetno bolj zapleteni, kot je veljalo doslej. Pomembno vlogo pri razvoju te bolezni ima »vulnerabilno« črevo, ki je značilno predvsem za nedonošenčke in ga opredeljujejo zmanjšana motiliteta, povečano negnjenje k apoptozi ter zmanjšano število Panethovih celic, ki ima za posledico zmanjšano izločanje antibakterijskih snovi in nezrel, nesorazmerni vnetni odziv tega črevesa na poškodbe. Nedonošenost, hranjenje s formulami, hipoksija in endotoksemija vodijo do stalnega povečanja TLR4 – »toll like« receptorjev, ki uravnavajo ravnotežje med poškodbo in celjenjem neonatalnega črevesa. Pri vzdrževanju črevesne pregrade je pomemben epidermalni rastni dejavnik (EGF), ki skupaj s prostaglandini in dušikovim oksidom uravnava delovanje tesnih stikov med enterociti. Hitrost povečevanja volumna obrokov po metaanalizah nima vpliva na pojav NEC pri nedonošenčkih z zelo majhno porodno težo. Pri novorojenčkih, ki so bili hranjeni s formulo, je več NEC-a v primerjavi s tistimi, ki so bili hranjeni z donorskim materinim mlekom. Pri preprečevanju NEC imajo po metaanalizah pozitivno vlogo probiotiki. Za preprečevanje

NEC pri nedonošenčkih z zelo nizko porodno težo so obetajoči tudi rezultati raziskav učinkov govejega laktoferina.

Četrto predavanje je prof. Polin namenil »*Nozokomialnim okužbam v enotah intenzivne terapije: pozabljena in ponovno naučena dejstva*«. V uvodu je predstavil delo dr. Semmelweisa, ki je v porodnišnici v Dunajski splošni bolnišnici leta 1847 uvedel razkuževanje rok in potem opazoval dramatično zmanjšanje poporodnih okužb otročnic. Njegovi rezultati so bili upoštevani šele več kot 100 let po objavi, ko so ponovno odkrili ključni pomen higijene rok. V predavanju je prof. Polin predstavil dokaze za učinkovitost takih pristopov ter opisal dodatne postopke, ki so v veljavi na njegovem neonatalnem intenzivnem oddelku. Eden od zanimivih ukrepov so laični opazovalci, ki spremljajo higienske ukrepe na oddelku ter imensko beležijo tisto osebo, ki ne udejanja načel bolnišnične higijene. Med novjšimi diagnostičnimi metodami za ugotavljanje možne kasne hospitalne NS je tudi monitoriranje značilnosti srčnih utripov (HRCi-monitor), ki dobro korelira s kliničnimi parametri NS.

Gregor Nosan (KONEO) je predaval o celičnih in molekularnih osnovah imunskega odziva pri novorojenčkih, ki je v primerjavi s starejšimi pediatričnimi bolniki pomembno zmanjšan. To je posledica sterilnega znotrajmaterničnega okolja, fetomaternalne imunotolerance in pomembnih kvantitativnih in kvalitativnih pomanjkljivosti sestavin naravne in pridobljene imunosti. **Metka Derganc** in **Maja Pavčnik Arnold** iz Enote intenzivne terapije na KO za otroško kirurgijo, UKC Ljubljana, sta predavali o septičnem šoku pri novorojenčkih, kjer je relativno malo z dokazi podprtih raziskav glede opredelitev, patofiziologije in zdravljenja. Predstavili sta smernice, ki jih uporabljajo za obravnavo hudo bolnih novorojenčkov, in opisali izsledke o uporabi novejših zdravil (fosfodiesterazni inhibitorji, zdravila, ki povečajo občutljivost za kalcij in vazopresin). Razpravljali sta o uporabi kortikosteroidov, ki ob stanju šoka ni dokazano učinkovita. Zunanjelesna membranska oksigenacija učinkuje v 65 do 70 odstotkih primerov. Napoved kasnejšega psihofizičnega razvoja otrok s to problematiko je resna zaradi neugodnega vpliva same bolezni in agresivnih terapevtskih postopkov. **Petja Fister** in **Darja Paro Panjan** (KONEO) sta predstavili laboratorijske preiskave pri diagnostiki NS. Pregled hematoloških in biokemičnih kazalcev NS pokaže, da so kazalci bolj uporabni za odločanje o zgodnjem prenehanju zdravljenja z antibiotiki (CRP, prokalcitonin, serumski amiloid A, apolipoprotein C-II, citokini: IL-6, IL-8, TNF α , CD 64), ni pa dovolj senzitivnega

in specifičnega diagnostičnega testa, ki bi pri novorojenčkih zanesljivo izključil okužbo. V drugem delu sta prikazali retrospektivno študijo 297 novorojenčkov, obravnavanih na KONEO v zadnjih šestih letih, kjer so se kot najzanesljivejši pokazatelj NS izkazali: CRP, odstotek nesegmentiranih nevtrofilcev in razmerje med številom nesegmentiranih in segmentiranih nevtrofilcev.

Jana Lozar Krivec (KONEO), **Manica Mueller Premru** in **Samo Jeverica** (oba z Inštituta za mikrobiologijo in imunologijo MF UL) so v prvem delu prispevka prikazali izbiro ustreznega antibiotika za zdravljenje NS in dejavnike, ki vplivajo nanjo. Med letoma 2009 in 2011 so pri 128 novorojenčkih iz hemokultur izolirali koagulazno negativne stafilokoke v 34 odstotkih, *E. coli* v 23 odstotkih in *Streptococcus agalactiae* v 18 odstotkih. V drugem delu predavanja so prikazali nekatere dodatne terapevtske možnosti, ki vplivajo na imunski odziv novorojenčka: imunoglobuline, transfuzije granulocitov, rastnih dejavnikov za nevtrofilce in pentoksifilina. **Darja Paro Panjan** (KONEO) je predavala o kongenitalni okužbi s citomegalovirusom (CMV). Prirojena okužba s humanim CMV ima v Sloveniji 0,14-odstotno incidenco. Prvi epidemiološki podatki o prirojeni okužbi s CMV v Sloveniji so iz leta 1970, ko je Zora Konjajev za 12-letno obdobje z metodo eksfoliativne citologije pri 886 vključenih hudo bolnih novorojenčkih, hospitaliziranih na Neonatalnem oddelku Pediatrične klinike v Ljubljani, ugotovila, da je pogostnost prirojene okužbe s CMV 13-odstotna. V zadnjih nekaj letih je pogostnost precej nižja – med 0,17 in 1,08 odstotka. V slovenskem prostoru je Katarina Rednak Paradiž s sodelavci v letih 2007/2008 na podlagi raziskave incidence prirojene okužbe v dveh slovenskih porodnišnicah ugotovila 0,14-odstotno pogostnost prirojene okužbe s CMV. **Georg Ebers** (Znanstveni svetovalec podjetja Biotest) je opisal noveše možnosti preprečevanja in zdravljenja kongenitalne okužbe s CMV, v drugem delu pa predaval o izboljšanju preživetja NS s pomočjo z IgM obogatenih imunoglobulinov.



Skupinska slika med odmorom na simpoziju v hotelu Plaza. Z leve: Petja Fister, Richard A. Polin, Martina Lekan, Darja Paro Panjan, Gregor Nosan, Borut Bratanič in Jana Lozar Krivec.

Sobotni program mednarodnega simpozija je nadaljeval **Janez Babnik** z Ginekološke klinike, UKC Ljubljana. Predaval je o glivnih okužbah pri novorojencih. Največje tveganje za nastanek invazivnih glivnih okužb imajo izjemno majhni nedonošenčki zaradi nezrelega imunskega odziva in dolgotrajnega intenzivnega zdravljenja. Na Enoti za intenzivno nego in terapijo novorojčkov Ginekološke klinike v Ljubljani v zadnjih 10 letih nastanek glivnih okužb preprečujejo z oralnim dajanjem mikonazola. Med nedonošenčki, rojenimi z gestacijsko starostjo ≤ 27 tednov, so zabeležili le 1,8 odstotka invazivnih glivnih okužb, zaradi katerih ni umrl noben nedonošenček. **Lilijana Kornhauser Cerar** iz iste ustanove je predavala o imunoprofilaksi respiratornega sincicijskega virusa (RSV) pri dojenčkih z visokim tveganjem. Po predstavitvi slovenskih smernic za imunoprofilakso, ki so bile dopolnjene leta 2006 in 2009, je prikazala prejemnike palivizumaba v Sloveniji med letoma 2005 in 2013 ($n = 1323$).

Maja Arnež, Dominika Žugelj in Maruša Triplat z Infekcijske klinike, UKC Ljubljana, so predstavile študijo o kongenitalni toksoplazmozi. Obravnavali so 585 otrok s sumom na kongenitalno okužbo s *Toxoplasma gondii*. Okuženih otrok je bilo 36 (6,2 odstotka), verjetno okužena sta bila 2 (0,3 odstotka), neokuženih otrok pa je bilo 547 (93,5 odstotka). Pri 80,5 odstotka mater okuženih otrok so okužbo dokazali v tretjem trimesečju nosečnosti. Serokonverzijo protiteles proti *Toxoplasma gondii* so dokazali pogosteje pri materah okuženih kot pri materah neokuženih otrok ($p = 0,0000$). Med okuženimi otroki je imelo 9 (25 odstotkov) otrok simptomatsko in 27 (75 odstotkov) otrok asimptomatsko okužbo. Vsi okuženi otroci so bili zdravljeni s protiparazitnimi zdravili. **Liza Lea Lah** z iste ustanove, je predavala o okužbi z virusom *Herpes simplex* pri novorojencih. Virus *Herpes simplex* tip 1 in tip 2 (HSV-1 in HSV-2) sta pomembna povzročitelja okužbe pri novorojencih, predvsem zaradi obolevnosti in trajne invalidnosti, ki jo po diseminirani okužbi ali

okužbi osrednjega živčevja povzročata v visokem odstotku. Kljub visoki prekuženosti prebivalstva predvsem s HSV-1 je okužba ploda ali novorojenca redka. Največkrat pride do prenosa HSV-2 na novorojenčka med porodom, kadar ima serološko naivna nosečnica prvo simptomatsko okužbo. Prisotnost materinih specifičnih protiteles novorojenca ne zaščiti pred okužbo.

Aneta Soltirovska Šalamon (KONEO) in **Karin Schara** (Ortopedska klinika, UKC Ljubljana) sta predstavili osteomielitis pri novorojencih s stališča neonatologinje in ortopedinje. Okužbe kosti in sklepov pri novorojenčkih se značilno razlikujejo od tistih, ki jih opažajo pri starejših otrocih, mladostnikih in odraslih. Glavni pristopi, na katerih temelji zdravljenje, so kirurška trepanacija in drenaža ter dolgotrajno antibiotično zdravljenje. Izid zdravljenja je treba spremljati dalj časa celo pri dojenčkih, pri katerih je bila bolezen zgodaj odkrita in ustrezno zdravljena. Predstavili sta obravnavo 11 novorojenčkov z osteomielitisom/septičnim artritisom, s poudarkom na poteku bolnišničnega zdravljenja in izidih zdravljenja.

Mednarodni simpozij, eden letošnjih osrednjih neonatalnih strokovnih dogodkov v Sloveniji, je celovito zajel vedno aktualno problematiko okužb pri novorojencih. Splošni vtis o simpoziju je bil odličen – tako s strokovne kakor tudi organizacijske strani. Priprava in izvedba predavanj sta bili na višini mednarodnega dogodka, ki je potekal v angleščini. Izkušnje uglednega ameriškega strokovnjaka so interdisciplinarno dopolnili strokovnjaki in raziskovalci terciarnega slovenskega centra – UKC Ljubljana. Strokovna prirediteljica je zbudila zanimanje izven meja naše republike in tako pripomogla k stikom in izmenjavi strokovnih mnenj slovenskih neonatologov in pediatrov s kolegicami in kolegi sosednjih držav.

E-naslov: borut.bratanic@mf.uni-lj.si

Otorinolarinološke dileme v ambulantni na osnovni ravni – Otorinolarinološki dan 2013

Andrej Sabo

V soboto, 9. marca, je bil na Medicinski fakulteti v Ljubljani organiziran seminar za družinske zdravnike, pediatre, šolske zdravnike, otorinolarinologe, Otorinolarinološki dan 2013, z naslovom »Otorinolarinološke dileme v ambulantni na osnovni ravni«. Organizirali so ga Katedra za otorinolarinologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, Klinika za ORL in CFK, UKC Ljubljana, ter Združenje otorinolarinologov Slovenije SZD. Omenjeni seminarji potekajo že od leta 2007, letošnji je bil že šesti po vrsti. Zbralo se je 155 udeležencev.

Srečanje sta odprla prof. dr. Irena Hočevar Boltežar, predsednica Združenja otorinolarinologov Slovenije, SZD, in prof. dr. Miha Žargi, predstojnik klinike in katedre, kateremu so pripadle uvodne besede in vloga moderatorja srečanja.

V uvodnih besedah se je prof. dr. Miha Žargi dotaknil področja primarne ravni zdravstva in predvsem želel poudariti, da mora družinski zdravnik ali pediater dobro oceniti stanja, ki bi lahko privedla do možnih zapletov na otorinolarinološkem področju, in kateri so bolniki, ki glede na poznane razvade in bolezenska

znamenja spadajo v skupino bolnikov s tveganjem za razvoj malignih bolezni. Teme letošnjega seminarja so bile izbrane v večini po željah, izraženih s strani udeležencev iz lanskega leta, hkrati pa so bile dodane tudi teme, ki so novosti v zadnjem času.

Doc. dr. Anton Gros je kot prvi predavatelj na seminarju predaval na temo »Kronično vnetje srednjega ušesa«. V uvodnem delu je bil poudarek predvsem na patofiziologiji nastanka vnetja srednjega ušesa (VSU) in delitev le-tega. Podrobno je bilo predstavljeno, kot prvi del, izlivno vnetje srednjega ušesa (IVSU), njegova patogeneza, prepoznavna boleznin in zdravljenje, pri čemer je bilo poudarjeno, da je konzervativno zdravljenje IVSU z antibiotiki in sočasno uporabo kortikosteroidov navadno neuspešno in da je alternativa temu miringotomija z vstavitvijo ventilacijske cevčice. Kot drugi del je bilo predstavljeno kronično vnetje srednjega ušesa, in sicer kdaj govorimo o njem (kadar je prisotna perforacija na bobniču in ni znakov aktivnega vnetja sluznice bobnične votline), kakšna je patogeneza, prepoznavna in zdravljenje le-tega. Kot tretji del je bilo predstavljeno kronično vnetje srednjega ušesa s holestatomom, njegova patogeneza, prepoznavna in zdravljenje, ki je kirurško. Po odpredavani tematici se je razvila zelo zanimiva debata, predvsem je bil poudarek na tem, kdaj bolnika s težavami s srednjim ušesom napotiti k specialistu in pod kakšno stopnjo nujnosti.

Doc. dr. Saba Battelino je predavala o obraznem živcu, in sicer z naslovom »Okvara obraznega živca«. Tema je zajemala: anatomijo obraznega živca, vključno z njegovo sestavo in vlogo ter njegov potek in njegove veje, vzroke za nastanek parez/paraliz obraznega živca, vrste in stopnje okvar obraznega živca (nevrapraksija, aksonotmeza, nevrotmeza, Walerianska degeneracija), kakšni so postopki za določitev vrste in mesta okvare obraznega živca, postopke iskanja vzrokov nastanka pareze/paralize obraznega živca (MRI, CT, občasno ultrazvok za mehka tkiva obraza; telesne tekočine in kri: hemogram, biokemične preiskave, parametre vnetja, posamezna protitelesa, teste za preiskavo imunskega stanja in pregled likvorja) ter na koncu zdravljenje: s posegi na obraznem živcu (posegi pri okvarah živca v temporalni kosti, posegi pri poškodbah živca po izstopu iz temporalne kosti) in posegi na mehkih tkivih, ki jih običajno oživčuje obrazni živec (posegi na mehkih tkivih prizadete strani obraza, posegi na mehkih tkivih nasprotne, neprizadete strani obraza), kar je bilo lepo prikazano na primeru dekleta z okvaro levega obraznega živca, ter medikamentozno zdravljenje in fizikalno zdravljenje okvar obraznega živca.

Sledilo je predavanje mag. Tanje Soklič Košak o periferni in centralni vrtoglavici, predvsem s poudarkom na etiološki pogostnosti in ločevanju simptomov in znakov, ki lahko govorijo, ali gre za periferno ali centralno vrtoglavico. Tako je bilo omenjeno, kaj so najbolj pogosti periferni vzroki vrtoglavice (benigni pozicijski paroksizmalni vertigo (BPPV), fobija, centralne vestibularne okvare (brez migrene), drugo, vestibularna migrena, vestibularni nevritis, Ménièreova bolezen, bilateralna vestibulopatija, psihogeni vertigo brez fobije, perilimfatična fistula in neznana etiologija), centralni vzroki vrtoglavice

(možgansko-žilne bolezni, demielinizacijske bolezni, vertebrobazilarna migrena, ekspanzivni procesi, epileptični napadi, poškodbe) in zdravljenje obojih.

Asist. Klemen Jenko je predstavil temo z naslovom »Akutni rinosinuzitis pri otrocih«, kjer je zajel predvsem najnovejše smernice, ki jih je sprejela skupina Evropskega rinološkega združenja. Podrobneje je bila predstavljena klinična opredelitev rinosinuzitisa pri otrocih, postavljanje diagnoze na primarni ravni (simptomi in znaki, sprednja rinoskopija, pregled ustne votline in žrela) in na sekundarni ravni (simptomi in endoskopsko ugotovljeni znaki, spremembe na CT-slikah, odvzem kužnine), klasifikacija akutnega rinosinuzitisa (ARS) pri otrocih, ki je lahko virusni (ARS) ali bakterijski (ABRS). Predstavljeno je bilo zdravljenje ABRS in bolezenski znaki, ki zahtevajo takojšnji pregled pri specialistu.

Temu predavanju je sledil satelitski simpozij z naslovom »Sezonski alergijski rinitis pri otrocih in odraslih«, na katerem je bila predstavljena študija o predhodni uporabi dekongestivov in kortikosteroidov pred nastopom obdobja pojava alergenov v zraku. Raziskava je pokazala, da naj bi predhodna uporaba omenjenih učinkovin lajšala simptome ob nastanku sezonskega alergijskega rinitisa, tako pri otrocih kot pri odraslih.

Predavanje z naslovom »Dražeci kronični kašelj« je predstavila asist. mag. Maja Šereg Bahar. V njem je prikazala, kateri so običajni vzroki kašlja in tako imenovani »sindrom iritabilnega grla«, katerega diagnozo lahko postavi samo specialist po izključitvi vseh klasičnih vzrokov za kronični kašelj.

Po odmoru za kosilo je sledil satelitski simpozij z naslovom »Poznavanje raka glave in vratu«, kjer je bila predstavljena raziskava, narejena v Sloveniji. Zanimivi so bili rezultati, ki so bili podani, namreč ljudje, ki niso oboleli za omenjenim rakom, naj bi bili bolje poučeni in bolj ozaveščeni glede tega kot ljudje, ki so zboleli za rakom glave in vratu. Zato se dela v smeri za boljše obveščanje in ozaveščanje ljudi o tej temi s pomočjo brošur.

Nadaljeval je asist. Jure Urbančič, ki je prikazal pediatrične motnje dihanja med spanjem, bolj podrobno obstruktivno apneo med spanjem (OSA – obstructive sleep apnea), ki je najpogostejši pojav, s katerim se srečujejo. Kakšna je definicija OSA, patogeneza, klinična slika, specialna diagnostika (polisomnografija ali kontinuirano merjenje kardiorespiratornih funkcij), kakšno je nekirurško zdravljenje (maska za stalno pozitivni tlak v dihalnih poteh ali CPAP-maski, hujšanje in medikamentozna terapija – nosni kortikosteroidi ali antilevkotrieni) in kirurško zdravljenje (adenotonzilektomija, tonzilektomija, uvuloplastika, operacije na čeljustih).

Naslednje predavanje je obravnavalo enako problematiko, to je OSA, vendar pri odraslih. Lepo so bila prikazana fizikalna načela za pojav motnje dihanja, mesta obstrukcije dihalnih poti in diagnostični postopki. Kakšna pa je pravilna izbira zdravljenja oz. kaj je pomembno pri izbiri kirurškega zdravljenja? Za izbiro učinkovitega kirurškega zdravljenja, ki naj bi odstranilo to motnjo, so pomembna spoznanja o fizikalnih vidikih teh motenj. Po

teoretičnem delu so bili prikazani tudi primeri uvuloplastik in njihovi rezultati.

Pod naslovom »Sialendoskopija kot del diagnostike in zdravljenja boleznih žlez slinavk« je asist. mag. Aleksandar Aničin poskušal prikazati svoje izkušnje s področja sialendoskopije, ki jo je izvajal zadnji dve leti na Kliniki za ORL in CFK, UKC Ljubljana. Gre za novo metodo, ki je uporabna za diagnostiko in intervencijske posege v vodih žlez slinavk. S temi posegi se izognemo klasičnemu odstranjevanju konkrementov v izvodilih žlez slinavk in je poseg, s katerim se prepreči razvoj kroničnega vnetja in posledične kirurške odstranitve žleze slinavke.

Pred zadnjim predavanjem je bilo na vrsti še predavanje asist. Aleša Grošlja z naslovom »Novosti v etiologiji, diagnostiki in kirurškem zdravljenju raka glave in vratu«, kjer je bila, kot je napisano že v naslovu, prva predstavljena etiologija raka glave in vratu. Izpostavljeno je bilo, da se pojavnost raka grla in spodnjega žrela v zadnjih letih zmanjšuje, vendar se povečuje število ploščatoceličnih rakov v ustnem žrelu, kar naj bi kazalo na prisotnost novega etiološkega dejavnika. To naj bi bila okužba s humanim papiloma virusom (HPV), predvsem z genotipom 16. Patogeneza pri HPV pozitivnih rakah v nasprotju z raki, ki so posledica kajenja in alkohola, ni mutacija genov p53 in pRb, ampak funkcionalna izključitev le-teh. Bolniki s HPV pozitivnim rakom ustnega žrela so mlajši in imajo boljše prognozo. Na področju diagnostike je postala vse bolj priljubljena nova metoda v skupini bioloških endoskopij, to je angleško imenovana *narrow band imaging* (NBI), ki omogoča dober pregled strukture sluzničnih žil, katerih proliferacija je eden prvih znakov maligne bolezni. Gre za metodo, ki se je pokazala kot koristno dopolnilo standardni diagnostiki na otorinolaringološkem področju. Laserska kirurgija

kot izbor metode kirurškega zdravljenja bolnikov z rakom glave in vratu se je uveljavila kot metoda izbora za kirurško zdravljenje zgodnejših stopenj karcinoma grla in tudi kracinoma v faringealnem področju. Je manj invazivna tehnika glede na odprte kirurške tehnike in ima veliko prednosti.

Kot zadnje je bilo na vrsti predavanje »Nevrogeno pogojene motnje požiranja«, ki ga je pripravila prof. dr. Irena Hočevar Boltežar. Za začetek pred obravnavano temo je bila predstavljena fiziologija požiranja po fazah (oralna pripravljalna faza, oralna transportna faza, faringealna (faringolaringealna) faza, ezofagealna faza) in nadzor požiranja. Sledilo je podrobnejše predavanje o naslovni temi, torej nevrogeno pogojene motnje požiranja, za katero se lahko včasih uporablja izraz nevrogena disfagija. Kot je bilo povedano, se lahko motnja pojavi na tri načine (bolnik z znano nevrološko boleznijo z jasnimi znaki motenega požiranja, bolnik z znano nevrološko boleznijo z blagimi znaki požiranja in motnje požiranja so pri bolniku prvi znak nevrološke bolezni). Nato je sledil prikaz nevroloških motenj, ki najpogosteje povzročajo težave pri požiranju (možganska kap, bolezen motoričnega nevrona, Parkinsonova bolezen in druge nevrodegenerativne bolezni ter cerebralna paraliza). Za konec je sledil še prikaz diagnostičnih postopkov in vloga foniatra pri tem ter dodatne preiskave, ki so potrebne za oceno dogajanja med požiranjem: kontrastno rentgensko slikanje med požiranjem, fiberoptična endoskopska ocena požiranja (FEES), testiranje senzibilitete grla in spodnjega žrela, pulzna oksimetrija med in po požiranju, direktoskopski pregled ustne votline, žrela, grla in požiralnika, 24-urna pH-metrija, redkokdaj pa elektromiografska preiskava mišic.

E-pošta: andrejsabo@gmail.com

Ultrazvok v reproduktivni medicini

ESHRE Campus: »Ultrasound in reproductive medicine«, Maribor, 7. in 8. marec 2013

Jure Knez

V začetku marca je v Mariboru potekal mednarodni simpozij »Ultrasound in reproductive medicine« (Ultrazvok v reproduktivni medicini). Simpozij je organiziralo Evropsko združenje za humano in reproduktivno medicino (ESHRE), ki predstavlja vodilno evropsko in tudi svetovno združenje strokovnjakov, ki se ukvarjajo z reproduktivno medicino. Sicer je to že tretji simpozij ESHRE v Mariboru, ta dogodek pa pomeni še posebno priznanje, saj je bila prvič na katerem izmed ESHRE-simpozijev osrednja tema posvečena ultrazvočni diagnostiki. Hkrati beležimo tudi 45 let uporabe ultrazvoka v Mariboru, Sloveniji in bivši Jugoslaviji. Za mariborski oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo pa leto 2013 predstavlja tudi 30 let delovanja programa zunajtelesne oploditve – »IVF«.

Polna dvorana kongresnega centra v hotelu Habakuk je kazala na presenetljivo veliko zanimanje za dogodek, saj je osrednja tema nagovarjala predvsem tiste, ki se v klinični praksi vsakodnevno ukvarjajo z zdravljenjem neplodnosti. Le redko kateri dogodek pritegne tako mednarodno raznoliko zasedbo poslušalcev, kot smo ji bili priča tokrat, saj so udeleženci prihajali iz 23 različnih držav. Ob odprtju sta nas nagovorila organizatorja dogodka, prof. Veljko Vlaisavljevič in prof. Petra de Sutter iz Belgije, vodja posebne skupine »Safety and Quality in ART« v organizaciji ESHRE.

Priznani domači in vodilni strokovnjaki iz tujine so predstavili mnogo novih dognanj, ki oblikujejo in izboljšujejo kakovost zdravljenja neplodnih parov. Predavanja so se dotaknila vseh vidikov uporabe ultrazvoka v procesu zdravljenja neplodnosti; od

spremljanja razvoja in rasti jajčnih foliklov pa vse do ultrazvočnih vidikov implantacije zarodkov. Velik del pozornosti je bil namenjen tehnološkim novostim v ultrazvočni diagnostiki, kot so 3D ultrazvočni prikaz, računalniško avtomatizirano štetje jajčnih foliklov ter možnosti, ki jih ponuja telemedicina. Ena izmed takšnih je tudi razvoj in uporaba ultrazvočnih naprav, s katerimi si pacientke lahko same doma naredijo posnetek reproduktivnih organov. Ta posnetek nato preko internetne povezave »on-line« pošljejo do zdravnika, ki ga analizira in odredi potrebno nadaljnjo terapijo v postopku stimulacije jajčnikov in zdravljenja neplodnosti. Čeprav se nam morda zdi takšen pristop še precej oddaljen od današnje stvarnosti, pa ga ponekod že uspešno pričenjajo uvajati v klinično prakso. O tem in še nekaterih drugih možnostih, ki jih telemedicina prinaša pacientom, je govoril Jan Gerris iz Belgije.

Ultrazvok danes predstavlja osrednji del spremljanja stimulacije jajčnikov v sklopu priprave na oploditev z biomedicinsko pomočjo. Prav tako je tudi prva metoda pri diagnostiki prirojenih in pridobljenih nepravilnosti maternice, lahko pa se uporablja tudi za diagnostiko patologije jajcevodov. Kljub temu pa pogosto ne posvečamo dovolj pozornosti kakovosti, etiki in varnosti pri uporabi ultrazvoka, česar smo se dotaknili v sklepnem delu srečanja ob predavanju Françoise Shenfield, članice skupine »Ethics and Law« v ESHRE. Za naše razmere je bilo zanimivo slišati tudi o vlogi in pristojnosti medicinskih sester kot sonografistov na področju diagnostičnega in invazivnega ultrazvoka. O nizozemskih izkušnjah s tega področja je govorila Jolienke Schoonenberg-Pomper. Prof. Nazar Amso je za konec predstavil, kako potekajo izobraževalni programi in potrjevanje znanja



Veljko Vlaisavljevič in Igor Japelj, eden izmed pionirjev pri razvoju ultrazvoka v slovenskem in mednarodnem prostoru.

pri uporabi ultrazvoka v Veliki Britaniji. Njegovo predavanje nas je spomnilo na to, da v Sloveniji, razen nekaterih tečajev v sklopu specializacij zdravnikov, pravzaprav nimamo formalnega sistema izobraževanja in certificiranja znanj, ki se nanašajo na ultrazvočno diagnostiko. Kot smo se lahko seznanili iz britanskih izkušenj, pa takšni programi znatno pripomorejo k višji kakovosti obravnave pacientov.

Novosti v fetalni medicini

Marija Predič Georgiev

Prvega in drugega decembra sem se ponovno udeležila tečaja *Advances in Fetal Medicine Course*, ki je potekal na Inštitutu Imperial Collage v Londonu. Tečaj je mednaroden in poteka vsako leto pod okriljem Fundacije za fetalno medicino (FMF) iz Velike Britanije, ki jo vodi prof. dr. Kypros Nicolaides. Obišče ga veliko zdravnikov iz vsega sveta, tokrat okrog 700, da bi spoznali novosti oz. napredek in smernice v fetalni medicini. Poudarili so, da je danes zahteva po uporabi 2D UZ, 3D UZ ter 4D UZ z UZ barvnim dopplerjem nuja, kajti le tako lahko sledimo razvoju fetalnega pacienta. V sklopu tečaja sem imela priložnost obiskati tudi King's College Hospital, kjer dela prof. Nicolaides. Obisk sem si uredila po predhodni najavi pri Elizi Tylki (eliza.tylki@nhs.net, King's Colege Hospital NHS Foundation Trust), ki mi je poslala pristopno izjavo, protokol za obiskovalce ter opis, kako lahko pridem do njih.

Na tečaju je prof. Nicolaides zopet zbral odlične predavatelje, ki so nam predstavili novosti s področja perinatologije, fetalne

medicine, neonetologije, genetike, fetalne kirurgije, in strokovnjake za fetalno magnetno resonanco.

Najprej je bil pokazan napredek v odkrivanju in diagnostiki kromosomskih nepravilnosti iz materine plazme oziroma iz materine krvi, kjer izolirajo posamezne fragmente fetalne DNK.

Te preiskave temeljijo na določanju prostih nukleinskih kislin fetusa v materinem krvnem obtoku, na razločevanju epigenetskih razlik fetusove DNA v primerjavi z materino ter na določanju polimorfizmov posameznih nukleotidov plodove DNA v primerjavi z materinimi, kar nam je prinesel razvoj molekularne biologije.

Nato je sledilo predavanje, v katerem je bil predstavljen razvoj genetike, ki nam tudi omogoča odkrivanje najpogostejših kromosomskih nepravilnosti, kot so nepravilnosti 21., 13. in 18. kromosoma, ki jih je treba potrditi še z invazivno metodo – amniocentezo in horiobiopsijo. V prihodnje bomo s pomočjo genetskih preiskav predrojno odkrivali Turnerjev sindrom, triploidije, druge avtosomne triploidije, neuravnotežene translokacije in še kaj.

Poseben poudarek na tečaju je bil na merjenju nihalne svetline, obrazne kosti, nosne kosti, retronazalnega trikotnika, pretoka krvi skozi aorto in ductus venosus, določanju intrakranialne svetline v 12. tednu nosečnosti. Vse te preiskave napovejo zaplete ter stanje fetusa. Pri tem določimo trajanje nosečnosti, napovemo tveganje za vse večje strukturne napake, aneuploidije, možen zastoj rasti fetusa ali pojav preeklampsije.

Pri povečani nihalni svetlini lahko pričakujemo kromosomske nepravilnosti in posledično srčne anomalije. V teh primerih je potreben odvzem krvi nosečnice za dvojni hormonski test, ki je pokazatelj drugih resnih zapletov, kot je zastoj rasti, pojav preeklampsije in seveda tudi aneuploidije. Zastoj rasti fetusa v maternici je eden od najpogostejših vzrokov za obolevnost oziroma umrljivost fetusa. Zato moramo redno spremljati rast fetusa, določimo delovanje materine ščitnice, ocenimo tveganja za razvoj gestacijskega diabetesa in za prezgodnji porod, makrosomijo in težji porod ter tveganje za intrauterino smrt fetusa. Tudi moteno delovanje placente je lahko vzrok za zastoj rasti fetusa. Zlasti kajenje okvari nežne žile placente in pride do pomanjkanja kisika in hrane.

Poslušali smo tudi predavanje o okužbah v nosečnosti, ki povzročijo zastoj v rasti fetusa. Posebno nevarne so okužbe s citomegalovirusom in toksoplazmo, ki lahko poškodujejo plodove možgane (kar lahko ugotovimo z magnetno resonanco), srce, jetra in centralni živčni sistem.

FMF je podal algoritme za preeklampsijo in prezgodnji porod. Zgodnja preeklampsija lahko povzroči smrt matere ali fetusa. Za preprečevanje preeklampsije uporabljamo nizke odmerke aspirina, ki izboljšajo delovanje placente in s tem zmanjšajo pojavnost bolezni.

Gestacijski diabetes mellitus določamo z oralnim tolerančnim testom za glukoza. Lahko ga preprečimo s pravilno prehrano in oralnim metforminom. Navedeni algoritmi so strnjeni v modelu nove piramide za prenatalno skrb. Tveganje za splav oziroma zgodnji porod lahko ugotovimo z merjenjem dolžine

materničnega vratu in uterine arterije, kar določa preventivno uporabo progesterona ali cerklaža.

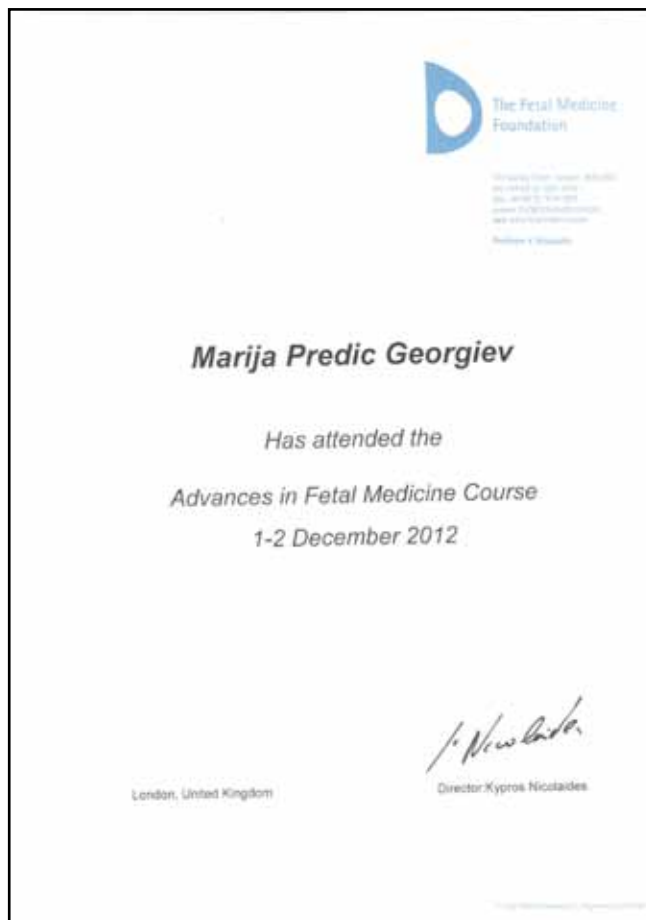
Prekomerna teža nosečnice negativno vpliva na razvoj fetusa in je lahko vzrok za splav, prezgodnji porod, zastoj rasti in celo smrt fetusa. Uporaba ehokardiografije in UZ barvnega dopplerja nam omogoča preiskavo fetalnega srca, tako da lahko že v zgodnji nosečnosti odkrijemo okvaro atrioventrikularnega septuma, sindrom hipoplastičnega levega srca, transpozicijo velikih žil, koarktacijo aorte, tetralogijo Fallot, trikuspidalne in pulmonalne atrezije.

S pomočjo 3D UZ, 4D UZ, UZ barvnim dopplerjem, magnetno resonanco odkrijemo prirojene nepravilnosti malih možganov, diafragmalno hernijo, atrezijo ezofagusa, spino bifido, hidrocefalus, nepravilnosti mehurja in ledvic, srca, pljuč in še veliko več. Z napredkom molekularne biologije antenatalno določajo fetalni Rhesus status z uporabo cell-free DNA v materini krvi pred 20. tednom nosečnosti, kar je zelo ugodno. 5 odstotkov cell-free DNA v materini krvi pride verjetno iz trofoblasta. Za to uporabljajo tehniko fetalnega Rhesus genotipa, kjer je mati imunizirana.

Kot sem napisala v uvodu, sem imela priložnost obiskati King's College Hospital. Obisk so mi prilagodili tečaju, tako da sem



Avtorica pred plakatом, na katerem je prof. dr. Kypros Nicolaides.



prvi dan prisostvovala UZ-preiskavam v 1. trimesečju nosečnosti oziroma nuhalni svetlini. Pregledani so bili patološki primeri, ki so bili poslani iz drugih klinik. Po opravljeni preiskavi so jih poslali na dvojni hormonski test in nadaljne preiskave po priporočilih FMF ter na horionsko biopsijo. Drugi dan sem se udeležila patoloških UZ-preiskav v 2. do 3. trimesečju nosečnosti, ki so jih poslali na četverni hormonski test ali amniocentezo.

Preiskave so bile opravljene z UZ-aparatom Voluson 750 Expert, ki ga imam v svoji zasebni ordinaciji in sem članica Voluson kluba.

Na koncu bi rada povedala, da je fetalna medicina z razvojem molekularne biologije, genetike, UZ-aparatur doživela neverjeten razvoj. Vodilno mesto v fetalni medicini ima Fundacija za fetalno medicino iz Velike Britanije, ki jo vodi prof. dr. Kypros Nicolaides.

E-naslov: drmarija_predic@yahoo.com

Mednarodni tečaj o zdravljenju opeklin Evro-mediteranskega sveta za opeklino in požarne katastrofe

Albin Stritar, Fran Drnovšek

Klinični oddelek za plastično, rekonstrukcijsko, estetsko kirurgijo in opeklino Kirurške klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana je v sodelovanju z Evro-mediteranskim svetom za opeklino in požarne katastrofe (*Euro-Mediterranean Council for Burns and Fire Disasters – MBC*) organiziral tečaj o zdravljenju opeklin, ki je potekal v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana od 28. do 30. junija 2012. Pri izvedbi tečaja sta sodelovali tudi Katedra za kirurgijo Medicinske fakultete v Ljubljani in Združenje za plastično kirurgijo Slovenskega zdravniškega društva. Generalni pokrovitelj tečaja, katerega cilj je bil okrepiti strokovne povezave in zagotoviti prenos znanj ter dobrih praks v Evro-mediteranski regiji na področju preprečevanja in zdravljenja opeklin ter opeklinske kirurgije, je bilo Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.

Na MBC-tečaju Ljubljana 2012 so predavali domači in tuji strokovnjaki, program pa je bil oblikovan tako, da so teme zajele vsa področja te obsežne specialnosti.

MBC je združenje opeklinskih strokovnjakov iz mediteranskih dežel. V tej regiji je, v primerjavi s severno Evropo, bistveno več opeklinskih poškodb, in to predvsem v državah z nižjim ekonomskim standardom, kar kaže na nujna vprašanja zagotavljanja širše požarne varnosti. Misel o opeklinskem klubu je vzniknila leta 1983. Želja pobudnikov, med katerimi sta bila tudi slovenska opeklinska strokovnjaka, kirurga, prof. dr. Franjo Zdravič in dr. Arsen Brčić, je bila združiti znanje in izkušnje vseh strokovnjakov s področja, ki si deli tako kulturne kot tudi zgodovinske značilnosti. Uspehi pri doseganju zastavljenih ciljev so vodili k uradnemu priznanju kluba, ki je leta 1987 začel delovati kot regionalno strokovno združenje, Mediteranski klub za opeklino in požarne katastrofe (MBC), ter se nato preimenoval v Evro-mediteranski svet za opeklino in požarne katastrofe.

MBC je s svojim delovanjem izpolnil vse pogoje, da mu je leta 1995 Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) podelila uradni naziv WHO kolaborativnega centra za preventivo, zdravljenje opeklin in požarne katastrofe in je s tem postal edini WHO kolaborativni center na svetu za to specializirano področje. WHO-center deluje pri Oddelku za plastično kirurgijo in opeklinskem centru civilne bolnišnice Palermo, Italija, kjer je tudi sedež MBC.

MBC, kot prvenstveno strokovno-znanstvena organizacija, povezuje kirurške in druge medicinske stroke z dejavnostjo zdravstvene nege, pri tem upošteva javnozdravstvena načela preprečevanja in sistemske obravnave požarnih katastrof ter tako celostno pristopa k obravnavi vprašanj požarne varnosti na vseh ravneh. Spodbuja razvoj visokih standardov obravnave opeklin in mednarodno sodelovanje za krepitev kakovosti celovitih preventivnih ukrepov, zdravljenja in rehabilitacije. MBC združuje kirurško ekspertizo, znanstvene in intelektualne potencialne držav evro-mediteranske regije, med katerimi je tudi Slovenija, ki ji je bila leta 2012 dodeljena častna naloga organizacije MBC opeklinskega tečaja v Ljubljani. MBC izdeluje, testira in izvaja različne pristope ter metodologije zdravstvenega izobraževanja za preprečevanje in obrnavo opeklinskih poškodb ter tragičnih posledic požarnih katastrof. Več podatkov o ciljih in dejavnostih WHO-centra je dostopnih na spletnem naslovu centra <http://www.medbc.com>.

Slovenija je članica elitnega MBC-kluba že od samega začetka delovanja. In zakaj ji je bila zaupana organizacija opeklinskega tečaja 2012 evro-mediteranske regije?

Organizacija mednarodnega dogodka vedno pomeni tudi priznanje znanstvenosti in strokovnosti države članice na specifičnem področju in hkrati odličnosti institucije, ki državo zastopa v MBC-mreži. Zadnji MBC izobraževalni tečaj je bil leta 2009

v Beogradu, pred tem leta 2008 v Bukarešti. Tečaji se organizirajo vsakič v drugi državi, vendar ne potekajo v rednih časovnih obdobjih. Asist. dr. Albin Stritar se je kot predstavnik Slovenije leta 2009 udeležil MBC opeklinskega tečaja v Beogradu. Strokovni del tečaja je potekal po vojaško, kajti organizirali so ga kolegi plastični kirurgi z Vojno medicinske akademije. Strokovnemu delu so pridružili malo turizma, obujanje spominov na služenje vojaškega roka in na čase, ko sta Partizan in Crvena zvezda kraljevala evropskemu nogometu. V odmoru so tedanji generalni sekretar MBC Atiyeh Bishara in ostali predavatelji obstopili predstavnika Slovenije in kategorično odredili, da bo Ljubljana naslednji organizator MBC-tečaja. Kljub začetnim pomislekom ob dejstvu, da na Kliničnem oddelku za plastično, rekonstrukcijsko, estetsko kirurgijo in opeklino Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana že skoraj 20 let nismo organizirali mednarodnega srečanja, smo ta predlog sprejeli kot veliko priznanje našemu strokovnemu delu in z vso zavzetostjo organizirali tridnevni MBC-tečaj v času med 28. in 30. junijem 2012 v UKC Ljubljana, pod pokroviteljstvom MBC, Ministrstva za zdravje Republike Slovenije, Katedre za kirurgijo Medicinske fakultete v Ljubljani in Združenja za plastično kirurgijo Slovenskega zdravniškega društva.

Tečaj je po uvodni slovesnosti ob 25. obletnici MBC-združenja potekal zelo delovno in intenzivno. Program je bil zasnovan celovito, predavanja so zajela široko interdisciplinarno področje obravnave opeklin. Poleg odličnih kirurških tem je vrh dosegel sklop predavanj o intenzivni terapiji opečenca – tako odraslega kot otroka, prehrani in okužbah. Tudi dodatna predavanja o organizaciji opeklinske službe, elektronski medikologiki in preventivi opeklin so navdušila mlajše kolege. Žal se je tečaja udeležilo le manjše število slovenskih specializantov kirurgije, ki so bili posebej vabljeni. Z velikim zanimanjem pa je tečaj spremljala večja skupina študentov medicine in medicinskega osebja, ki skrbi za opečence. Ti so že spraševali, kdaj bo naslednje opeklinsko izobraževanje. Dejstvo je, da je v slovenskem prostoru opeklinska tematika tako celovito prikazana le redko, približno le vsakih deset let, in je bila to priložnost, ki je vsi, ki delujejo na tem področju, ne bi smeli zamuditi.

Prvi dan je bil tečaj v popoldanskih urah dopolnjen s strokovno ekskurzijo v zdravilišče Dolenjske Toplice, kjer je bila predstavitve celostne rehabilitacije opeklin. Drugi dan so se udeleženci tečaja v poznih popoldanskih urah hladili na Ljubljanskem gradu. Tretji dan je bila ekskurzija po Sloveniji, kajti delovni koncept tečajev je, da poleg strokovnega druženja udeleženci tečaja spoznavajo tudi državo gostiteljico. Četrty dan so bili vabljeni profesorji gostje prim. Erika Vrabiča na Oddelku za plastično in rekonstrukcijsko kirurgijo UKC Maribor, kjer je vrsto let delovala prof. dr. Zora Janžekovič.

Na koncu tečaja smo obeležili 25. obletnico delovanja MBC-skupine, čestitali novemu predsedniku prof. dr. Atyehu Bicharaju iz Libanona, ki je zamenjal dosedanjega dolgoletnega predsednika prof. dr. Michela Masellisa iz Palerma. Čestitali smo tudi Hrvaški, ki je postala nova članica MBC-združenja.

V zadnjem času MBC širi dejavnosti izven evro-mediteranske regije in si prizadeva za globalni napredek. Predavateljski tim MBC-tečajev potuje po državah Afrike in drugih državah v razvoju, vendar se pri tem srečujejo s finančnimi težavami. Nekoč širokopotezno sponzorstvo popušča, kar otežuje organizacijo dela. Tečaji so vedno namenjeni vsem strokovnjakom, ki se ukvarjajo z opeklinsko problematiko. Tudi teme tečaja v Ljubljani so bile tako izbrane, zato je izdelava končnega programa tečaja z vabljenimi tujimi in domačimi predavatelji zahtevala veliko pozornosti in truda. Tečaj je bil posvečen prof. dr. Mirku Dergancu in prof. dr. Franju Zdraviču, ki sta zaslužna, da je opeklinski oddelek UKC Ljubljana strokovno priznan v evropskem in svetovnem merilu.

Tako pisna kot ustna ocena tečaja MBC predavateljev je bila več kot odlična in novoustoličeni predsednik Atiyeh Bishara je izrazil prijetno skrb, da je Slovenija z organizacijo in zelo dobrimi predavanji zvišala pričakovani standard MBC-tečajev. Izvlečki so bili izdani v elektronski obliki, seveda pa je še priložnost za tiskano obliko opeklinskih predavanj.

Kot organizator omenjenega MBC-tečaja se zahvaljujem vsem, ki so pripomogli pri organizaciji, in še posebej vsem domačim predavateljem. Zahvaljujem se tudi donatorjem in sponzorjem, ki so podprli vse dogovorjene dejavnosti v okviru MBC-tečaja.

E-naslov: albin.stritar@amis.net, fran.drnosek@gmail.com



Del tečaja na Bledu: z leve dr. Zdravko Roje (MBC Hrvaška), generalni sekretar MBC dr. Atyeh Bichara, dr. Albin Stritar (MBC Slovenija) (foto: A. Zore).

Milan Čižman, Bojana Beović: Kako predpisujemo protimikrobna zdravila v bolnišnicah

Druga dopolnjena izdaja. Založba: Sekcija za protimikrobno zdravljenje Slovenskega zdravniškega društva, Ljubljana, 2013. Tisk: Tiskarna Povše. Mehka vezava: 233 strani.

Avtorja sta do sedaj napisala že več priporočil in priročnikov za uporabo in za pravilno predpisovanje protimikrobnih učinkovin. Pred nami je druga dopolnjena izdaja priročnika, ki je namenjen vsem zdravnikom, ki zdravijo bolnike z verjetno ali dokazano okužbo v bolnišnicah, pa tudi vsem zdravnikom, ki zdravijo bolnike z okužbami.

Novo izdajo priročnika sta dopolnila s številnimi pomembnimi in zanimivimi podatki. V uvodu navajata, da v svetu ocenjujejo, da do 50 odstotkov bolnikov v bolnišnicah prejema protimikrobna zdravila brez razloga ali nepravilno. Hude posledice ima tudi opustitev pravilnega zdravljenja. Zaradi neprimerne antibiotičnega zdravljenja naraščajo stroški in možnost pojava stranskih učinkov. Pretirano in neustrezno predpisovanje protimikrobnih zdravil vodi do razvoja odpornih bakterij in drugih mikroorganizmov.

V uvodnih poglavjih predstavljata porabo protimikrobnih učinkovin v slovenskih bolnišnicah v letih od 2006 do 2011, ki se iz leta v leto povečuje, in navajata občutljivost najpogostejših bakterijskih izolatov iz kužnin bolnikov v Sloveniji. Preseneča podatek, da je v Sloveniji kar 24 odstotkov pnevmokokov odpornih proti eritromicinu. Naštevata indikacije za uporabo antibiotikov, ki se pogosto predpisujejo pod posebnim nadzorom.

V osrednjih poglavjih ločeno za odrasle bolnike in za otroke prikazujeta izkustveno in usmerjeno zdravljenje bakterijskih, virusnih in glivičnih okužb po anatomskih lokalizacijah: osrednje živčevje, oči, sepsa, nevtropenični bolnik z vročino, okužbe ušesa in mastoida, zgornjih, srednjih in spodnjih dihal, srca, vnetja v trebušni votlini, okužbe sečil, rodil, kože in mehkih tkiv, kosti in sklepov. Pri izkustvenem zdravljenju najprej navajata zdravljenje izbire in nato druge možnosti zdravljenja, ki jih predpišemo, če je bolnik na zdravljenje izbire preobčutljiv, zdravila izbire ne prenaša ali če zdravljenje izbire ni uspešno. Navajata odmerke zdravil za posamezne indikacije in priporočeno trajanje zdravljenja. V posebnem poglavju obravnavata zdravljenje bolezni, ki jih povzročajo zajedavci.

Nekaj poglavij sta namenila medicinski in kirurški antibiotični profilaksi. Na koncu priročnika sta navedla spisek vseh protimikrobnih zdravil, ki so na tržišču v Sloveniji v začetku leta 2013.

Priročnik je namenjen bolnišničnim zdravnikom vseh specialnosti. Vsebuje številna priporočila, ki so uporabna tudi za

zdravnike, ki delajo na primarni ravni, pa tudi za vse druge strokovnjake, ki se v Sloveniji ukvarjajo s protimikrobnimi zdravili (farmacevti, mikrobiologi itd).

Avtorja sta prav gotovo ustvarila veliko, zelo dragoceno, koristno in pomembno delo. Zdravnik v drobni knjižici na enem mestu dobi vsa potrebna navodila za pravilno zdravljenje vseh možnih okužb. Želja obeh avtorjev pa je, da bi priporočila prispevala k bolj smiselni rabi antibiotikov, zmanjšanju pojavnosti odpornih bakterij in tudi znižanju stroškov zdravljenja. Upajmo, da bo tako.

Alenka Radšel Medvešek

E-naslov: alenka.medvescek@gmail.com



Rudolf Hans Bartsch: Das deutsche Leid. Ein Landschafts-Roman. Nemška bol. Krajinski roman

Verlag von L. Stackmann, Leipzig, 1914, 434 str.

Bralcu, ki mu je čas dragocenost, moram že kar tu povedati, da je ta knjiga »eno samo sranje«. In obžalujem, da ne morem in ne znam uporabiti kakega bolj sočnega srbohrvaškega izraza. A med branjem sem dognal, da bom morda končno razkril mehanizem nemškonacionalne iracionalnosti ob koncu 19. stoletja, zaradi katere je Bartsch kot spodnještajerski Nемеc obsojal Slovence. Sicer se temu izrazu – Slovenci, slovenski (»die Slowenenen, slowenisch«) – izogiba in ga uporablja le v sili. Največkrat uporablja izraze »Slawen, slawisch, windisch, die Windischen, Wenden«, ki so tako znani, da jih sploh ni treba prevajati.

Do **Nemške boli** sem prijadral po velikanskih ovinkih. Začelo se je s knjigo **Kako je Maribor postal slovenski**, s citatom iz Bartscheve knjige. Opisuje junaškega Nemca, ki je s pesmijo o Nibelungih kot nadangel Mihael prinesel kulturo v slovenske kraje, a nehvaležno (slovensko) ljudstvo mu je kot vračilo v drobovje zarilo nož (glej Isis 2013; 22: 90–91). Opis junaškega Nemca je bil zame tako »morski«, da sem šel gledat v *AEIOU Österreich-Lexikon*, kdo, za božjo voljo, je bil Rudolf Hans Bartsch. Nadaljeval in končno, po nekakšnih vesoljskih blodenjih, prek spletnega naslova *Booklooker.de* ter posrednika Celovške Mohorjeve mi je bil dostavljen lepo ohranjen, jugendstilovsko oblikovan izvod knjige **Das deutsche Leid** (naklada 31.000–33.000). Natiskan v zelo starinski gotici (nem. *Fraktur*, ko sem raziskoval razliko med gotskima črkama »V« in »B«, sem dognal, da gre za zvrst črk *Breitkopf-Fraktur*). V kolofonu je zapisano, da je avtor knjigo napisal med marcem in majem 1910. Zadnji nemški bralec je v tem izvodu pozabil reklamni letak založbe, ki med drugim hvali tudi Bartschev roman **Frau Utta und der Jäger** (Gospa Utta in lovec), češ da »gre za knjigo o nemški zemlji in nemški biti« ter da »hrup orožja teh dni ne sme prizadeti te mojstrovine«. Tako se vidi, da je knjiga izšla tik pred ali skoraj hkrati z začetkom prve svetovne vojne. In vse skupaj pravzaprav pove vse o njeni literarni vrednosti, ki je po moje nekakšen razvlečen, ponekod čustveno trapast *doktor roman*.

Zgodba – dogaja se okoli leta 1878 – je pravzaprav življenjepisi Georga Erasmosa Botzenhardta od zgodnjih otroških let v Gradcu do njegovih zrelih (hm!) moških let, ko se je kot uspešen vinogradnik ustalil nekje v okolici Maribora. Njegova nemškonacionalna usmeritev se pokaže prav na začetku, kot nekakšno svarilo pred napadalnim panslavizmom. V zvezi s tem Georgov otroški prijatelj Konrad Thos sanjari, da bo iznašel puško, ki jo bo prodajal samo Nemcem. »Nato bomo postrelili vse Ruse, Vindišarje pa tudi. [...] Zato, ker hočejo vse Nemce pregnati iz Ljubljane in iz Celja in iz Brežic in s Ptuja in iz Ormoža. Pravijo, da mora biti vsa Spodnja Štajerska njihova.« (str. 70).

Če zanemarim nadrobnosti ter številne romantične stranpotne bedarije, gre zgodba takole:

Georg se odloči, da bo postal gozdar. Tako nekega dne v nekakšni divjini (verjetno v gozdovih Pohorja) v slovenski vasi sreča prelepo Dorotejo in med njima dobesedno vzcveti ljubezen (str. 98). Spozna njene starše in oba brata, Marka in Janeža (ime je zapisano v gotici, s šumnikom »ž«). In ko na vrhuncu te ljubezni Doroteja svojega ljubljenege Georga (Jurija) asociira s slovenskim »Zelenim Jurijem«, Bartsch ustrelji kapitalnega kozla v slovenščini tako, da Doroteja svojega ljubega dosledno kliče napačno, pravi mu »Jurji« (str. 112, 134). A ljubezen ne traja dolgo; Doroteja kmalu spozna, da je »Jurji« človek, ki ga čakajo visoki cilji. Georg postane vojak in na njegovi poti ga Doroteja kot žena noče ovirati. Naj gre torej svojo pot, a pred tem naj on (Georg) njej (Doroteji, ki se svojemu ljubemu vrže pod noge) podari otroka (sic! str. 161). Georg ves nesrečen zapusti Dorotejo in sreča lepo Nemko Babette. Njen oče ustrezno ukrepa pri vojaški oblasti, ki Georga premesti k vojaški godbi. In ljubezen znova vzcveti. Sprva zadržano: Babette se Georgu izpove, da se mu bo prepustila šele potem, ko bo nekaj dosegel. In to se tudi kmalu zgodi, Georg postane vrhunski violinist nekega orkestra v Gradcu. A Babette žal kmalu umre zaradi tuberkuloze in Georg v ljubezenski bolečini ostane sam. Sicer ga za nekakšnega sina vzame Babettin oče, a ne za dolgo. Kmalu potem, ko se upokoji, umre v neki spodnještajerski vasi (verjetno nekje med Dravogradom in Mariborom). Za pogreb pristojni župnik (t. i. *dobri* Slovenec) Georgu obljubi, da bo pogreb v nemščini. A kaplan (t. i. *hudobni* Slovenec) dogovor prelomi; obred sicer opravi v nemščini, a zadnjo molitev, očenaš, zmoli v slovenščini (ki jo Bartsch zapiše nekam čudno: »Oče naš, koje si v nebesih, posvečeno bodi tvoje ime, ...« str. 329). Ko Georg od nesramnega slovanskega odvjetnika poskuša odkupiti posestvo Babettinega očeta, se celo izkaže, da zna vindišarsko (str. 338). V svoji neznanski bolečini blodi po monarhiji, a ker slednja premalo podpira spodnještajersko nemštvo, si želi emigrirati v Nemčijo. Na srečo pa ga tam neki evangeličanski pastor pregovori, naj se vrne v domovino, ki jo ogrožajo nasilni »Slovani«. Georg tako napiše ognjevito knjigo o lepotah Spodnje Štajerske, o lepoti gora na stičišču Štajerske, Kranjske in Koroške, knjigo, polno slik ljubezni in žalosti, ganljive lepote in pesniške svetlobne



moči. »Še vedno so bele hiše na tistih višinah nemške!« kliče v knjigi, ki nato postane uspešnica, pogodba pa Georgu zagotovi ustrezen (denarni) delež pri tem nenavadnem delu (*des wunderlichen Werkes*), ki je napol geografija, narodopisje in popotna slika, napol pa pesnitev. In domačije, ki so jih kupili slovenski župniki, zdravniki, odvetniki, trgovci in uradniki (str. 106), so začele izgubljeni svoj nemški značaj. A glej, slovenski lastniki niso znali gospodariti in Georg je pripomogel, da so prihajali nemški naseljenci, odkupovali zanemarjene domačije in uspešno gospodarili (str. 401). Tudi Georg uspešno gospodari, ljubezen znova vzcveti, Georg se poroči z Angeliko in v njegovih vinogradih delo dobijo tako Nemci kot Slovenci, ki se že uspešno izražajo v polomljeni (*radebrechend*) nemščini...

V tem povzetku seveda ne morem obdelati vseh kozlov Bartscheve »slovenščine« (npr. Belobog, Stara mjest, Goriza Baba, meje, potec, Bože). Tudi ne zgodbe o dravskem zvonu (*Drauglocke*, str. 120). V neki vasi nedaleč od koroško-štajerske meje so cerkveni zvon kupili Slovenci, cerkvene orgle pa Nemci. In tako zvon kot orgle so bili duša pokrajine. Nato pa se je pojavil hudoben župnik in orgle prodal nekam v okolico Ptuja. Zvon, hrepeneč po združitvi z orglami, je obmolknil in se končno pogнал v Dravo in zdaj se po njenem dnu plazi kot velikanska želva, nazaj k svojim ljubljnim orglam ...

Tudi ne zgodbe, kako so hudobni vaški fantje s kamni obmetavali Georga in Dorotejo, ko sta se pogovarjala(!) v vinogradniški zidnici (str. 163). En kamen je Dorotejo zadel prav v čelo, nato pa je Georg, vojak, izdrl svojo sabljo, se pogнал in brž ujel enega od njih in ga podrl na tla. Ugotovil je, da ima ujeti napadalec širok slovanski obraz in poševne oči ...

Za oris Georgovega miselnega sveta sem spodaj prevedel nekaj odlomkov:

... Kakšen narod z globoko kulturo srca, dokler še ni bil pokvarjen. Georg se je spomnil svoje Doroteje. Pogosto so bili takšni: otroški, vedri in hvaležni, polni božje narave, polni pripovedi in zgodb. Le peti niso znali. Kaj vse bi tu lahko storila nemška šola, kaj bi lahko podarila; ta šola, ki bi k tem nastavkom lahko prispevala nemško čud, globino velikega zgleada, pridobljeno spretnost ter ne nazadnje lepoto nemške pesmi (str. 106).

... Takrat je prišel Nemec z biblijo in s pesnitvijo o Nibelungih v rokah. Z *minnesangom*, s piščaljo, harfo in sago o junakih. Je tudi krčil gozld, izsuševal močvirja, gradil svetlo bele gradove in cerkve, [...] s sabo gradil neko višje bivanje, kot Bog. Od zgoraj navzdol, od privzdignjenega življenja osvobojenega je osvojil to deželo, kot nadangel Mihael, ki je iz oblakov privihral dol nad zmaja. Ta narod pa se priplazi iz globin strupene zavisti in nam od spodaj v drobovje porine bodalo. Mi Nemci s svojim devetkrat večjim davčnim bremenom gradimo šole, v katerih se nato vzgajajo naši sovražniki. [...] Ljubljana je že zapravljen in požrta. [...] V Celju bodo zgradili slovansko gimnazijo. Potem bodo tudi tu rastle namenski izobraženci (*die Zweckgebildeten*) in napolnili mesto... (str. 204–205).

... Teh nekaj sto tisoč (Slovencev, *op. pis.*), ta jezik in to sovraštvo stoji med nemškim narodom in teboj, ti njeno hrepenenje, ti modri ogenj, ti klasična solna plima Odiseja, ti sanjsko premišljevanje sončne dežele, ti pot do svetovnega kraljestva; - Jadran! (str. 273).

... In samo zato je ta knjiga polna obtožb proti tistemu Slovanu, ki se ima za izobraženega. Zato, ker ne privzame nemške duhovne

lastnine in se tako odtuji iskrenosti, osrečujočemu, otroškemu dojemu narave svojega lastnega ljudstva. Njegova kavarniška izobrazba se popolnoma razlikuje od bogate duše naroda, medtem ko se Nemec poln gorečnosti prepusti temu prazničnemu (velikonočnemu, *op. pis.*) vzdušju, se vanj potopi in z njim praznuje (str. 284).

... A ta narod je brez zgodovine, brez spominov, brez dobe junakov (*Heldenzeit*) in brez junaške pesmi (*Heldenlied*), brez velikih zgledov in velikih mož, brez vroče težnje in gona po spoznanju in raziskovanju. Nima svete, dolge, očiščevalne predpriprave drugih kulturnih narodov... (str. 380).

Groteskno zanimivo se bere, kako je Georg s tremi glasbeniki v Celju priredil koncert z namenom, da bi zbral denar za nemško šolo, ki bi jo podarili(!) prvi vindišarski vasi pred Celjem (str. 285–300). Tako bi bližnja slovanska šola zagotovo postala odveč, saj bi okoliški kmetje svoje otroke raje pošiljali v nemško šolo, da bi se naučili tega svetovnega jezika in bili deležni prijaznosti nemškega učitelja (str. 288).

Georg, gozdar, tipičen polizobraženec, je v romanu prikazan kot vrhunski intelektuallec. Ki pa je to dosegel s samoizobraževanjem z namenom, da bi postal ljudski tribun in bi kot nekakšen Mesija nemškemu ljudstvu prinesel nov evangelij. Tako kot čez nekaj desetletij Hitler...

*

Zaradi svojih klobasarij je bila **Nemška bol** zame po eni strani kar težko branje, po drugi strani pa izvrsten uvid v takratni nemški *dub časa* (*Zeitgeist*), katerega rezultat je bilo med drugim gibanje »proč od Rima« (*Los-von-Rom-Bewegung*), ki naj bi okrepilo nemškonacionalno zavest v monarhiji.

Samo ugibam lahko, ali je bil Bartsch – kar zadeva slovensko kulturo – popoln nevednež, ali pa jo je preprosto zamolčal. In tako bi nemški bralec, skladno s takratnim *dubom časa* morda res dobil vtis, da so Slovenci nekakšni primitivni domorodci, zamorci, ki skoraj z zločinsko trmoglavostjo zavračajo nemško kulturo.

Sicer se mi zdi, da nisem zelo goreče zaverovan v svoje slovenstvo. Tudi nisem prepričan, da sem »pravi« Slovenec. A kljub temu sem bil ob Bartschevem jadikovanju o nemški bolečini kar precej privoščljiv.

Prek Bartscheve knjige pa je mogoče razložiti mehanizem nemškonacionalne iracionalnosti: nacionalna zavest je lahko vera ali celo religija. Še več: sprevržena, nasilna, *prozelitska* (mesijanska) religija, slepa, do kraja izključujoča. Ki deluje, kot so delovali španski konkvistadorji proti Indijancem: ali spreobrnjenje v katolištvo, ali smrt.

Bartscheva nemškonacionalna religija ne more (noče? ne zna?) razumeti, da Slovenci niso nekakšni zaostali zamorci; da si »nočejo odrezati jajce«, zatreti svoje in privzeti tuje identitete.

In končno: Bartscheva knjiga me je opozorila, da je bilo slovenstvo (kar koli že to je ali ni; kakor koli že je ta izraz napihnen, nabuhel ali pocukran) v tistem času zagotovo vera (v svojo nacionalno identiteto).

Religija, ali celo prozelitska religija, pa nikakor ne.

In upam, da nikoli ne bo!

Marjan Kordas

E-naslov: marjan.kordas@mf.uni-lj.si

7. ob 19.00 • GASTRO JOURNAL CLUB: NAKLJUČNE OKROGLE LEZIJE V JETRIH – DIAGNOSTIKA, KDAJ IN PRI KOM, KAKO?

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

8. od 17.30 do 19.30 (8 tedenskih srečanj po 2 uri) • DELAVNICA: »MINDFULNESS – UJEMI SVOJ TRENUTEK« POSEBEJ ZA ZDRAVSTVENE DELAVCE

kraj: LJUBLJANA, Ordinalcija jazindia-betes, Židovska ulica 1 **št. udeležencev:** 10 **kotizacija:** 250 EUR, za udeležence DiaMind: 200 EUR **k. točke:** ***

vsebina: Mindfulness/čuječnost je veščina, ki z zavedanjem in sprejemanjem trenutka omogoča uspešno soočanje s stresom. Delavnica je namenjena zdravnikom, izobraževalcem, medicinskim sestram, psihologom, psihoterapevtom, dietetikom, farmacevtom **organizator:** Karin Kanc, jazindiabetes, specialistična zdravstvena dejavnost, dr. Karin Kanc **prijave, informacije:** E: karin.kanc@he.si

9. ob 19.00 • INTERNA JOURNAL CLUB: DESET NAJPOMEMBNEJŠIH STVARI, ZA KATERE SI TOKSIKOLOG 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

9.–11. • SODOBNA KARDIOLOGIJA – REDNO LETNO STROKOVNO SREČANJE ZDRUŽENJA KARDIOLOGOV SLOVENIJE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: PORTOROŽ, kongresni center Hotela Slovenija, LifeClass Hotels & Spa, Obala 33 **št. udeležencev:** 200 **kotizacija:** (1) zdravniki specialisti – člani Združenja kardiologov Slovenije (s plačano članarino) 100 EUR + DDV, ostali 150 EUR + DDV, (2) specializanti do 35 let, medicinske sestre in zdravstveni tehniki – člani Združenja kardiologov Slovenije (s plačano članarino) 50 EUR + DDV, ostali 100 EUR + DDV, za upokoje- ne člane Združenja kardiologov Slovenije in študente kotizacije ni **k. točke:** ***

vsebina: redno letno strokovno srečanje Združenja kardiologov Slovenije z mednarodno udeležbo je namenjeno specialistom in specializantom kardiologije in vaskularne medicine, interne medicine, splošne/družinske medicine ter vsem ostalim zdravnikom in študentom medicine, pa tudi medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom **organizator:** Združenje kardiologov Slovenije **prijave, informacije:** Združenje kardiologov Slovenije, T: 01 43 42 100, E: sasa.radelj@sicardio.org, W: www.sicardio.org

10. ob 8.00 • TRANSVAGINALNA LAPAROSKOPIJA – UČNA DELAVNICA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MARIBOR, UKC, Anatomski inštitut **št. udeležencev:** 40 za teoretični del, 20 za praktični del **kotizacija:** 150 EUR z vključenim DDV (predavanja, delavnica, kosilo, odmori), 70 EUR z vključenim DDV (predavanja, kosilo, odmori) **k. točke:** 10

vsebina: učna delavnica z mednarodno udeležbo je namenjena ginekologom – specialistom in specializantom **organizator:** UKC Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, Oddelek za reproduktivno medicino, prof. dr. Milan Reljič, dr. med. **prijave, informacije:** prijave: W: www.ukc-mb.si (strokovna srečanja), informacije: Slavica Keršič, E: slavica.kersic@ukc-mb.si, Rebeka Gerlič, E: rebeka.gerlic@uk-mb.si, T: +386 2 321 29 40, T: +386 2 321 28 26

10. ob 8.30 • URINSKA INKONTINENCA

kraj: LJUBLJANA, lokacija še ni določena **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** kotizacije ni **k. točke:** ***

vsebina: simpozij je namenjen ginekologom, zdravnikom družinske medicine **organizator:** Združenje za ambulantno ginekologijo SZD, Lucija Vrabič Dežman, Marija Ilijaš Koželj **prijave, informacije:** prijave: E: hodomed@gmail.com, informacije: ginekološka ambulanta Vrhnika, Marija Ilijaš Koželj, T: 01 750 45 39, E: hodomed@gmail.com

10. ob 14.30 • STROKOVNO SREČANJE SLOVENSKEGA DRUŠTVA ZA SKUPINSKO ANALIZO

kraj: LJUBLJANA, Psihiatrični dispanzer, Njegoševa 4 **št. udeležencev:** 30 **kotizacija:** ni podatka **k. točke:** ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno vsem zdravnikom **organizator:** Slovensko društvo za skupinsko analizo, Vladka Stamos, dr. med., spec. psih. **prijave, informacije:** Vladka Stamos, T: 040 893 673, 041 305 905, E: stamosv@siol.net

10. ob 9.00 • CELOSTNA OBRAVNAVA KRONIČNO BOLNEGA OTROKA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: RAKITNA **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** kotizacije ni **k. točke:** v postopku
vsebina: seminar je namenjen vsem zdravnikom **organizator:** Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna v sodelovanju s Pediatrično kliniko v Ljubljani in Psihiatrično kliniko v Ljubljani, Đorđina Nakićenović, dr. med., spec. psih., strokovna vodja zavoda **prijave, informacije:** prijave: E: info@mkz-rakitna.si, informacije: Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna, Rakitna 96, 1352 Preserje, Suzana Klopčič, T: 01 365 98 00, F: 01 365 98 01, E: info@mkz-rakitna.si

10. ob 9.00 • ŠOLA OTROŠKE NEVROLOGIJE – EPILEPSIJA PRI OTROKU podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, velika predavalnica Pediatrične klinike **št. udeležencev:** 80 **kotizacija:** 120 EUR, člani sekcije za otroško nevrologijo imajo 50 % popust pri plačilu kotizacije, za specializante kotizacije ni **k. točke:** ***
vsebina: učna delavnica je namenjena pediatrom, družinskim zdravnikom, otroškim nevrologom, nevrologom, specializantom pediatrije in otroške nevrologije **organizator:** Sekcija za otroško nevrologijo pri SZD in KO za otroško, mladostniško in razvojno nevrologijo, Pediatrična klinika Ljubljana, asist. Nata-lija Kranjc, dr. med., predsednica sekcije **prijave, informacije:** prijave: E: suzana.zmuc@klj.si, Pediatrična klinika, Bohoričeva 20, 1525 Ljubljana, informacije: asist. dr. Barbara Gnidovec Stražičar, dr. med., asist. dr. Mirjana Perković Benedik, dr. med., Suzana Žmuc, T: 01 522 93 02, F: 01 522 40 70, E: suzana.zmuc@klj.si

10.–11. ob 16.00 • 24. SPOMLADANSKI ZBOR ZASEBNIH ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV SLOVENIJE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: OTOČEC, Šport hotel, konferenčna dvorana OPTIMUS **št. udeležencev:** do 220 **kotizacija:** kotizacije ni **k. točke:** ***
vsebina: srečanje je namenjeno zasebnim zdravnikom in zasebnim zobozdravnikom **organizator:** Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije in Zdravniška zbornica Slovenije, predsednik Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije Primož Rus, dr. med. **prijave, informacije:** prijavi ni potrebno pošiljati, rezervacijo za nočitev in/ali večerjo pošljite neposredno na kraj dogodka, informacije: pisarna Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana, T: 01 433 85 35, in Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska cesta 162, 1000 Ljubljana, T: 01 307 21 23

10.–11. • ENDODONTIJA MLEČNIH IN MLADIH STALNIH ZOB podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta **št. udeležencev:** ni podatka **kotizacija:** za udeležbo 10. in 11. maja 2013: 200 EUR, za udeležbo samo 11. maja 2013: 180 EUR, za študente kotizacije ni **k. točke:** delavnica 3, seminar 5
vsebina: seminar in učna delavnica sta namenjena zobozdravnikom **organizator:** Katedra za otroško in preventivno zobozdravstvo Medicinske fakultete, Univerze v Ljubljani, doc. dr. A. Pavlič **prijave, informacije:** prijave: Katedra za otroško in preventivno zobozdravstvo, Medicinska fakulteta, Hrvatski trg 6, 1000 Ljubljana, Sonja Leben, prijavnica na W: <http://www.mf.uni-lj.si/kopz/strokovno-delo>, za udeležbo na praktični delavnici v petek, 10. maja 2013, sprejemamo prijave do zapolnjenega števila 20 udeležencev, informacije: Sonja Leben, T: 01 522 43 71, E: sonja.leben@mf.uni-lj.si

10.–11. ob 8.00 • 8. UČNA DELAVNICA CYRIAXOVE ORTOPEDSKE MEDICINE: INFILTRACIJSKE TEHNIKE - ZGORNJI UD podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MARIBOR, UKC Maribor, velika predavalnica (Telovadnica IFRM) **št. udeležencev:** 25 **kotizacija:** 200 EUR (specialisti), 150 EUR (specializanti) **k. točke:** ***
vsebina: učna delavnica je namenjena predvsem specialistom in specializantom fizikalne in rehabilitacijske medicine, ortopedije in družinske medicine ter drugim zdravnikom, ki zdravijo bolnike z boleznimi in poškodbami gibalnega sistema **organizator:** Inštitut za fizikalno in rehabilitacijsko medicino Univerzitetnega kliničnega centra Maribor in Slovensko zdravniško društvo – Zdravniško združenje Maribor, doc. dr. Breda Jesenšek Papež, dr. med., spec. fizikalne in rehabilitacijske medicine **prijave, informacije:** prijave: Dragan Lonžarič, Inštitut za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, UKC Maribor, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor, informacije: Dragan Lonžarič, Breda Jesenšek Papež, T: 02 321 16 76 (15 53), E: draglonzari@gmail.com

10.–11. ob 16.00 • 2. ŠOLA IZ ENDOKRINOLOGIJE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: PORTOROŽ **št. udeležencev:** 60 **kotizacija:** kotizacije ni **k. točke:** ***
vsebina: podiplomski seminar je namenjen vsem zdravnikom **organizator:** Slovensko osteološko društvo, doc. dr. Tomaž Kocjan, dr. med. **prijave, informacije:** prijave: E: endosola@gmail.com

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

kraj: MARIBOR, Hoče, poslovna hiša Strdin **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

10.–12. • 6. SLOVENSKI KONGRES ANESTEZIOLOGOV podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Hotel Plaza, Bratislavska 8 **št. udeležencev:** 200 **kotizacija:** 15. 2. 2013: 300 EUR specialisti, 150 EUR specializanti, 100 EUR dnevna, do 15. 4. 2013: 350 EUR specialisti, 200 EUR specializanti, 120 EUR dnevna, 10.–12. 5. 2013: 400 EUR specialisti, 250 EUR specializanti, 150 EUR dnevna, kotizacije ni za sekundarije, študente in upokojene zdravnike **k. točke:** 20
vsebina: mednarodno strokovno srečanje je namenjeno anesteziologom, intenzivistom, ginekologom, kirurgom **organizator:** SZD – Slovensko združenje za anesteziologijo in intenzivno medicino, prof. dr. Vesna Novak Jankovič, dr. med. **prijave, informacije:** prijave: prijavnica je na www.szaim.org, informacije: E: szaim@mf.uni-lj.si

11. ob 9.00 • SLIKOVNA DIAGNOSTIKA PLJUČNIH BOLEZNI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta **št. udeležencev:** 100 **kotizacija:** kotizacije ni **k. točke:** 5
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno pulmologom, internistom, radiologom, družinskim zdravnikom **organizator:** Združenje pnevmologov Slovenije, prim. Nadja Triller, dr. med. **prijave, informacije:** prijave: spletna prijavnica: <http://www.zps-slo.si/srecanja/slikovna-diagnostika-pljucnih-bolezni/prijava/>, informacije: E: irena.dolhar@klinik-golnik.si, T: 04 256 94 93

15.–18. • 9. MEDNARODNI KONGRES CEREBRALNE PARALIZE

kraj: BLEED, Festivalna dvorana **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** na spletni strani **k. točke:** ***
vsebina: cerebralna paraliza **organizator:** Akademija za razvojno medicino **prijave, informacije:** Milivoj Veličkovič Perat, E: mvelic4@guest.arnes.si

16. ob 12.00 • 60 LET ODDELKA ZA UROLOGIJO UKC MARIBOR: »OBRAVNAVA BOLNIKOV S SIMPTOMI SPODNJIH SEČIL«

kraj: MARIBOR, UKC, Ljubljanska ulica 5, 16. nadstropje kirurške stolpnice – predavalnica prim. dr. Zmaga Slokana **št. udeležencev:** do 120 **kotizacija:** kotizacije ni **k. točke:** v postopku
vsebina: simpozij je namenjen zdravnikom družinske medicine, urologom in ostalim zdravnikom **organizator:** UKC Maribor, Oddelek za urologijo, Društvo za boleznih sečil, mag. Dejan Bratuš, 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

16.–18. ob 9.00 • ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT (ATLS) PROVIDER COURSE

kraj: SEŽANA, ICZR, Bazoviška cesta 13 (nekdanja vojašnica Sežana) **št. udeležencev:** 16 **kotizacija:** 600 EUR + 20 % DDV **k. točke:** ***
vsebina: tečaj je namenjen vsem zdravnikom, ki zdravijo poškodovance **organizator:** Zdravniško društvo ATLS Slovenija in Društvo travmatologov Slovenije, asist. Roman Košir, dr. med. **prijave, informacije:** prijave: W: <http://atls.si/>, E: prijave@atls.si, informacije: asist. Roman Košir, dr. med., T: 031 541 202

16.–18. ob 17.00 • 14. NOVAKOVI DNEVI: PREZGODNJI POROD IN SLOVENSKI PERINATALNI REZULTATI in XXI. REDNI LETNI SESTANEK ZPM podroben program na spletni strani zbornice

kraj: IZOLA, Srednja gostinska turistična šola, SGTŠ **št. udeležencev:** ni podatka **kotizacija:** (z vključenim DDV) 260 EUR za specialiste in 130 EUR za specializante in babice. Delavnica 50 EUR. Po končanem srečanju bo račun poslan po pošti. **k. točke:** v postopku
vsebina: strokovno srečanje in redni letni sestaneke ZPM **organizator:** Združenje za perinatalno medicino Slovenije, SZD, Klinični oddelek za perinatologijo Ginekološke klinike v Ljubljani, UKC Ljubljana, Splošna bolnišnica Izola, Oddelek za ginekologijo in porodništvo **prijave:** Martina Pečlin, Ginekološka klinika, Enota za raziskovanje, izobraževanje in informatiko s knjižnico, Šlajmerjeva 3, Ljubljana, F: 01 439 75 90 ali E: martina.peclin@mf.uni-lj.si. Predhodna prijava je obvezna.

16., 17. in 21. ob 16.00 • TEČAJ MEDICINSKE HIPNOZE: ANKSIOZNOST IN FOBIE

kraj: KRANJ, Obrtno-podjetniški center, Cesta Staneta Žagarja 37	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	

17.–18. ob 14.00 • BOLEZNI ŠČITNICE, PODIPLomsKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LOGARSKA DOLINA, Hotel Plesnik	št. udeležencev: 30	kotizacija: 100 EUR	k. točke: 7,5
vsebina: podiplomska šola je namenjena vsem zdravnikom	organizator: Slovensko združenje za nuklearno medicino, prof. dr. Sergej Hojker, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: simona.gaberscek@gmail.com , informacije: doc. dr. Simona Gaberšček, dr. med., E: simona.gaberscek@gmail.com	

18. ob 9.00 • SEMINAR ZA ZASEBNE ZDRAVNIKE IN ZOBOZDRAVNIKE podroben program na spletni strani W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 100	kotizacija: 150 EUR (DDV je vključen), na TRR pri Unicredit banki Slovenije, d.d., št.: SI56 2900 0005 0400 669, sklic: 18052013	k. točke: v postopku
vsebina: Seminar je namenjen tako zdravnikom, ki že imajo zasebno dejavnost, kot tistim, ki se nanjo šele pripravljajo. Predstavljene bodo aktualne teme s področja zasebnega delovanja zdravnikov, pravni predpisi, postopki za podeljevanje koncesij, pravila zavarovalnice, načini obračunavanja storitev, vse o nadzorih in zdravnikovi odgovornosti ter o financiranju zdravstvenih storitev.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Helena Mole, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 307 21 91	

18. 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 (vključuje DDV), na TRR pri Unicredit banki Slovenije, d.d., št.: SI56 2900 0005 0400 669, sklic: 09032013	k. točke: 8
vsebina: Tečaj je namenjen doktorjem dentalne medicine in njihovim timom. Namen tečaja je, da osveži in obogati znanje in veščine s področja temeljnih postopkov oživiljanja in defibrilacije ter prepoznavanja in pravilnega 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	

21. ob 9.00 • POGOSTA VPRAŠANJA V PALIATIVNI OSKRBI – ALI IMAMO TUDI ODGOVORE

kraj: LJUBLJANA, Onkološki inštitut, predavalnica	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 80 EUR, kotizacije ni za upokojene zdravnike, študente, sekundarije in specializante	k. točke: ***
vsebina: podiplomski posvet je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Slovensko združenje paliativne medicine, mag. Mateja Lopuh	prijave, informacije: prijave: E: szpmslovenija@gmail.com , informacije: Mateja Lopuh, Maja Ebert Moltara, T: 031 886 344, E: szpmslovenija@gmail.com	

21. ob 15.00 • UROLOGIJA V VSAKODNEVNI PRAKSI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: NOVO MESTO, Zdravstveni dom	št. udeležencev: 25	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: učna delavnica za zdravnike družinske medicine in specializante družinske medicine	organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, doc. dr. Marija Petek Šter, dr. med.	prijave, informacije: Nina Štojs, Poljanski nasip 58, 1104 Ljubljana, E: nina.stojs@gmail.com , T: 01 438 69 14, F: 01 438 69 10	

22. ob 17.00 • RAZVOJ SEKSOLOGIJE KOT RAZISKOVANJE IN POKLIC ZDRAVLJENJA V POVOJNEM SVETU (GROWTH OF SEXOLOGY AS A RESEARCH AND TREATMENT PROFESSION IN THE POSTWAR WORLD) podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Psihiatrična klinika Ljubljana, CKP - EIPT predavalnica, II. nad., Studenc 48	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 50 EUR	k. točke: ***
vsebina: izobraževalni dogodek je namenjen zdravnikom, psihologom ...	organizator: Psihiatrična klinika Ljubljana, prof. dr. Irena Rahne Otorepec	prijave, informacije: prijave: E: silva.potrato@psih-klinika.si , informacije: Silva Potrato, T: 01 587 21 00, E: silva.potrato@psih-klinika.si	

23.–25. ob 13.00 • OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Lek	št. udeležencev: 20	kotizacija: 250 EUR	k. točke: 20
vsebina: delavnica je namenjena zdravnikom splošne/družinske medicine, specializantom interne medicine	organizator: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, prof. Mitja Košnik, dr. med., prof. dr. Stanislav Šuško, dr. med.	prijave, informacije: prijave: spletna prijavnica www.klinika-golnik.si , informacije: E: Irena.dolhar@klinika-golnik.si , T: 04 256 94 93	

24.–25. ob 8.00 • 9. BEDJANIČEV SIMPOZIJ: OBRAVNAVA BOLNIKA Z VROČINO

kraj: MARIBOR, Hotel Piramida	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 150 EUR + DDV, kotizacije ni za upokojene zdravnike, študente, sekundarije, specializante	k. točke: 13
vsebina: strokovno srečanje z učnimi delavnicami je namenjeno infektologom in vsem ostalim zdravnikom	organizator: UKC Maribor, Oddelek za nalezljive bolezni in vročinska stanja v sodelovanju z Zdravniškim društvom Maribor, mag. Božena Kotnik Kevorkijan, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.ukc-mb.si (strokovna srečanja), informacije: UKC Maribor, Oddelek za nalezljive bolezni in vročinska stanja, Ljubljanska ul. 5, 2000 Maribor, mag. Božena Kotnik Kevorkijan, dr. med., Majda Petek, T: 02 321 26 71, 02 321 26 57, F: 02 321 23 92, E: majda.petek@ukc-mb.si	

24.–26. ob 9.00 • 3. SKUPNI KONGRES ZDRUŽENJA ZA RABO UZ V MEDICINI SZD IN HRVATSKEGA DRUŠTVA ZA UZ V MEDICINI HLZ

kraj: MARIBOR, UKC Maribor, Kongresni center Habakuk	št. udeležencev: 100–150	kotizacija: 200 EUR, člani ZRUM SZD 150 EUR, za vabljen predavatelje in študente MF UM kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Predavanja, delavnice, okrogla miza, predkongresni tečaj, tehnična razstava, razstava strokovnih posterjev, prireditev ob 45. obletnici rabe UZ v medicini v Sloveniji. Tečaj je namenjen zdravnikom različnih specialnosti, ki pri svojem delu uporabljajo UZ, študentom MF, ki so se že srečali z UZ, medicinskim sestram ter tehnikom iz enot urgentne in intenzivne medicine	organizator: ZRUM SZD, HDUMB HLZ, Radiološko društvo dr. Mile Kovač, Radiološki oddelek UKC Maribor, Winfocus Slovenia, MF UM, Saša Rainer, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.ultrazvocno-zdruzenje.si , informacije: Mateja Majhen, Petra Planinc, dr. med., T: 02 321 22 55	

25. ob 9.30 • XII. RTIŠKO STROKOVNO SREČANJE PEDIATROV IN ŠOLSkih ZDRAVNIKOV: URGENTNA STANJA V OTROŠKI ALERGOLOGIJI IN PULMOLOGIJI

kraj: DEBELI RTIČ, Mladinsko zdravilišče, konferenčna dvorana	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno srečanje za pediatre, šolske zdravnike in ostale zdravnike v osnovnem zdravstvu	organizator: Mladinsko zdravilišče in letovišče Debeli rtič v sodelovanju s Sekcijo za šolsko in visokošolsko medicino pri SZD	prijave, informacije: prijave: recepcija Mladinskega zdravilišča Debeli rtič, Jadranska 73, 6280 Ankaran, T: 05 909 70 00, F: 05 669 22 23, E: recepcija.mzl@mzl-rks.si , informacije: Breda Prunk, dr. med., T: 05 909 70 17, E: breda.franetic-prunk@mzl-rks.si	

30. 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: 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: 5,5
vsebina: seminar je namenjen zdravnikom in zobozdravnikom, ki želijo osvojiti večšine komuniciranja in razumevanja drugačnosti	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Metka Komar	prijave, informacije: prijave: W: http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja , informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si , T: 01 307 21 91	

30. ob 9.00 • MOŽNOSTI ZA GIBANJE PRI OSEBAH Z OKVARO HRBTENJAČE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, URI Soča, dvorana v 4. nadstropju	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 60 EUR, za specializante 30 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: seminar je namenjen zdravnikom specialistom in specializantom družinske medicine, fizikalne in rehabilitacijske medicine, ortopedije, travmatologije, nevrologije, imenovanim zdravnikom ZZS, medicinskim in sodnim izvedencem in drugim zdravstvenim delavcem ter ostalim strokovnjakom s tega področja	organizator: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije Soča, prim. mag. Rajmond Šavrin, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Vesna Grabljevec, URI Soča, tajništvo klinike, informacije: Vesna Grabljevec, T: 01 475 82 43, F: 01 437 20 70, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si	

MAJ 2013

30. 5.–2. 6. • ALERGIJA IN OBSTRUKTIVNE BOLEZNI PLJUČ – 3. EVROPSKA KONFERENCA O KLINIČNI PRAKSI

kraj: LJUBLJANA, Austria Trend Hotel, Dunajska 154	št. udeležencev: 300	kotizacija: 150 EUR	k. točke: ***
vsebina: simpozij je namenjen zdravniku pneumologom, internistom, družinskim in splošnim zdravnikom, specializantom	organizator: Publicis Care v sodelovanju z Alergološko sekcijo SZD, Univerzitetno kliniko za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Hrvaškim pneumološkim društvom, Mitja Košnik	prijave, informacije: E: marina.stefanac@spektar-holidays.hr , program: www.EUCCP.com	

31. • ŠOLA PREPOZNAVANJA MELANOMA IN DRUGIH KOŽNIH TUMORJEV podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Dermatovenerološka klinika, predavalnica	št. udeležencev: 35–40	kotizacija: 160 EUR (specialisti), 80 EUR (specializanti in študentje MF), številka ZSD SI 56020140089341717 – Šola o melanomu in kožnih tumorjih	k. točke: 6
vsebina: Šola je zasnovana kot interaktivna praktična delavnica s poudarkom na kliničnem prepoznavanju različnih kožnih tumorjev in diferencialni diagnostiki. Namenjena je družinskim zdravnikom, dermatologom, kirurgom plastičnikom, zdravnikom MDPŠ, specializantom.	organizator: Združenje slovenskih dermatovenerologov, Dermatovenerološka klinika UKCL	prijave, informacije: prijave: Verica Petrovič, Dermatovenerološka klinika, UKCL, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, T: 01 522 42 80 E: verica.petrovic@kclj.si	

31. 5.–1. 6. ob 14.00 • 26. ONKOLOŠKI VIKEND: IZZIVI V MULTIDISCIPLINARNI OBRAVNAVI BOLNIKOV Z RAKOM SEČNEGA MEHURJA, PROSTATE, LEDVIC IN MOD podroben program na spletni strani zbornice

kraj: PORTOROŽ, Kongresni center Bernardin	št. udeležencev: 180	kotizacija: 150 EUR (z DDV), kotizacije ni za predstavnike nevladnih organizacij (največ 3 iz posameznega društva)	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravstvenim delavcem in sodelavcem s področja onkologije, družinskim zdravnikom	organizator: Kancerološko združenje SZD in Onkološki inštitut Ljubljana, prof. dr. Janez Žgajnar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, informacije: Amela Duratović, T: 041 876 868, F: 01 58 79 400, E: aduratovic@onko-i.si	

31. 5.–1. 6. 2013 ob 8.00 • 39. SREČANJE TIMOV: KAKOVOSTNA OBRAVNAVA BOLNIKA V DRUŽINSKI MEDICINI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Zdravniška zbornica Slovenije, Dunajska 162	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: za zdravnike 160 EUR, za medicinske sestre in zdravstvene tehnike 110 EUR. Pri zgodnji prijavi do 3. 5. 2013 za tim zdravnik in medicinska sestra 200 EUR, za tim referenčne ambulante (zdravnik, SMS, DMS) 280 EUR, DDV ni vključen, brezplačna kotizacija je na voljo za omejeno število mest za upokojece, študente in sekundarije	k. točke: 17
vsebina: kongres za člane tima v osnovnem zdravstvu – srečanje je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram, zdravstvenim tehnikom in fizioterapevtom, ki sestavljajo strokovno skupino v osnovnem zdravstvu	organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine, Sekcija med. sester in zdr. tehnikov v spl. medicini, Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, Zavod za razvoj družinske medicine, asist. mag. Nena Kopčavar Guček, dr. med., prim. doc. dr. Davorina Petek, dr. med., Božena Istenič, dipl. m. s., asist. Aleksander Stepanovič, dr. med., asist. mag. Rajko Vajd, dr. med., Nada Prešeren, dr. med., asist. mag. Eva Cedilnik Gorup, dr. med.	prijave, informacije: prijave: preko spletne strani www.e-medicina.si , informacije: E: nina.stojs@gmail.com , T: 01 438 69 14, asist. mag. Nena Kopčavar Guček, dr. med., T: 01 200 45 00 in prim. doc. dr. Davorina Petek, dr. med., T: 01 436 82 17, F: 01 438 69 10	

JUNIJ 2013

3.–4. ob 9.00 • 22. MEDNARODNI SIMPOZIJ INTENZIVNE MEDICINE IN 19. SEMINAR INTENZIVNE MEDICINE ZA MEDICINSKE SESTRE IN ZDRAVSTVENE TEHNIKE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: BLEED, Hotel Golf, Cankarjeva cesta 4	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: glej program na spletni strani	k. točke: ***
vsebina: simpozij je namenjen zdravnikom in medicinskim sestram	organizator: Slovensko združenje za intenzivno medicino (SZIM), asist. dr. Primož Gradišek, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Tajništvo SZIM, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva ulica 2, 1525 Ljubljana, informacije: Simona Rojs, T: 01 522 42 20, 01 522 21 10, F: 01 522 24 56, E: simona.rojs@kclj.si	

3.–5. ob 8.00 • EVROPSKI TRAVMA TEČAJ – TIMSKI PRISTOP

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

5. ob 8.50 • PODDIPLOMSKO IZOBRAŽEVANJE IZ GASTROENTEROLOGIJE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska c. 162 **št. udeležencev:** 200 **kotizacija:** do 1. 5. 2013: 90 EUR, po 1. 5. 2013: 180 EUR, za specializante do 1. 5. 2013: 30 EUR **k. točke:** 7
vsebina: poddiplomsko izobraževanje je namenjeno specialistom in specializantom družinske medicine, splošnim internistom **organizator:** Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo, prof. dr. Borut Štabuc, dr. med. **prijave, informacije:** prijave: Truden&Truden poslovne storitve, d.o.o., Dunajska 106, Ljubljana, informacije: Samo Plut, Zvonka Truden, T: 01 563 41 50

6. 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:** 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:** 6

vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci delavnice bodo vadili osnove komunikacije: jasno izražanje in tehnike aktivnega poslušanja ter razumevanja sporočil. **organizator:** Zdravniška zbornica Slovenije, Metka Komar **prijave, informacije:** prijave: W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>, informacije: Mojca Vrečar, E: mic@zss-mcs.si, T: 01 307 21 91

6.–8. ob 9.00 • 5. KONGRES GINEKOLOGOV IN PORODNIČARJEV SLOVENIJE Z MEDNARODNO UDELEŽBO: NOVOSTI V GINEKOLOGIJI, PERINATOLOGIJI IN REPRODUKTIVNI MEDICINI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Cankarjev dom **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** bo sporočena naknadno **k. točke:** 20
vsebina: kongres je namenjen specialistom in specializantom ginekologije in porodništva **organizator:** Strokovni svet za ginekologijo in porodništvo SZD, prof. dr. Helena Meden Vrtovec, dr. med., višja svetnica **prijave, informacije:** prijave: Martina Pečlin, E: martina.peclin@mf.uni-lj.si, informacije: Martina Pečlin, E: martina.peclin@mf.uni-lj.si, F: 01 439 75 90, T: 01 522 60 20

7. ob 8.00 • MALA ŠOLA NEVROLOGIJE: POČASEN IN TRESOČ BOLNIK PRI DRUŽINSKEM ZDRAVNIKU

kraj: LJUBLJANA, Nevrološka klinika, Klinični oddelek za bolezni živčevja, Zaloška cesta 2 **št. udeležencev:** 25 **kotizacija:** 150 EUR **k. točke:** ***

vsebina: strokovno izobraževanje za družinske in vse druge zdravnike, ki bi radi osvežili svoje znanje nevrologije, je namenjeno boljšemu prepoznavanju, zdravljenju in vodenju bolnikov v ambulanti družinskega zdravnika **organizator:** Klinični oddelek za bolezni živčevja UKC Ljubljana in Katedra za družinsko medicino MF v Ljubljani, doc. dr. Maja Trošt, dr. med. **prijave, informacije:** prijave: Anka Žekš, KO za bolezni živčevja, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, E: anka.zeks@kclj.si, informacije: Anka Žekš, T: 01 522 23 11, F: 01 522 30 37

7.–8. ob 10.00 • 38. SREČANJE STOMATOLOGOV SLOVENIJE »IZ PRAKSE ZA PRAKSO« podroben program na spletni strani zbornice

kraj: PORTOROŽ, Avditorij **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** 150 EUR + DDV **k. točke:** v postopku
vsebina: seminar je namenjen doktorjem dentalne medicine **organizator:** Stomatološka sekcija SZD, Gorazd Sajko, dr. dent. med. **prijave, informacije:** prijave: Stomatološka sekcija, Slovensko zdravniško društvo, Dunajska 162, 1000 Ljubljana, informacije: Stomatološka sekcija SZD, Katarina Jovanovič, T: 041 703 347, F: 01 434 25 84, E: stomatoloska-sekcija.szd@ordinacija.net

7.–8. • RAZDIRALNO VEDENJE OTROK IN MLADOSTNIKOV NA STIČIŠČU STROKOVNIH SLUŽB podroben program na spletni strani zbornice

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Lek **št. udeležencev:** ni omejeno **kotizacija:** 170 EUR (DDV je vključen) in zajema gradiva, potrdilo o udeležbi, prigrizke med odmori in družabno večerjo. Ob plačilu kotizacije štirim udeležencem seminarja iz iste ustanove je peta kotizacija brezplačna **k. točke:** ***

vsebina: seminar je namenjen najširšemu krogu strokovnjakov z različnih strokovnih področij, ki se srečujemo s populacijo otrok in mladostnikov z vedenjskimi težavami in motnjami (zdravstvo, šolstvo, vzgojni zavodi, sociala, pravosodje) **organizator:** Združenje za otroško in mladostniško psihiatrijo, Nataša Potočnik Dajčman **prijave, informacije:** prijave: Združenje za otroško in mladostniško psihiatrijo, Zaloška cesta 29, 1000 Ljubljana, Marija Anderluh, E: marija.anderluh@kclj.si, W: www.zomp.si, informacije: W: www.zomp.si, Marija Anderluh, E: marija.anderluh@kclj.si

7.–8. ob 14.00 • POKLICNA REHABILITACIJA

kraj: PTUJ, Terme Ptuj, Hotel Primus	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 130 EUR + DDV, kotizacije ni za upokojene zdravnike in študente	k. točke: ***
vsebina: strokovni posvet je namenjen vsem zdravnikom	organizator: SZD, Združenje za MDPŠ in Klinični inštitut MDPŠ, Bojan Pelhan	prijave, informacije: prijave: Alenka Škerjanc, E: alenka.skerjanc@gmail.com , informacije: Bojana Pelhan, T: 05 372 28 96, F: 05 372 28 96, E: bojan.pelhan@siol.net	

13. ob 9.00 • TTT – TRENIRANJE TRENERJEV – UČENJE UČITELJEV

kraj: LJUBLJANA (lokacija bo sporočena vsem, ki se bodo prijavili 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, farmacevtom, 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, Meta Kovačič, T: 01 522 60 73	

13.–15. ob 8.00 • 20. MEDNARODNI SIMPOZIJ O URGENTNI MEDICINI

kraj: PORTOROŽ, Kongresni center St. Bernardin	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: do 5. 6. 2013: zdravniki 290 EUR, zdravniki – člani SZUM 270 EUR, kasneje zdravniki 320 EUR, zdravniki – člani SZUM 300 EUR	k. točke: ***
vsebina: simpozij je namenjen zdravnikom vseh strok, zobozdravnikom, vsem zdravstvenim delavcem, ki se pri svojem delu srečujejo z urgentnimi primeri	organizator: Slovensko združenje za urgentno medicino – SZUM, asist. mag. Rajko Vajd, dr. med., asist. Marko Gričar, dr. med.	prijave, informacije: Slovensko združenje za urgentno medicino – SZUM, UKCL, Interna klinika, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, informacije o prijavah: Maja Strajnar, T: 041 425 115, ostale informacije: Irena Petrič, T: 01 522 53 37, F: 01 522 24 16, E: info@szum.si	

14.–15. ob 9.00 • XXXI. DERČEVI DNEVI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta, Korytkova ulica 2, velika predavalnica	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: plačilo na licu mesta je za oba dneva 260 EUR, in enodnevna 220 EUR	k. točke: ***
vsebina: podiplomsko izobraževanje iz pediatrije je namenjeno pediatrom, specialistom šolske medicine, splošnim in družinskim zdravnikom, tudi medicinskim sestram ter vsem drugim, ki delajo na področju otroškega in mladinskega zdravstva	organizator: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo	prijave, informacije: prijave: Pediatrična klinika (Mihaela Jurčec), Bohoričeva 20, Ljubljana, informacije: Mihaela Jurčec, T: 01 522 38 01, E: dercevi.dnevi@mf.uni-lj.si	

15. ob 9.00 • CEPLJENJE - PRENOS SPOZNANJ V PRAKSO

kraj: ROGAŠKA SLATINA, Hotel Sava	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: strokovni posvet je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Sekcija za preventivno medicino, SZD, prof. dr. Alenka Kraigher	prijave, informacije: prijave: E: sekcija.spm@gmail.com , informacije: Irena Jeraj, T: 01 244 14 10, F: 01 244 14 71, E: sekcija.spm@gmail.com	

16. ob 9.00 • 14. DRŽAVNO PRVENSTVO ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVIKOV V GOLFU

kraj: VOLČJI POTOK, Arboretum	št. udeležencev: ni omejeno – člani Golf sekcije zdravniškega športnega društva Medicus	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: državno prvenstvo zdravnikov in zobozdravnikov v golfu	organizator: Zdravniško športno društvo Medicus, Golf sekcija	prijave, informacije: recepcija golf igrišča	

19. ob 8.30 • 4. LIKARJEVI DNEVI: UVEDBA SMERNIC EUCAST ZA TESTIRANJE OBČUTLJIVOSTI ZA PROTIMIKROBNA ZDRAVILA V SLOVENIJI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta, velika predavalnica	št. udeležencev: 300	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: mednarodni posvet je namenjen zdravnikom infektologom, zdravnikom kliničnim mikrobiologom, vsem zdravnikom, mikrobiologom	organizator: Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe SZD in Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo MF UL, prof. dr. Miroslav Petrovec, predsednik sekcije	prijave, informacije: prijave: Darja Dolenc, E: darja.dolenc@mf.uni-lj.si (obvezna predhodna prijava na srečanje), informacije: asist. Mateja Pirš, T: 01 543 74 46, F: 01 543 74 18, E: mateja.pirs@mf.uni-lj.si	

6.–7. ob 9.00 • INOVACIJE IN NOVI NAČINI ZDRAVLJENJA SRČNEGA POPUŠČANJA

kraj: PORTOROŽ, Grand hotel Bernardin**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** *****vsebina:** mednarodni simpozij je namenjen vsem zdravnikom, študentom medicine, medicinskim sestram**organizator:** Program za napredovalo srčno popuščanje in transplantacije srca, KO za kardiologijo, UKC Ljubljana in Center for Advanced Heart Failure, Memorial Hermann Heart & Vascular Institute, Houston, prof. dr. Bojan Vrtovec, dr. med., in prof. Igor D. Gregorič, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: E: brms.slo@gmail.com, informacije: prof. dr. Bojan Vrtovec, dr. med., T: 01 522 28 44, F: 01 522 28 2820. • OSNOVE DERMATOLOGIJE ZA PEDIATRE, ŠOLSKE IN OSEBNE ZDRAVNIKE podroben program na spletni strani zbornice**kraj:** CERKLJE NA GORENJSKEM, Kongresni center Dvor Jezeršek, Zgornji Brnik 63**št. udeležencev:** ni podatka**kotizacija:** 150 EUR, TRR: ZSD SI56 0201 4008 9341 717**k. točke:** 6**vsebina:** strokovno srečanje je namenjeno pediatrom, šolskim in osebnim zdravnikom**organizator:** Združenje slovenskih dermatovenerologov, Dermatovenerološka klinika, UKC Ljubljana**prijave, informacije:** prijave: tajništvo Dermatovenerološke klinike, T: 01 522 42 80, E: verica.petrovic@kclj.si

26. • GOLNIŠKI SIMPOZIJ 2013: KLINIČNA FARMACIJA: Usklajevanje zdravljenja z zdravili

kraj: GOLNIK, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Vurnikova predavalnica**št. udeležencev:** 60, upošteva se vrstni red plačanih kotizacij**kotizacija:** 50 EUR + DDV**k. točke:** *****vsebina:** delavnica je namenjena farmacevtom, družinskim zdravnikom, zdravnikom pnevmologom, internistom, specializantom**organizator:** Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Janez Toni, mag. farm.**prijave, informacije:** prijave: spletna prijavnica: www.klinika-golnik.si, informacije: T: 04 256 94 93, E: Irena.dolhar@klinika-golnik.si

26.–28. ob 10.00 • GORIŠKI KIRURŠKI DNEVI

kraj: NOVA GORICA, Kongresni center Perla**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** 180 EUR, dnevna 100 EUR (DDV vključen)**k. točke:** *****vsebina:** podiplomsko strokovno srečanje je namenjeno kirurgom, travmatologom, ortopedom, fiziatrom**organizator:** Zdravniško društvo IATROS, prim. Franci Koglot**prijave, informacije:** prijave: E: melitamakuc@gmail.com, informacije: Splošna bolnišnica Šempeter, prim. Franci Koglot, T: 041 775 705, dr. Igor Dolenc, T: 040 759 768, E: melitamakuc@gmail.com, oddaja prispevkov za zbornik do 5. 9. 2013

27.–28. • 4. KONGRES ZDRUŽENJA INTERNISTOV in 25. STROKOVNI SESTANEK

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162**št. udeležencev:** 200**kotizacija:** 180 EUR**k. točke:** *****vsebina:** strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom internistom in zdravnikom družinske medicine**organizator:** Zveza društev Združenje internistov SZD, prim. mag. Primož Vidali, dr. med.**prijave, informacije:** prim. mag. Primož Vidali, dr. med., Šubljeva 33, 1234 Mengeš, T: 01 723 72 30, GSM: 031 369 711, F: 01 723 00 18, E: pvidali@siol.net

27.–28. • 10. SLOVENSKI PEDONTOLOŠKI DNEVI

kraj: LJUBLJANA**št. udeležencev:** sporočeno bo naknadno**kotizacija:** sporočana bo naknadno**k. točke:** *****vsebina:** strokovno srečanje z mednarodno udeležbo z glavno temo: Zobozdravstvena oskrba otrok in mladostnikov s kroničnimi boleznimi in zmanjšanimi zmožnostmi, je namenjeno zobozdravnikom, pediatrom in drugim zdravstvenim delavcem**organizator:** Sekcija pedontologov SZD v sodelovanju s Katedro za otroško in preventivno zobozdravstvo MF UL in Centrom za otroško in preventivno zobozdravstvo UKCL, dr. Rok Kosem, dr. dent. med.**prijave, informacije:** informacije: asist. Tanja Tomažević, dr. dent. med., T: 01 522 42 71, E: tanjatomazevic@gmail.com

27.–29. • CVAHTETIVI DNEVI in VI. KONGRES ŠOLSKE, ŠTUDENTSKE IN ADOLESCENTNE MEDICINE

kraj: DEBELI RTIČ**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** 200 EUR**k. točke:** *****vsebina:** strokovno srečanje, namenjeno šolskim zdravnikom, pediatrom, zdravnikom in zdravstvenemu osebju, ki dela s šolskimi otroki in študenti**organizator:** Sekcija za šolsko, študentsko in adolescentno medicino pri SZD in Medicinska fakulteta v Ljubljani**prijave, informacije:** informacije: asist. dr. Mojca Juričič, dr. med., Ksenija Goste, dr. med., E: mojca.jurcic@mf.uni-lj.si, program: W: www.sssam.si

29.–30. • GOLNIŠKI SIMPOZIJ 2013: MEDNARODNA ŠOLA BRONHOSKOPIJE

kraj: GOLNIK, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, velika posvetovalnica

vsebina: delavnica je namenjena zdravnikom pnevmologom, v pnevmologijo usmerjenim internistom, specialistom (jezik: angleški)

št. udeležencev: 20, upošteva se vrstni red plačanih kotizacij

organizator: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, prim. Nadja Triller, dr. med.

kotizacija: 250 EUR + DDV (vključuje udeležbo na kongresu Golniški simpozij 2013, 18. in 19. oktobra 2013)

k. točke: ***

prijave, informacije: prijave: spletna prijavnica: www.klinika-golnik.si, informacije: T: 04 256 94 93, E: Irena.dolhar@klinika-golnik.si

*** Zbornica nima podatka o številu kreditnih točk, ker organizator še ni podal ali sploh ne bo podal vloge za njihovo dodelitev.

Univerzitetni klinični center Maribor

V Univerzitetnem kliničnem centru Maribor želimo zaposliti

dva zdravnika specialista ginekologije in porodništva (m/ž)

za potrebe Oddelka za perinatologijo Klinike za ginekologijo in perinatologijo.

Naziv delovnega mesta je zdravnik specialist V/VI PPD3, šifra delovnega mesta je E018016.

Kandidati morajo imeti opravljen specialistični izpit iz ginekologije in porodništva. Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s trimesečnim poskusnim delom.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v 8 dneh po objavi na naslov: Univerzitetni klinični center Maribor, Kadrovski oddelek, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor.

Odličnost je del nas!

Smo eden večjih ponudnikov zdraviliškega, wellness in hotelskega turizma v Sloveniji. Cenimo znanje, iznajdljivost in samoiniciativnost. Omogočamo optimalne pogoje za delo in osebno rast. Kakovost je vodilo, tradicija in zaupanje sta naš podpis.

Iščemo prijazne, strpne, komunikativne sodelavke in sodelavce, ki radi delajo z ljudmi in v timu ter so se pripravljene stalno strokovno izpopolnjevati.

V **Termah Krka, PE Šmarješke Toplice** zaposlimo

zdravnika specialista kardiologa oz. zdravnika specialista interne medicine (m/ž)

Pogoji

- končana specializacija iz kardiologije oz. interne medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje enega tujega jezika.

Zaželene so delovne izkušnje.

Delovno mesto je v Šmarjeških Toplicah.

V urejenem in dinamičnem delovnem okolju boste lahko uresničili svoje poklicne ambicije in razvili svoje sposobnosti. Vaši dosežki bodo prepoznani, vaše delo pa ustrezno nagrajeno.

Svojo ponudbo z dokazili pošljite v 15 dneh po objavi na naslov Krka, d. d., Novo mesto, Kadrovska služba, Šmarješka cesta 6, 8501 Novo mesto. Za dodatne informacije pokličite na T: 07 331 25 66 ali pišite na E: vanja.urbanec@krka.biz.

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

kommunikativne in dinamične sodelavce, ki želijo nadaljevati svojo poklicno kariero v Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije:

1. zdravnika/zdravnico na Direkciji in v senatu območne enote Maribor za:

- odločanje v pritožbenih postopkih za začasno nezmožnost za delo, zdraviliško zdravljenje in drugih pravicah,
- podajanje izvedenskih mnenj.

Poleg splošnih zahtev, določenih z zakonom, pričakujemo, da prijavljeni kandidati izpolnjujejo naslednje pogoje:

- doktor medicine, specialist medicine dela, prometa in športa ali druge specializacije,
- 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,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije.

2. zdravnika/zdravnico na Direkciji za:

- delo v področju za analitiko in razvoj, ki obsega:
 - razvoj zdravstvenega zavarovanja, predvsem modelov plačevanja,
 - analiziranje podatkov zdravstvene statistike,
 - izvajanje finančno-medicinskih nadzorov.

Poleg splošnih zahtev, določenih z zakonom, pričakujemo, da prijavljeni kandidati izpolnjujejo naslednje pogoje:

- doktor medicine, specialist ali doktor medicine, magister znanosti,
- poznavanje dela z osebnim računalnikom (urejanje besedil in preglednic) in e-pošte ter znanje svetovnega jezika.

3. zdravnika/zdravnico na Direkciji za:

- delo v oddelku za nadzor, ki obsega področja:
 - ambulantnih in bolnišničnih storitev,
 - izvajanja finančno-medicinskih nadzorov,
 - predlaganja ukrepov v primeru odstopanj,
 - odgovorov na vprašanja izvajalcev in priprave navodil,
 - predlaganja sprememb.

Poleg splošnih zahtev, določenih z zakonom, pričakujemo, da prijavljeni kandidati izpolnjujejo naslednje pogoje:

- doktor medicine, specialist ali doktor medicine, magister znanosti,
- poznavanje dela z osebnim računalnikom (urejanje besedil in preglednic) in e-pošte ter znanje svetovnega jezika.

4. zdravnike/zdravnice v območnih enotah Koper, Ljubljana, Maribor, Novo mesto, Ravne na Koroškem za:

- odločanje v postopkih za začasno nezmožnost za delo, zdraviliško zdravljenje in drugih pravicah,
- 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,
- 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,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije.

5. zobozdravnike/zobozdravnice v območni enoti Ljubljana za:

- izvajanje medicinskega nadzora opravljanja zobotehničnih storitev in predlaganje ukrepov.

Poleg splošnih zahtev, določenih z zakonom, pričakujemo, da prijavljeni kandidati izpolnjujejo naslednje pogoje:

- doktor dentalne medicine,
- 36 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),
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas, s polnim ali krajšim delovnim časom in trimesečnim poskusnim delom.

Za dodatne informacije se lahko obrnete na nas po telefonu: 01 30 77 410.

Vaše pisne prijave, s predstavitvijo dosejanega dela in navedbo enote, kamor se prijavljate, pošljite do 31. maja 2013 na E: 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.

Novim sodelavcem nudimo dinamično delo v urejenem okolju ter možnost strokovnega izpopolnjevanja in razvoja.

Kandidati bodo izbrani na podlagi izbirnega postopka, ki lahko vključuje tudi testiranje.

Kandidati bodo o izboru obveščeni v zakonsko določenem roku.

ODDAMO/ PRODAMO

V Mariboru, na Studencih, dam v najem ali prodam zobno ambulanto s kompletno opremo: dva zobozdravniška stola, Rtg z RVG, Laser Twilight (Fotona Er in Nd:Yag), strojno širjenje kanalov, elektronož Martin. Podrobnejše informacije dobite na T: 02 429 70 10 ali 041 524 092 ali E: marko.beri@siol.net.

ODDAMO/ PRODAMO

Ponudba: za najem ali prodajo ali skupna vlaganja v prenovljene poslovne prostore v Ljubljani, Parmova 53:

a) zaprt kompleks 18 prostorov z lastnim vhodom v 2. nadstropju v izmeri 543 m².

b) zaprt kompleks 9 prostorov z lastnim vhodom v 3. nadstropju v izmeri 288 m².

Na razpolago so tudi posamezni prostori. Možna je takojšnja vselitev, dodelava ali predelava prostorov glede na potrebe zdravstvene dejavnosti. V stavbi so že nekatere zdravstvene institucije.

Vsi prostori so centralno ogrevani, možna je dodatna klima. V vseh prostorih je instalirana računalniška mreža, v recepciji so poštni predali, obstoja 24-urna varnostna služba. Pred stavbo je 8 parkirnih prostorov z možnostjo najema dodatnih parkirnih prostorov. Pred stavbo je avtobusna postaja, v stavbi je tudi dnevna restavracija. V 2. nadstropju je dvorana za sestanke in predavanja. Hodniki v zaprtem kompleksu so primerni za namestitve tehnične opreme ali za čakalnice. V vsakem prostoru so vgrajene omare do stropa. Nekateri prostori so tudi delno opremljeni s premičnim pisarniškim pohištvo.

Pogoji: za primer najema 12 EUR na m² z vključenimi režijskimi stroški mesečno; za primer skupnih vlaganj finančna konstrukcija po dogovoru.

Kontakt: INTERACTA, d.o.o., T: in F: 01 429 18 09, GSM: 070 758 180

50. tradicionalno srečanje slovenskih in hrvaških upokojenih zdravnikov

Mojca Kos Golja

V petek, 21. septembra 2012, je potekalo tradicionalno in obenem jubilejno srečanje Sekcije upokojenih zdravnikov Slovenskega zdravniškega društva (SUZ-SZD) in upokojenih zdravnikov Hrvaškega zdravniškega zbora (UL-HLZ). Hrvaški kolegi so nas tokrat povabili v njihovo glavno mesto Zagreb. Srečanje članov sekcij slovenskih in hrvaških upokojenih zdravnikov je bilo zares jubilejno, saj je bilo že 50. po vrsti.

Kot že mnogokrat doslej, nam je bilo v petek, 21. septembra 2012, vreme spet naklonjeno. Že zjutraj, ko smo odhajali iz Ljubljane proti Zagrebu, se je obetal lep, zgodnjejesenski dan, kar se je kasneje tudi uresničilo. Tokrat so bili upokojeni zdravniki sosednje Hrvaške naši gostitelji, saj so bili na vrsti za organizacijo tradicionalnega srečanja. Nedvomno je bila izbira glavnega hrvaškega mesta za tako častitljivo obletnico srečanja zelo primerna.

Veselili smo se obiska Zagreba, ki ga mnogi med nami že vrsto let nismo obiskali, vendar smo ga imeli v lepem spominu. V prejšnji skupni državi Jugoslaviji smo kar pogosto potovali v Zagreb predvsem na strokovne sestanke, razna srečanja, kongrese, skoraj obvezno pa tudi v času znamenitega Zagrebškega velesejma. Kasneje, ko sta obe prejšnji bratski republiki postali

samosvojni državi, je bilo manj priložnosti za obisk glavnega mesta sosednje Hrvaške.

Že v Ljubljani se nam je na avtobusu pridružil slovenski kolega Robert Kralj, dr. dent. med., iz Celja, ki je študiral v Zagrebu in tam opravlja tudi specialistični staž. Seznanil nas je z glavnimi značilnostmi Zagreba ter z načrtom avtobusnega ogleda novega dela Zagreba, ki se je v zadnjih letih izredno spremenil.

Ob prihodu v Zagreb nas je predsednik UL-HLZ Drago Kremzic, dr. med., pričakal na zagrebški obvoznici pred postajo Sopot. Skupaj smo se nato odpeljali preko Mosta mladosti proti parku Maksimir. Na vhodu v restavracijo Maksimir so nas pričakali in pozdravili hrvaški kolegi in nam izrekli prvo dobrodošlico. Sledila je pogostitev z okusnim »gabelcem«. Restavracija leži na vhodu v park Maksimir, ki ima častitljivo zgodovino, vendar si ga zaradi pomanjkanja časa nismo uspeli ogledati. Njegovi začetki in odprtje segajo v leto 1794. Park so poimenovali po njegovem ustanovitelju škofu Maksimiljanu Vrhovcu (1752–1827). Razprostira se na 316 hektarih, na področju delno izkrčenega hrastovega gozda, kjer je dobro ohranjena flora in favna nižinskega gozda. Številne aleje so v sezoni obkrožene s cvetočimi travniki, livadami, z veliko cvetočega grmičevja in drugega cvetja.

Park je bogaten s petimi različno velikimi, deloma naravnimi, deloma umetnimi jezeri. Krasijo ga še številni skalnjaki, v njem je tudi več arboretumov. V parku so številne zgradbe različnih stilov, paviljoni in razne skulpture. Poleg omenjenega je od leta 1925 v parku tudi živalski vrt, ki spada po velikosti in raznolikosti živalskih vrst med srednje velike evropske živalske vrtove. Park je torej ena od mestnih naravnih znamenitosti, ki nudi Zagrebčanom in drugim obiskovalcem hrvaškega glavnega mesta različne vrste aktivnosti in prostor za ogled, sprehode, rekreacijo ali zgolj za posedanje in uživanje v lepem naravnem okolju.

S hrvaškimi kolegi smo se po okrepčilu v restavraciji Maksimir



Na poti v zagrebški park Maksimir (foto Božena Skalicky Kuhelj).

odpeljali preko Novega Zagreba do centra mesta. Na krožnem ogledu v Novem Zagrebu smo se ustavili ob športno-rekreativnem parku Bundeku in se na kratko sprehodili. Tudi ta park je imenitno urejen. Sledil je še ogled osrednjega dela Zagreba, ki je prav gotovo najlepši del mesta. Po mestnih ulicah in trgih smo se zapeljali s turističnim vlakcem, ob tem smo bili deležni razlage o pomenu posameznih znamenitih stavb, spomenikov, ulic in vodnjakov. Arheološka raziskovanja pričajo, da je življenje okoli današnjega Zagreba obstajalo že v kameni dobi, kasneje so se tod naseljevali Iliri, praprebivalci tega dela Evrope. Kelti so prišli s severa najverjetneje v 4. stoletju pr. n. št. Kasneje so Rimljani v bližini mesta zgradili velik urejen center, ki se je imenoval *Andautonija*. Današnji Zagreb je del starodavnega rimskega zgodovinskega jedra in je obstajal v srednjem veku na dveh gričih: na posvetnem *Gradcu* (današnji Gornji grad) in cerkvenem *Kaptolu*.

Prvi pisni viri o Zagrebu izhajajo iz leta 1094. Oba griča (*Gradec* in *Kaptol*), ki sta si v srednjem veku pogosto nasprotovala, je delil in povezoval potok Medveščak. Takratna nižina ob potoku je danes živahna zagrebška Tkalčičeva ulica, pod katero v globini še vedno teče potok proti reki Savi. Na prostoru med dvema naseljema se je oblikoval prostoren trg. To je današnji *Trg bana Jelačića*, srce mesta in glavno shajališče meščanov. Osrednje mesto na trgu zavzema kip bana Josipa Jelačića (1848–1859), na trgu je tudi vodnjak. Prav temu vodnjaku na Trgu bana Jelačića pripisujejo legendo o nastanku imena mesta: Nekega davnega, vročega dne je bil ban po vrnitvi iz bitke močno utrujen in žejen, zato je zaprosil deklico, ki ji je bilo ime *Manda*, naj mu »zagrabi« vodo iz izvira. Izvir se je od tedaj imenoval *Manduševac*, mesto pa *Zagreb*.

Mesto se je hitro razvijalo, v sredini 17. stoletja je postalo univerzitetno središče, z eno najstarejših univerz v Evropi z neprekinjenim delovanjem. Pospešeno so gradili plemiške palače in cerkve. Urbanistični načrt mesta je bil jasen, vse ulice v Donjem gradu so morale biti ravne in enako široke, zgradbe enakega tipa in predvidene višine. Današnje slike Zagreba ustvarjajo široki trgi in monumentalne zgradbe v stilu klasicizma in historicizma ter številni parki. Od Trga bana Jelačića, ki smo si ga ogledali iz turističnega vlakca, vodi Praška ulica do niza trgov – parkov, kar spominja na dunajski Ring (zagrebška različica). Parki so v obliki črke U, imenovani *Lenuzzijeva podkev*. Zgrajeni so bili okoli leta 1882 po zamislih zagrebškega urbanista *Milana Lenuzzija* in so obkroženi z različnimi pomembnimi zgradbami. Peljali smo se mimo Cvetnega trga, vzdolž znamenite Ilice, mimo glavnega kolodvora, Akademije znanosti in umetnosti, Univerzitetne knjižnice, Narodnega gledališča do hotela Palace, kjer so bile predvidene »ceremonije« ob jubilejnem srečanju in svečano kosilo.

Nekatere skupine so še pred ogledom centra Zagreba obiskale in si ogledale *Strossmayerjevo galerijo*, ki ima prostore v neorenesančni zgradbi Zagrebške akademije znanosti in umetnosti. Na koncu ogleda so predvajali tudi film o zgodovini galerije. Galerijo je leta 1884 osnoval džakovski škof *Josip Juraj Strossmayer* (1815–1905), ki je hrvaškemu narodu poklonil svojo zbirko umetnin, kasneje pa so jo še dopolnjevali. Osnovni fond muzeja tvori 4000 slik,

skic, kipov in raznih drugih predmetov, od gotike do moderne umetnosti. Najbolj zastopani so italijanski slikarski mojstri, kot so Sassetta, Bellini, Abertinelli, Beato Angelico in drugi (El Greco). Poleg tega so v zbirki tudi dela hrvaških umetnikov (A. Medu-lića, F. Benkovića, L. Dobričevića, V. Bukovca). V muzeju so še različne podarjene zbirke (zbirke Auer, Svečnjak, Šuletić ...). Stalna razstava v Strossmayerjevi galeriji je nameščena v devetih dvoranah in zajema 400 slik ter prikazuje evropsko slikarstvo od konca 14. do začetka 20. stoletja.

Po omenjenih ogledih smo se vsi zbrali v hotelu Palace. Tam so nam prav tako prikazali zanimiv film, ki je predstavil kratko zgodovino in zanimivosti Zagreba. Pred svečanim kosilom sta imela nagovore predsednik hrvaške in predsednica slovenske Sekcije upokojenih zdravnikov in si pri tem izmenjala spominska darila. Ob 50. jubilejnem druženju obeh sekcij je v imenu slovenske delegacije predsednica Božena Skalicky Kuhelj hrvaškim kolegom poklonila zelo lepo skulpturo dveh prepletenih stiliziranih oseb, ki simbolizirata prijateljstvo in druženje. Srečanja se je udeležil tudi predsednik Hrvaške zdravniške zbornice (Hrvatskog lekarskog zbora) prof. dr. Željko Metelko in pozdravil vse udeležence.

Sledilo je sijajno kosilo, primerno 50. jubilejnemu srečanju, kjer je bilo vse na zelo visoki ravni, od prekrasnega hotelskega okolja do postrežbe in izbire kulinarčnih specialitet, kar je še potrdilo znano tradicionalno odličnost hotela Palace. Zelo so se potrudili tudi s svečanimi jedilnimi listi, ki so bili napisani v obeh jezikih, na levi strani v hrvaškem in na desni v slovenskem jeziku. Srečanje je potekalo v zelo prijetnem vzdušju, prijateljskem medsebojnem druženju in klepetu ter ob uživanju izvrstne kulinarike.

Slovenski in hrvaški upokojeni zdravniki se torej srečujejo že približno 25 let, saj so bila doslej srečanja dvakrat na leto, izmenično v Sloveniji in na Hrvaškem. Od letošnjega leta bodo tradicionalna srečanja le enkrat na leto, za letos in naslednje leto sta srečanja že dogovorjeni. Letos bo srečanje na Hrvaškem (maja 2013 v Karlovcu) in nato v Sloveniji (maja 2014), pri nas mesto srečanja še ni določeno.

Tokrat je bilo v Zagrebu vseh udeležencev srečanja 95, od tega 35 iz Slovenije. Razumljivo jih je bilo skoraj enkrat več iz Hrvaške. Domov smo se vračali zadovoljni, polni lepih vtisov, ki smo se jih naužili med ogledom Zagreba in Strossmayerjeve galerije. Tudi tokrat je bilo druženje s hrvaškimi kolegi zelo prijetno in prijateljsko. Preživeli smo lep dan, saj so 50. jubilejno srečanje hrvaški kolegi izvrstno izpeljali in nas počastili ter gostili na res visoki ravni. Ob tem seveda ni zanemarljiva tudi vloga naše predsednice Božene Skalicky Kuhelj, ki imenitno obvlada dogovarjanje in organizacijo ter zelo dobro sodeluje s hrvaškimi kolegi.

Srečanja slovenskih in hrvaških upokojenih zdravnikov se bodo nadaljevala in čeprav se bo pogostnost srečanj nekoliko zmanjšala, se jih bomo slovenski upokojeni zdravniki še naprej veselili in se jih tudi udeleževali v čim večjem številu.

Od bolezni do donatorstva

Ob velikonočni prireditvi v UKC Ljubljana

Ksenija Slavec

Delovanje Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete (nadalje KUD) je zelo pestro in ob prireditvah neredko postreže s presenečenji. Ob velikonočni prireditvi je razstavljalva Mele galerije Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani (nadalje UKCL) Damijana Jelševar s seboj pripeljala družino, ki je povedala, kako je v njihovi, z rakom obremenjeni družini dozorela donacija »Manj svečk za manj grobov«, ki že nekaj let prinaša sredstva za boljšo opremljenost slovenskega zdravstva. V osrednji galeriji je zbrane navdušil slikar KUD-a Zdravko Dolinšek s svojimi dopadljivimi pejzaži in tihožitji, vse pa je v praznično vzdušje odelo muziciranje mlade zasedbe komorne glasbene skupine Pro Medico, v kateri so v glavnem nastopili študenti medicine.

Zdravniška glasbena komorna skupina Pro Medico, ki jo je pred desetletji ustanovil pediater in ljubiteljski pianist prof. Pavle Kornhauser, je leta 2012 dobila novega vodjo, mladega zdravnika in profesorja violine Andreja Gubenskega. Ta je pripeljal mlado zasedbo medicincev, ki obeta odlično muziciranje. Za še boljše delo pa imajo v svojem sestavu izkušenega profesorja violine in viole Vilima Demšarja. Nastopili so kot godalni kvartet v zasedbi 1. violina: Andrej Gubensek, 2. violina: Lucija Čemažar, viola: Vilim Demšar, violončelo pa je namesto medicincev Jana Štanglja tokrat igral dijak Konservatorija za glasbo in balet v Ljubljani Urh Mrak. Da bi bilo vzdušje čim bolj praznično, so si nastopajoči zamislili program s čembalom in solistični del s flavto. Godalnemu kvartetu sta se pridružila študenta medicine, čembalist Aljaž Golež in flavtistka Ana Jurca.

Andreja Gubenskega smo že večkrat predstavili, tudi Lucijo Čemažar, ki je študentka 5. letnika medicine in 3. letnika Akademije za glasbo, že dobro poznamo. Pozornost pa si zaslužita nova nastopajoča, čembalist Aljaž Golež in flavtistka Ana Jurca, oba študenta 3. letnika dentalne medicine. Aljaž je začel svojo pianistično glasbeno pot pri šestih letih v Glasbenem ateljeju Tartini pri mag. Tomislavu Franciškoviču, svojo klavirsko pot pa je nadaljeval na glasbeni šoli Franca Šturma. Zlati maturant je za darilo dobil elektronski čembalo, kar je bila prelomnica na njegovi glasbeni poti. Sedaj kot ljubitelj stare glasbe sodeluje na čembalu v KUD-u Stadion, ki ima vsakoletni koncert v Lovrečici. Ana se je začela učiti flavto s petimi leti pri prof. Mateju Zupanu. Šolanje je nadaljevala v Glasbeni šoli Domžale in Glasbeni šoli v Zavodu svetega Stanislava, kjer je obiskovala tudi Škofijsko klasično gimnazijo. V letošnjem šolskem letu zaključuje glasbeno izobraževanje na Konservatoriju za glasbo in balet. Koncertira v komornih in zborovskih zasedbah ter vodi otroški pevski zbor.

Mladi so igrali zelo dopadljiv in muzikalno ter glasbeno lepo izveden program: Allesandro Scarlatti: Quartetto v F-duru (stavki: maestoso, allegro, grave, allegro); Antonio Vivaldi: Koncert v D-duru (1. stavek: allegretto) s solistko flavtistko Ano Jurca; J. S. Bach: Koncert za 2 violini v d-molu (2. stavek: largo ma non tanto) s solistoma Andrejem Gubenskom in Lucijo Čemažar, ter na koncu z delom Johanna Pachelbela: Kanon v D-duru. Profesor violine Andrej Gubensek je pokazal svoje mojstrstvo in je godalni kvartet vodil z odločno igro,



Komorna skupina Pro Medico z vodjem zdravnikom in prof. violine Andrejem Gubenskom in solistko flavtistko in študentko dentalne medicine Ano Jurca. Igrajo še: 2. violina medicinka in študentka violine Lucija Čemažar, viola prof. Vilim Demšar, violončelist Urh Mrak in čembalist medicincev Aljaž Golež (foto Tea Šulek).



Razstavljaljavo Damijano Jelševar je predstavil njen sin Primož, ki je predstavil tudi projekt Manj sveč za manj grobov (foto Tea Šulek).

prepričljivo interpretacijo in muzikalnostjo, enako uspešno pa so mu sledili tudi vsi ostali.

V glasbeni nastop se je lepo podalo tudi vsebinsko bogato velikončno voščilo dolgoletnega župnika kapele v UKC Ljubljana, Mira Šlibarja, ki mu je KUD ob tej priložnosti poklonil njegov portret za dolgoletno vzorno sodelovanje s KUD-om na prireditvah za bolnike.

Mala galerija: Damijana Jelševar

Razstavljaljavo Male galerije Damijana Jelševar, učiteljica razrednega pouka iz Zagorja, je zbrane nagovorila s prepričljivo pripovedjo o doživljanju in premagovanju rakave bolezni. Pisala je celo dnevnik, iz katerega je njena prijateljica prebrala nekaj odlomkov. Ure nespčnosti so jo nagovarjale, da je začela šivati slike, ki so bile večinoma namenjene tistim, ki so ji ob boleznih stali ob strani. Bile so osebna zahvala, izraz njene neskončne hvaležnosti. Njena pripoved je pokazala, kako izjemno je bolezen povezala vse družinske člane in kako je bil za Damijano to tudi vir moči za premagovanje najtežjih dni in mesecev na poti k ozdravitvi. Koliko se lahko družine bolnikov naučimo iz njenega primera! Da bi le bilo več takih vzorov!

Damijana je o svojem zdravljenju s šivanjem povedala: »Mislila sem, da je rak bolezen, ki se dogaja samo drugim. Moja diagnoza je kruto zarezala vame in družino. Potrebno je bilo sprejeti nekaj težkih odločitev. Zaupala sem zdravnikom, saj so mi vedno odkrito predstavili vse možnosti zdravljenja. Vsako sem sprejela ob podpori najbližjih, po posvetu s strokovnjaki Onkološkega inštituta in

Kliničnega centra v Ljubljani. Vsak človek se sam odloči, kako bo sprejel bolezen in se z njo spopadal. Meni je pomagala misel na dobre ljudi. Zelo mi je tudi pomagala misel prof. dr. Uroša Ahčana: »Teden, ki je pred vami, bo hud, pa še nekaj naslednjih tudi, vendar se splašča zaradi tistega, kar sledi.« Borila sem se tudi s hudo nespečnostjo. Spala sem le par ur dnevno. Za krajšanje noči sem ure in ure šivala z mislijo na ljudi, ki so mi pomagali. Šivala sem na papir. Angleži pravijo tej tehniki *pickpoint*, Nemci pa *fadengrafik*, kar naj bi pomenilo risanje z nitjo. To je tehnika, pri kateri na papir z iglo najprej naluknjaš želeni motiv, nato pa s šivanko in različni mi oblikami šivov izdeláš sliko. Vzorce sem sprva iskala na medmrežju, kasneje pa sem se lotila povsem običajnih slik in lastnih vzorcev. Šivanje mi je bilo najboljša terapija. Ob novih vzorcih, motivih in barvah so minevale ure, soočanje z boleznijo je bilo lažje. Osrečevali so me srečni obrazi prejemnikov, saj so čutili, da je njihovo delo cenjeno bolj, kot si mogoče mislijo. Hvala vsem zdravnikom in medicinskemu osebju, da sem danes to, kar sem. Hvala mojim sestram, bratoma in sosedi Nadi, ker so vedno vedeli, kaj potrebujem. Hvala vsem prijateljem in sodelavcem, ki ste me podpirali, obiskovali in razumeli.« (damijana@je-gr.com).

Ker pa rakava bolezen ni le enkrat posegla po Damijanini družini, so po smrti njene sestre, ki je živela v Kanadi, domači po pogrebu začeli razmišljati. Videli so, kako je kanadsko pokopališče lepo urejeno, a na grob so svojci dajali le po eno svečko in en šopek cvetja. Vse ostalo gre v dobrodelne namene. Zakaj ne bi česa takega poskusili storiti tudi Jelševarjevi v Sloveniji? Ideja je bila porojena, sledila pa ji je obilica dela, da so v štirih letih prišli do vseslovenske akcije »Manj svečk za manj grobov«. Ob prazniku vseh svetih so začeli v domačem kraju nagovarjati obiskovalce grobov, da bi namesto za sveče in cvetje denar namenjali za pomoč bolnikom. Sprva je šlo težko, a postopoma so ljudje to sprejeli in akcija danes živi in se celo razvija! Damijanin sin Primož Jelševar, ki vodi akcijo, je o njej povedal:

»Tri leta smo doma zbirali pogum in nato v letu 2009 začeli na pokopališčih v Zagorski občini z akcijo »Manj svečk za manj grobov«. Prvo leto smo zbrana sredstva namenili Onkološkemu inštitutu za raziskave rakavih obolenj. Zbrali smo skoraj 3000 EUR. V letu 2010 smo z defibrilatorji opremili reševalna vozila zagorskega zdravstvenega doma, leta 2011 smo kupili EKG-aparat, defibrilator in 10 antidikubitusnih blazin za dom ostarelih na Izlakah. V letu 2012 pa smo nakupili posebne postelje in pripomočke otrokom s posebnimi potrebami na OŠ dr. Slavka Gruma v Zagorju. V štirih akcijah je bilo zbranih preko 27.000 EUR. Prostovoljne prispevke zbirajo mladi iz različnih društev, pred pokopališči 31. oktobra in 1. novembra. Za darovani prispevek lahko vzame vsak zastavice sočutja – kolikor jih želi, ne glede na prispevek. Ponosni smo na to, da je na naših pokopališčih vsako leto več teh zastavic. Mnogi prihajajo na pokopališče že brez sveč. Naša akcija ima vedno več podpornikov. Namen je preusmeriti sredstva. Namesto gore sveč in cvetja pomagati tistim, ki pomoč potrebujejo. V preteklem letu so nam sledili v Domžalah, v letošnjem letu pa naj bi se akcija razširila po vsej Sloveniji.«

Naj ljudje dobre volje namenijo svojo podporo pomoči potrebnim, kot je v UKCL zbrane nagovoril tudi častni pokrovitelj akcije Jelševarjevih, minister Franc Bogovič. In hvala Jelševarjevim za imeniten zgled!

Osrednja galerija – Zdravko Dolinšek

Četudi je razstava v Osrednji galeriji res velika in terja ogromno dela vsakega razstavljavca, je bil tokratni avtor, Zdravko Dolinšek, predstavljen v drugem delu programa. A njegova predstavitev je bila ob govorniškem daru in profesionalnem nastopu likovne kritičarke Anemarije Stibilj Šajn in osebnem pogovoru slikarja Jana Milkoviča z razstavljaljočim res popolna. Recenzentka je o njegovi razstavi povedala:

»Zdravko Dolinšek je prefinjen občutek za estetiko in skladnost, ki je neločljivo spremljal in zaznamoval njegovo poklicno delovanje zlatarja in oblikovalca nakita, prenesel tudi v svoj slikarski svet. V njem razkriva navdušenje nad vsem lepim, kar mu je dano v vizualno doživetje in pripada predvsem krajinskim in tihožitnim motivom, pa tudi figurálnim temam.

Kot ustvarjalec je odziven na vse novo in drugačno. Na ustvarjalnem popotovanju so vsa nova odkritja podrejena njegovim subjektivnim čutenjem in ustvarjalnim prizadevanjem, ki so se z leti raziskovanj, problemskih poglobljanj in iskanj lastnega likovnega izraza izkristalizirala v osebni stil likovnega nagovora.

Pogled, usmerjen k vedutnim ciljem, v naravo in urbano krajino, je na slikovni površini doživel avtorsko preobrazbo, v kateri impresivnost odločno preplavi optično zaznavnost. V likovno-formalnem smislu se ta prehod iz objektivno-zaznavnega v subjektivno-občuteno zgodi z oblikovnimi modifikacijami, reduciranji na bistveno in poenostavljanji, z osebnimi kolorističnimi uglaševanji, z vehementnimi, ekspresivno vzdrاملjenimi slikarskimi intervencijami in linijskimi poudarki.

V bogati paleti odsevajo danosti, vezane na konkreten prostor in čas. Vanjo pa so vmešane tudi tiste barvne vrednosti, katerih izvir je v slikarju samem, ki s tančico zamolklosti prekriva naravno živost nanosov in jim daje duhovni naboj. Vitalizem dogajanja izhaja tudi iz tople-hladnih soočanj barvnih nanosov. Uvajanje risbe v barvno dogajanje ima soroden pomen; vehementni grafizmi namreč zarišejo slikarjev temeljni stik z resničnostjo.

Tako nastaja zanimiv preplet premišljenega, nadzorovanega in onega, kar se poraja kot trenutni vzgib slikarjeve intime. V



Slikarja Zdravka Dolinška (levo) je biografsko predstavil Jano Milkovič (foto Tea Šulek).



Po dolgoletnem delu v bolnišniški župniji (od leta 1985 do 2011) se je bolniškemu župniku Miru Šlibarju KUD KC in MF zahvalil s portretom slikarja Henrika Krnca. Podelila mu ga je predsednica KUD-a prof. Zvonka Z. Slavec (foto Tea Šulek).

novjših delih pa je vsekakor zaznati, da so barvne fasete široke, žive, trepetave v strukturalni poudarjenosti, sproščene v svoji premišljenosti in le izjemoma utesnjene v jasno risarsko obrobo. Odprtost je karakteristika, ki jo zaznamo tudi v barvno nenasičenih, celo povsem zračnih predelih slikovnega polja.

Kljub pestremu dogajanju, izhajajočemu iz barvne obravnave motiva in risarske vzpostavitev armature likovne zgodbe same, so slikovne celote vedno uravnotežene. Odražajo premišljeno kompozicijsko gradnjo, segajočo od površine in prostorsko iluzijo, pa tudi avtorjevo zanimanje za široko panoramsko razprostrte poglede. S posameznimi deviacijami od naravne kompozicijske gradnje želi podkrepiti izraznost in s tem sporočilnost naslikanega. Gledalca vodi iz prvega plana v prostorsko iluzijo. V nekaterih dramsko stopnjevanih likovnih uprizoritvah so posamezni akterji dogajanja postavljeni v ospredje.

Nova likovna spoznanja, nova odmikanja od klasičnega, k realizmu zazrttega likovnega opisovanja, v sfere svobodnejših interpretiranj, prihajajo vse bolj do izraza.

Zdravko Dolinšek ima občutek. Zaradi njega mu uspeva opustiti tiste nadrobnosti, ki bi utrujale pogled, uspeva mu naravno koloristično pestrost in glasnost rahlo umiriti in utišati s svojim stanjem duha, prav tako tudi osvetliti, osončiti in popeljati v lahkotno prosojnost, pa intervenirati z drobnimi, premišljenimi kolažnimi aplikacijami ali s kančkom živahne barvne esence razburkati misel, ki se spokočno sprehaja po poti odkrivanja in vsrkavanja lepote sveta. Zna, ker čuti izbrani motiv, ker premore osebno izkristalizirane visoke estetske norme. In ker se zaveda svojega poslanstva, ki ni v reproduciranju, ampak v avtorskem sporočanju, s tem pa v umetniškem preseganju. (zdravkodolinsek@gmail.com).

ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

Po prireditvi so si zbrani z zanimanjem ogledali še predstavitveni film KUD-ovega slikarja iz Sežane Marjana Miklavca. Pod naslovom Kraška dediščina ga je umetniško in osebno s sogovorniki portretiral tankočutni režiser Jadran Strle. Predstavil ga je verodostojno in polnokrvno. Miklavc, ki je zaljubljen v kraško krajino, ji je s svojim akvarelnim slikarskim opusom, ohranjenim tudi v njegovi monografiji, ustvaril trajen spomin.

Ta jo bo ohranil v duhu časa, ki je spremenljiv, zato je slikar Miklavc tudi ohranjevalec korenin naše kulturne krajine in etnološke dediščine (marjan.miklavc@gmail.com).

Prireditev je vodila predsednica KUD-a prof. Zvonka Zupanič Slavec.

E-naslov: Ksenija.slavec@gmail.com

Resnica brez resnice (pesem za današnji čas)

Andrej Rant

Resnica brez resnice
laž ostaja,
ljubezen brez ljubezni
zlo poraja,
dobrota brez dobrote
hinavščino oplaja,
svoboda brez svobode
je svetloba brez luči,
morala brez morale
je gnus, ki do neba kriči!
Lepota brez lepote
ne obstaja,
napuh praznino
glave in duha izdaja.
In vsi so pametni
in dobri in pošteni,
moralni, skromni,
zaskrbljeni,
a vsak bi za stotak
zatajil pravice glas
in vest, svoj lastni jaz!

...

Vesoljna ljubezen

Rafael Podobnik

Ker na tem svetu
ga ni imela rada,
na drugem svetu
pričakal jo je v zasedi.
Srca imela ni pri sebi.
Gnilo je na Zemlji.
Polastil se njene je strasti.
Pod drevesom s sadeži
skupaj z nabreklo kačo
v terarij jo je zaklenil.

Bog

Andrej Rant

Pravijo, da ni Boga:
Bog je moja vest,
ki mi pove, kaj je prav
in kaj ni prav!
Bog so moja dobra dela;
z njimi služim Gospodu.
Bog je moje usmiljenje,
z njim udejanjam božjo milost.
Bog je moja skromnost,
z njo izničim napuh Hudiča.
Bog je moja pridnost,
z njo pomagam sebi in drugim.
Bog je moja ljubezen do drugih,
z njo jih osrečujem,
Bog je sreča v naših dušah;
Bog je v nas vseh,
ki ga sprejememo,
napolnjuje nas in vodi
k dobremu!

Darwinovi dvomi

Rafael Podobnik

Vsaka katastrofa Zemlje
pobrala je najbolj razvite.
Tema oči iztika.
Človek je asteroid,
ki bo Zemljo scvrl.
Fosili niso večni.
Darwin v grobu se obrača,
v izbor več ne verjame.
Vesolje vseprek pobija.

Češnja in oljka

Andrej Rant

Zavrgla si pomladni češnje cvet,
ki večno o ljubezni šepeta
in si izbrala suho oljčno smet,
ki pusta le jesen pozna...

Spomladi češnja cvetove spet požene,
ljubezni željnim ustom sadove porodi,
od mrtve, sive oljke – koristi ni nobene.
Oljčno drevo ne bo nikdar vzcvetelo,
kar bo rodilo, bo gnilo, grenko in uvelo!

E-naslov: andrej.rant@yahoo.com

Škof in komunist

Rafael Podobnik

Ker posredi niso novci,
ker posredi ni dobra služba,
ker posredi ni sla po oblasti,
rdeči škof Vekoslav Grmič,
čeprav ne morem verovati,
večno življenje mi je zagotovil.

Vse o fiziki

Rafael Podobnik

Če bi bili
atomsko jedro,
bi bili hkrati
živi in mrtvi.
Ker smo preveliki,
smo istočasno
samo eno,
živi ali mrtvi
in brez jedra.

Živim

Draženka Latinović

Živim za dan,
ko nas bo
žarek srčne topline
grel noč in dan.

Živim za dan,
ko bo le
dobro in poštene
reči počel
vsak Zemljan.

Živim za dan,
ko ne bo s strupi prepojenih
rek, prsti in tovarn.

Živim za dan,
ko ne bo lakote, bolečin,
telesnih in duševnih ran.

Živim za dan,
ko bo s transfuzijo tuje krvi
prepovedano zdravljenje vseh
bolezni in kirurških ran.

Živim za dan,
ko ne bo boksa, motokrosa,
vseh grobih športov,
vojn in vojskovanj.

Živim za dan,
ko izprijenih, brutalnih,
opolzkih scen in porno gnusob
ne bo predvajal noben ekran.

Živim za dan,
ko ne bo v nebo štrlečih
nebotičnikov, bordelov in
nuklearnih elektrarn.

Živim za dan,
ko z minami posejanih njiv,
gozdov in livad ne bo imela
nobena Zemljina stran.

Živim za dan,
ko bo berača, nasilneža,
brezdomca in pocestnico
iskati zaman.

Živim za dan,
ko živ človek ne bo
nobene svetopisemske vrstice
več nikoli vrgel stran.

Živim za dan,
ko bo Zemlja
vsem bitjem postala
prijazen pristan.

Živim za dan,
ko bosta vsak moški in ženska
imela časten človeški
in družinski stan.

Živim za dan,
v katerem noben otrok
ne bo trpinčen, nevzgojen,
zapuščen in sam.

Živim za dan,
ko bo Satan
s tega planeta
za vedno pregnan.

Živim za dan,
ko bo ves hudičevski svet
izginil stran.

Živim za dan,
ko se bo docela izpolnil
Božji vesoljni in ljudem
obljubljeni plan.

Živim za dan,
ko bo s polnino dobrote,
ljubezni in miru
živel vsak Zemljan.

Verujem v dan,
ko bo ves svet čist
in vseh vidnih in skritih
umazanij opran.

E-naslov: dr.latinovic@gmail.com

Predkolumbovske mezoameriške kulture

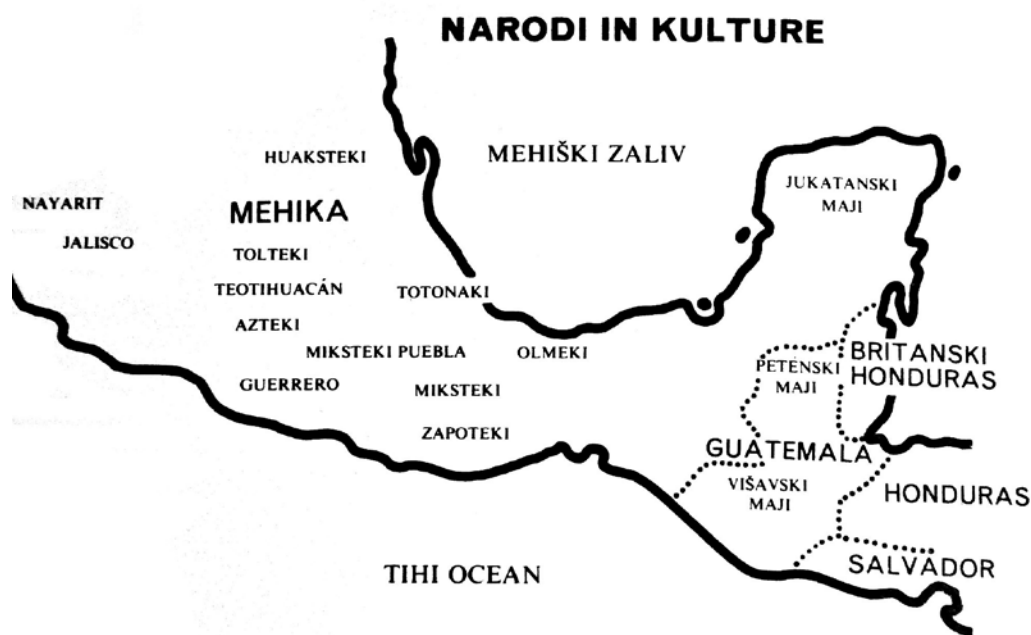
Tomaž Rott, Urška Gantar Rott

Kot **prvi ljudje** naj bi se v **Ameriki** pojavili kamenodobni lovci in nabiralci, ki so prispeli v zadnji ledeni dobi, vsaj pred 15 do 20 tisoč leti. Teorij o **možnih poteh** je več. Prišli naj bi iz severne in severovzhodne Azije, Sibirije, Oceanije in celo Afrike preko tedaj kopne in z ledom prekrite Beringije (ponekod do tri km debel ledeni pokrov severnih morij in celin je vseboval toliko vode, da je bila morska gladina od sedanje nižja vsaj za 60 m). Nekatera odkritja nakazujejo možnost, da so se selitve morda pričele že pred 40 ali celo 50 tisoč leti, testi DNK pa, da prvoseleci niso izvirali le iz Sibirije in vzhodne Azije, ampak celo iz Evrope. Poleg preseljevanja na vzhod v Azijo in preko Beringije v Ameriko omenjajo tudi možnost potovanja s čolni ali splavi preko Pacifika globoko pod Beringovim prelivom (saj naj bi bila Beringija podobno kot Severna Amerika zaradi preobilnega ledu neprehodna) in nato vzdolž zahodne ameriške obale, in/ali preko Atlantika, južno od ledenih plošč njegovega severnega dela.

Skoraj gotovo je, da so se selitve v Ameriko prenehale približno 8.000 let pr. Kr., verjetno zaradi staljenega ledu v Beringiji in njenim poplavljenjem z nastankom do 50 m globokega Beringovega preлива. Tako so dotedanji priseljenci ostali 9.500 let praktično odrezani od ostalega sveta. Ocenjujejo, da so priseljenci ob potovalni hitrosti 25 km na leto 13.000 km dolgo pot preko obeh Amerik lahko prepotovali v 500 ali vsaj 1000 letih.

Pomembnejše predkolumbovske kulture so se razvile predvsem vzdolž južnoameriških Andov in v **Mezoameriki**. Ta termin je uvedel nemški etnolog in zgodovinar Paul Kirchhoff: Mezoamerika ni identična z geografskim pojmom Srednje Amerike, saj zajema osrednji in južni del Mehike in le severni del Srednje Amerike.

V času Krištofa Kolumba naj bi bilo v Ameriki od 40 do 45 milijonov Indijancev, moda celo več, med katerimi so ugotovili 123 med seboj povsem različnih jezikovnih skupin, ki jih delijo v



Lokalizacija mezoameriških kultur.

grobem na tri: makro-majevsko (25 jezikov na polotoku Jukatan, v višavju Gvatemale in mehiške zvezne države Chiapas), uto-azteško (ozemlje med Južno Mehiko in zahodom ZDA, sem sodi azteški jezik nahuatl) in družino otomangue (jeziki Zapotekov, Mikstekov, Otomijev in drugih). Samo v Mehiki so Indijanci živeli v več kot 12.000 arheološko ugotovljenih srednje velikih in večjih naseljih in pol toliko naselij je bilo v Peruju in Boliviji.

V Mezoameriki so se približno tri tisočletja pred prihodom Špancev postopoma pojavljala posamezna obdobja z značilnimi kulturnimi posebnostmi in tudi višje razvite večinoma družbeno razslojene družbe, ki so se deloma med seboj prepletale, povezovali in vplivale na razvijajoče nove. Pri nekaterih ni povsem jasnih odgovorov, kdaj so se točno pojavile in od kod so prišle, in zakaj ter kam so izginile. Gotovo pa je, da potomci nekaterih izginulih mogočnih kultur, kot so npr. Maji ali Zapoteki, še vedno živijo.

Med razvitimi kulturami so v Mezoameriki po obsegu najdišč verjetno najbolj prepoznavni Maji in Azteki. Poleg njih so obstajale predhodno in sočasno še druge kulture z razvitimi družbami, ki so tudi vplivale nanje. Umetniške in kulturno-zgodovinske stvaritve (v kolikor niso pisnih zaradi »vraževerstva« uničili, zlatih predmetov pa zaradi »poganskega izvora« pretopili), ki so jih v Evropo prinesli španski osvajalci, je občudoval že leta 1520 Albrecht Dürer, kljub temu jih nekaj stoletij pozneje direktor Louvra ni hotel razstaviti. Njihovo pravo vrednost so vendarle pravilno ovrednotili v 20. stoletju umetniki kot Pablo Picasso, Paul Klee, Henry Moore in impresionisti.

Kronološko bi lahko predšpansko zgodovino in kulture Mezoamerike glede na prve večje naselbine razdelili v tri obdobja: predklasično (2500–100 let pr. Kr. oziroma do leta 200), kamor

sodijo predvsem Olmeki, klasično (200–900) in poklasično (900–1519), v slednje sodijo predvsem Azteki. Več kultur se je razvijalo v več omenjenih obdobjih, na primer Maji v vseh treh obdobjih, z vrhom v klasičnem. Podatki o časovnih razponih za omenjena tri obdobja in posebno za posamezno kulturo se v raznih virih deloma razlikujejo: krajša obdobja verjetno predstavljajo polno razvite civilizacije z razslojenimi in urbanimi družbami, daljša obdobja se verjetno nanašajo na dokazan obstoj istih plemenskih skupnosti pred in po pojavu urbanih skupnosti, ko je njihov razvoj zastal ali celo zamrl.

Odkrili so več sto selišč predklasičnega obdobja, kamor sodijo v začetku predvsem poljedelske skupnosti, tako so nastale npr. naselbine Tlatilco in Tlapacoya.

TLATILŠKA KULTURA. Ena starejših predklasičnih kultur v razdobju 1300–700 let pr. Kr. je bila v kraju Tlatilco (»kraj, kjer leže stvari skrite«) na mehiški visoki planoti na obrobju glavnega mehiškega mesta, kjer so našli kipce »lepih dam«. Umetnost tega časa še ni bila povsem podrejena religioznim namenom. Vendar nekateri kipi z dvema glavama na enem telesu, dvema obrazoma na eni glavi ali dvema različnima polovicama obraza kažejo na simbol dualizma (npr. življenja in smrti), ki je ena od splošnih osnov mezoameriške verske filozofije, spominjajo pa na moderne Picassove stvaritve s hkratnim dvojnimi obrazom (slikar je stare umetnine videl šele po svojem podobnem inovativnem portretiranju). Poleg



Tlatilška kultura: posoda v obliki akrobata.

tega že na teh kipcih vidimo »lepotne modne« spremembe: sploščene deformirane lobanje, pobrušene sekalce, poševne oči, povešena usta.

V naselbini **CUICUILCO** (»kraju pesmi in plesa«), ustanovljeni prav tako na mehiški visoki planoti približno leta 1000 pr. Kr., stoji okrogla »piramida«, ki predstavlja najstarejšo bogoslužno stavbo v Srednji Ameriki. Gradili so jo med 800 in 600 leti pr. Kr., na njej pa slavili boga ognja (Huehuetotl) in boga dežja (Tlaloc).

OLMEKI. Skrivnostna je ena najstarejših predklasičnih in sploh prva večja ameriška civilizacija, kultura Olmekov (»kulturna mati Mezoamerike«, od 1500 oz. 1200 do 150 let pr. Kr., z vrhuncem med leti 600 in 400 pr. Kr., predniki naj bi se pojavili že 5000 let pr. Kr.), ki se je razvila na gričih nad vročim in močvirnato-vlažnim nižavjem v bližini obale na južnem delu Mehiskega zaliva (v današnjih mehiških državah Veracruz in Tabasco). Gradili so obredna središča, ki so jih predstavljale dvignjene ploščadi in piramide okrog velikih odprtih trgov, obredna središča pa so obdajala naselja za navadno prebivalstvo. Taka mesta so bila v današnjih krajih San Lorenzo, La Venta, Tres Zapotes in Laguna de los Cerros. Za Olmeke ni jasno, od kod so prišli, ne vemo, kako so se sami imenovali. Ime so jim dali Azteki. Beseda olmec (sestavljena iz dveh besed olli – guma in mecatl – linija, vrv) naj bi po azteškem jeziku nahuatl pomenila »ljudje (po liniji, poreklu) iz dežele gumijevca«. V tamkajšnjih krajih so rastle drevesa *Castilla elastica*, ki dajejo mleček gumijevca, lateks. Po mešanju s sokom iz lokalne plezalke, liane *Ipomoea alba*, nastane guma zaradi delovanja žvepla v roži. Ta proces je po več kot 3000 letih znova odkril Charles Goodyear.

Poleg tega, da so bili prva večja civilizacija in da so odkrili **gumo**, so prvi v Srednji Ameriki uvedli obredno **igro z žogo**, ki se je uveljavila kasneje predvsem pri Majih in Aztekih. Imeli so orodje za **obredne krvne daritve** s prebadanjem telesa in puščanjem krvi (sodeč po slikah na keramiki), ni jim bilo tuje žrtvovanje ljudi. Ohranjeni

človeški kipci dokazujejo, da so verjetno že poznali »lepotno deformacijo« lobanj, sploščitev in podaljšanje čela.

Kot prvi v Novem svetu so uvedli **pisavo**: našli so hieroglifske simbole iz leta 900 in 650 let pr. Kr., ki so jih kasneje dopolnili Maji. Zapoteška pisava, ki je dolgo veljala za prvo v Mezoameriki, se je pojavila »še« 600 do 500 let pr. Kr. Olmeki drugih pisanih virov razen zgoraj omenjenih niso zapustili. Poznali so in znali računati z ničlo (precej prej kot kulture Starega sveta), s številskim sistemom so lahko razvijali koledarsko znanost, verjetno so poznali tudi koledar »dolgega štetja«. Po nekaterih navedbah naj bi celo odkrili nekakšen kompas.

Olmeki so znani predvsem po **kamnitih glavah**, velikih do 2,5 m, težkih tudi do 30 ton, ki so jih verjetno klesali in uporabljali v religiozne namene. Doslej so jih našli 17. Verjetno so glave predstavljale portrete olmeških voditeljev, s »kronami«, verjetno zaščitnimi čeladami za igre z žogo. Obrazi imajo značilne debele mesnate ustnice in široke nosove. Glave so izklesane iz bazalta, ki so ga pripeljali s sanmi in splavi iz oddaljenega vulkanskega gorovja. Olmeki so pri kiparjenju uporabljali le trše kamnito orodje, kljub temu so poleg glav izdelovali čudovite manjše človeške in živalske naturalistične kipce in maske iz žada, gline, diorita, obsidiana in serpentina.

Njihova **božanstva** so bila povezana s plenilskimi živalmi tistih krajev: častili so predvsem jaguarja, kajmane, harpije v obliki orlov, morske pse. Bogove so sestavljali iz različnih živali ali iz živali in človeka, kar je tudi sicer značilnost mezoameriških božanstev. Ponekod je imel jaguar peresa in razcepljen kačji jezik (poleg jaguarja osnova pernate kače). Taki mešanci so verjetno predstavljali božanstva rodovitnosti. Pernato kačo so kasneje prevzele tudi kasnejše kulture pod različnimi imeni in »funkcijami«, npr. Quetzalcoatl v Teotihuacanu kot bog voda, pri Toltekih kot simbol neba, pri Aztekih bog vetra, plodnosti, ustvarjalnosti, pri Majih se je v različnih



Teotihuacan. Pogled z mesečevega templja preko trga na avenijo smrti in sončev tempelj.



Teotihuacan. Na mesečevo piramido.

majevskih jezikih imenoval Kukulkan (sel med kraljem in bogovi) oz. Gukumatz (eden od stvarnikov).

KULTURI CAPACHA IN CHUPICUARO. Cveteli sta v Zahodni Mehiki v obdobju 800 let pr. Kr. do leta 200). Znani sta po pogrebnih dodatkih figuric in skled iz lončevine, ki je bila geometrično okrašena.

KOLIMSKA, NAJARITSKA IN JALISCO KULTURA.

Predklasično–klasične kulture so se v obdobju 300 let pr. Kr. do približno 3. stoletja razvijale tudi v zahodnem višavju ob tihomorski obali, zahodno od Monte Albana in Teotihuacana, v pokrajinah Nayarit, Jalisco in Colima. Zaznamuje jih odlično lončarstvo, bodisi s t. i. najaritskim ali colimskim slogom kiparjenja prizorov iz vsakdanjega življenja, položenih glinenih figur bojevnikov, kmetov, živali, sadežev itd., ki so jih dodajali tudi na grobove pokojnikov. Ta keramika je navdušila tudi angleškega kiparja Henryja Moora.

Posebej opisujejo **KULTURO TARASKANOV (PUREPÉ-CHAS)** v mehiški državi Michoacán, ki meji na države Colima, Jalisco na zahodu in Guerrero na jugovzhodu. Tarask(an)i so poleg nagrobne lončevine znani po obdelavi dragocenih kovin. Tako so uporabljali baker tudi za orožje, kar jim je dajalo vojaško prednost. Niti Azteki jih niso osvojili, dolgo so se upirali Špancem. Zgradili so podoben imperij kot Azteki s središčem v Tzintzuntzanu (mestu kolibrijev) ob jezeru Patzcúáro. Čeprav so bili dobri obrtniki in slabši v arhitekturi piramid, jih še niso podrobneje preučevali, njihova verjetno dolga zgodovina je malo poznana. Še danes hodijo v ZDA kot dninarji.

V predklasično–klasično obdobje sodi tudi kraj **CHOLULA**, jugovzhodno od glavnega mehiškega mesta, kjer je »skrita« **največja stavba na svetu**, šestnadstropna piramida, ki je visoka sicer le 66 m, stranica ob bazi pa meri kar 450 m. Njen volumen ocenjujejo od 3,3 do 4,45 milijona m³ (Keopsova piramida ima ob svoji višini 138,8 m le 2,4 milijona m³). Piramido so pričeli graditi v 3. stoletju pr. Kr. in jo dokončali v 9. stoletju. Posvečena je bila pernatu kači Quetzalcoatlu. Danes izgleda kot naravni hrib s cerkvijo na vrhu, ki je posvečena Mariji.



Pernata kača Quetzalcoatl.

TEOTIHUAKANSKA KULTURA. Največje in čudovito urejeno mesto predklasično–klasičnega obdobja je bilo mesto Teotihuacán (200 pr. Kr. do 650, največji razcvet med leti 200 in 650), boja večje od antičnih Aten in Rima. Bilo je ekonomski, politični, verski in trgovski center s teokratsko vladavino duhovnikov. Izkopanine so le 40 km severozahodno od današnje mehiške prestolnice. Mesto je tudi po propadu ostalo romarski kraj za Azteke. Kraj naj bi dobil ime »mesto bogov (teotl)« oz. mesto, kjer so se rodili bogovi. Pokopani kralji naj bi po smrti postali bogovi. Etnično poreklo prebivalcev Teotihuacána ni razjasnjeno, verjetno je šlo za multietnično mestno državo; omenjajo ljudstva, kot so predvsem Totonaki, Nahua, Otomi, potomci Olmekov, Zapoteki iz 300 km južno oddaljenega Monte Albana. Prav tako ni jasno, zakaj je prišlo do propada te države leta 650, ko je bilo mesto predvsem v središčnem tempeljskem delu deloma požgano: ali zaradi upora domačinov ali napada tujcev, Toltekov? Je na propad mesta vplivalo pretirano izsekavanje gozdov za gorivo, potrebno za žganje apna s posledičnimi klimatskimi spremembami, sušo, lakoto in nezadovoljstvom prebivalcev?

Med 3. in 4. stoletjem naj bi po ocenah v mestu živelo od najmanj 125.000 do morda celo 250.000 prebivalcev. Samo tempeljski del je meril 11 km², sicer pa je bilo mesto z vsaj 2000 stavbami razširjeno na približno 30 km². Svetišča in stanovanjska poslopja so bila zgrajena v pravilni pravokotni mreži, ki je bila astronomsko–astrološko orientirana glede na gibanje sonca, sončeve vzhode in zahode, pomembne za poljedelstvo. Zgradbe v mestu so bile pobeljene z apnom in okrašene s stenskimi slikarjami – freske bogov v barvitih oblačilih so se deloma ohranile tudi v požganem mestu. Uporabljali so koledar, ki ga je pozneje prevzela vsa dežela, pisavo so uporabljali za beleženje dogodkov. Prvi najden zabeležen datum je iz leta 143. Ni znano, kakšen jezik so govorili, niti kako so imenovali sami sebe in svoje mesto, saj pretežno hieroglifška pisava razen enega domnevno prepoznanega simbola še ni razvozlana.

Tu so živeli dobri rokodelci, klesarji kamna, znali so obdelovati obsidian, kar jim je prineslo bogastvo.

Med svojimi bogovi so častili boga ognja z imenom Xiotecutli, boga dežja oz. viharja Tlaloca («on, ki da vzkleti», ki ima izbuljene oči, velike zobe, v eni roki drži vrč z vodo, v drugi pa streljo), boginjo vode (Chalchiutlicue) in še druga božanstva. Proti koncu sušnega obdobja so Tlaloca prisilili za dež, obredi so vključevali



Majejsko središče Chichen Itza s templjem vojakov, ki ga obkroža veliko stebrišče, značilno za tolteško gradnjo.



Sončni kamen oz. azteški koledar s premerom 360 cm.



Žrtvenik za srca Cuauhxicalli kralja Montezume I. Na robu reliefi azteških zmag.



Freska Diega Rivere. Pogled na azteško prestolnico Tenochtitlan leta 1325 z veliko piramido levo, pred njo regent Huey Tlatoani, desno bela ženska.

žrtvovanje ljudi. Za normalen potek letnih časov je morala teči kri, na katero so gledali kot na dragoceno nosilko življenja.

V tempeljskem delu mesta Teotihuacána sta *sončeva in mesečeva piramida*, ki se dvigata nad široko, skoraj 5 km dolgo ravno Avenijo mrtvih in sta bili rdeče obarvani. Sončeva piramida, zgrajena v 1. stoletju, je tretja največja piramida na svetu (za Keopsovo in Kefrenovo v Gizah pri Kairu, če ne upoštevam omenjenega umetnega hriba v Choluli), visoka 65 m, s stranico 220 m. Pod njo je votlina, za katero so menili, da je vhod v podzemni svet. V mestu se je uveljavila igra z žogo, ki so jo v drugih mestih in drugih kulturnih središčih igrali običajno na poševnih igriščih, v Teotihuacanu pa verjetno kar na obredni aveniji. Igra je bila povezana z mitom o stvarjenju, žoga je predstavljala sonce. Poražence so žrtvovali. Med templji oz. palačami sta bili tudi palača Quetzal, posvečena pernati

kači Quetzalcoatl, kjer so našli okostja žrtvovanih ljudi, in palača jaguarjev.

ZAPOTEKI. Njihov izvor je neznan, njihova kultura je prvič vzniknila v poznem obdobju Olmekov. Razvijala se je predvsem v obdobju 1000–600 let pr. Kr. do devetega stoletja na 220.000 m² velikem kulturnem središču, ki je bilo zgrajeno na umetno zravnani Beli gori (Monte Alban) nad dolino Oaxaca v JV Mehiki. To naj bi bil prvi urbani center Mezoamerike z igriščih in astronomskim observatorijem. Zapoteki so se ohranili vse do danes kot rodovna skupnost s svojim starim jezikom. Imeli so se za sinove jaguarjev in drugih divjih zveri. Znani so bili kot odlični gradbeniki in dobri lončarji. Imeli so centralizirano upravo in razslojeno družbo. Pri njih so odkrili eno najstarejših pisav v Ameriki, ki se je pojavila 600 let pr. Kr. Na njihovo kulturo so vplivali Olmeki, k njihovem zatonu pa so verjetno pripomogli bližnji Mikstekci.

Po zatonu Zapotekov se je v hrbovitih krajih ob dolini Oaxaca in ob obali pojavila nova vojaška sila, **MIKSTEKI**. Kultura Mikstekov je trajala najmanj od 9. stoletja do leta 1494, ko so jih zavojevali Azteki. Miksteki so znani po slikoviti barviti keramiki, rezbarijah iz kosti in kot mojstri obdelave zlata in srebra, žada, kamene strele ter po slikovni pisavi, s katero so zapisovali svojo zgodovino v kodekse oz. barvane knjige.

Zanimivo je tudi kiparjenje prebivalcev ob reki Balsas (jugozahodno od mehiškega glavnega mesta, v državi Guerrero), ki predstavlja t.i. **MEZCALA KULTURO** (700–200 pr. Kr. do 650–800), kjer tudi na kipih lahko opazimo v življenju Indijancev uveljavljeno lepotno deformacijo lobanj, umetno sploščitev čela, ki se je pojavljala v večini srednjeameriških kultur. Njihovo kiparstvo spominja deloma na abstraktno umetnost s poenostavljenim prikazom obraza in teles.

V subtropskem področju srednjega dela obale Mehškega zaliva je bilo področje **TAJINSKE KULTURE** (500–1200), kjer živijo danes Totonaki, ki pa verjetno niso potomci te kulture. Tajinska kultura je znana po bolj realističnih upodobitvah človeških obrazov in živali. Zgradili so tudi 18 m visoko sedemnadstropno koledarsko piramido s 365 vdolbinami in nesmiselnim stopniščem, po katerem ni bilo mogoče priti na posamezna nadstropja, ki so bila dostopna le z lestvami. V tem predelu je bilo tudi glavno žarišče **verakruške kulture** (pozne predklasične med leti 600 pr. Kr. in 200 ter klasične v letih 200–900) in središče proizvodnje kakava.

Severovzhodni sosedje so bili **HUAKSTEKI** (100–1250), ki naj bi sicer imeli že 3000 let neodvisno plemensko skupnost, dokler jih niso osvojili Azteki. Pripadali naj bi Majem, vendar zaradi nepovezanosti z ostalimi Maji niso doživeli podobnega razcveta.

TOLTEKI. Tolteška kultura se je razvijala med leti 750 in 1200. V legendarni preteklosti so se s skrajnega dela Srednje Amerike pojavili nomadski bojevniki čičimeškega ljudstva (izumrlo indijansko ljudstvo lovcev in nabiralcev iz mehiških pokrajin Quetzetaro in Zacatecas), ki je v predšpanskem obdobju večkrat prodiralo na jug. Zlili so se s staroselci in na centralni mehiški planoti je nastala nova vojaška sila Tolteki s prestolnico Tollan oz. Tula (zgrajena okoli leta 980), 65 km severno od glavnega mehiškega mesta. Prvi so uporabili kovine, kar jim je olajšalo osnovati vojaško državo. Njihova kultura je veliko dolgovala Teotihuacanu. V Tuli je vladal tudi znameniti vladar in svečenik Ce Acatl, ki se je poistovetil z bogom Quetzalcoatlom. Zaradi intrig se je moral umakniti s prestola. Odšel je proti vzhodu z obljubo, da se bo vrnil. Okrog leta 1200 je bila Tula porušena zaradi vdora novih rodov Čičimekov. Po letu 1200 so se Tolteki širili proti jugu na ozemlje Majev in z ljudstvom Itza z mehiškega obalnega nižavja Tabasco ustvarili poznomajevsko središče v kraju Chichen (ne Chicken!) Itzaju. V nekaterih njihovih templjih, tako v Tuli kot v Chichen Itzaju, so bila s strehami pokrita stebrišča, kar je bilo značilno za tolteško kulturo.

AZTEKI. Azteki ali Mehiki (Mexici) so bili nomadsko ljudstvo s severa, ki je govorilo jezik nahuatl.

Azteško kraljestvo je obstajalo 200 let (1300–1519, inkovsko v Andih pa celo manj kot 100 let). Najmogočnejše ljudstvo na Mehški planoti je imelo močno vojaško tradicijo. Polbožanski vladar je bil

vrhovni voditelj strogo hierarhične družbe in države s centralno oblastjo. Približno leta 1325 so pričeli graditi na jezeru Texcoco na močvirnem otoku mesto Tenochtitlan, ki ga danes večinoma prekriva Ciudad de Mexico. Leta 1500 je imelo azteško mesto 200.000 prebivalcev. Okrog vsega otoka Tenochtitlana so ustvarili mrežo rodovitnih s kanali ločenih plavajočih vrtov (chinampas), ki so jih bogato gnojili. Več jih je bilo na jugu, ki so se deloma ohranili do danes. Na brežinah so gradili terasasta polja, ki so jih zalivali z namakalnimi sistemi.

S sosednjima mestoma Texcomom in Tlacopanom so se Azteki upravno in vojaško povezali in leta 1480 postali najmočnejši partner v zvezi. Ozemlje svojega kraljestva so razširili od vzhodne do zahodne obale Srednje Amerike, na jugu do ozemlja Majev.

Azteki so skrbeli za vsesplošno izobrazbo svojega plemstva (pravo, zgodovina, astronomija, matematika, izpolnjevanje verskih dolžnosti, bojne veščine, osnove piktografske pisave). Cenili so pesništvo. Tudi duhovnike so prištevali k plemstvu, le da so se slednji izobrazevali v semeniških šolah in spoštovali celibat. Ena od nalog duhovnikov je bilo spremljanje koledarja. Pod elitnim slojem je bil širok krog svobodnjakov in državljanov, ki so imeli pravico do zemlje za kmetovanje in gradnjo. Med njimi so imeli poseben položaj umetniki in obrtniki. Posebna skupina med trgovci so bili pohteki, ki so obvladovali trgovanje z luksuznim blagom na velike razdalje, danes bi sodili med uvoznike.

Azteki niso uporabljali tovornih živali in ne vozil na kolesih, pomembno vlogo so imeli nosači, ki so lahko s tovari do 45 kg prehodili 50 km dnevno. Večina prebivalstva se je preživljala s kmetovanjem in prodajanjem pridelkov na tržnici. Vsi navadni Azteki so bili člani klanom podobnih skupin, kalpulom. Poleg zemlje so imeli svoja manjša svetišča, šole in svoja praznovanja. Hiške s 15 do 25 m² bivalne površine, z dvojnimi vrati, a brez oken, so bile zidane z na soncu sušeno opeko, temelje so predstavljali prodniki. Azteki so prodajali tekstilne izdelke, pletene košare, rogoznice, žrmlje za koruzo v zameno za sol, poslikano lončevino, nože iz obsidiana, izdelke iz žada, igle ter predvsem okrasne bronaste predmete. Na najnižji stopnji hierarhije so bili sužnji, ki pa so si lahko prislužili svobodo. Pričeska, obleka in nakit so prikazovali stan posameznika.

Azteki so skrbeli za svoje zdravje. Imeli so relativno pester jedilnik. Poznali in uporabljali so zdravilne in škodljive učinke številnih rastlin. Odlikovala jih je visoka stopnja higiene. Skoraj vsaka hiša je imela parno kopel. Čeprav praktično niso uporabljali kovin, so imeli za vsakdanje kuhinjske potrebe, za orožje in obredne namene izredno ostra rezila, kar jim je omogočalo lomljenje obsidiana.

Veliko **azteških bogov** je bilo povezanih s stvarjenjem, soncem, plodnostjo, smrtjo in vojno. Njihov vrhovni bog je bil bog sonca in bog bojevnikov Huitzilopochtli, pomembna pa sta bila še bog čarovnije, vojne in smrti Tezcatlipoca, bog vetra, plodnosti, ustvarjalnosti Quetzalcoat (pernata kača Majev, Toltekov in Olmekov), bog vode in dežja Tlaloc, boginja Coatlicue oz. »kačje krilo«, ki predstavlja življenjsko bolečino, bila je tudi stvariteljica in uničevalka življenja in mati sončnega boga ter boga vojne, Huitzilopochtlija, bog ognja Huehuetotl, bog pomladi, novega življenja in trpljenja Xipa Totec itd. V antropološkem muzeju v mehiškem glavnem mestu poleg njihovega sončevega kamna oz. koledarja, ki

meri v premeru 360 cm, lahko vidimo Cuauhxicalli, srhljivo orlovo skledo Moctezume I za darovanje src, okroglast kamen z bogato obrobo figuraliko azteških osvajanj in reliefno zgornjo površino. Eden od najdragocenejših predstavljenih predmetov je posoda v obliki noseče opice iz črnega obsidiana.

Neprestana krvna žrtvovanja, še zlasti ujetnikov, so bila po njihovem prepričanju potrebna. Verjeli so, da njihov bog sonca vsak dan potuje čez nebo, ponoči pa se vrne v podzemlje. Da bi se znova vrnil, so bile potrebne žrtve. Sončni bog naj bi terjal človeška srca kot hrano. Če je primanjkovalo vojnih jetnikov, so začeli žrtvovati svoje ljudi, ki so jih izbirali z igranjem stare mezoameriške namizne igre patoli. Izbrane žrtve niso umirale za bogove, ampak kot bogovi. Pred žrtvovanjem so jih negovali, hranili. Njihova žrtvovanja ljudi so bila vseeno kruta. Živi žrtvi, ki je ležala na hrbtu, so z nožem odprli prsni koš in izrezali srce, ki je v rokah svečnikov še utripalo. V čast boga pomladi Xipa Toteca naj bi žrtve po iztrganju srca odrli, duhovniki pa naj bi oblekli njihove kože. Za boga ognja so po nekaterih navedbah jetnika omrtvili, vrgli v ogenj, nato s kavljii še živega potegnili iz ognja in mu odstranili srce, bolj verjetno pa so mu izrgali srce in ga sežgali. Ob posvetitvi Velike piramide v glavnem mestu naj bi samo leta 1487 žrtvovali 80.000 ljudi!! Vendar nekateri v tako veliko število žrtev dvomijo, čeprav naj bi po nekaterih izračunih letno žrtvovali okrog 20.000 ljudi.

Njihovo mogočno kraljestvo se je končalo, ko je leta 1519 Hernán Cortés prevzel nadzor nad azteškim imperijem. Kljub azteški premoči so Azteki postali žrtev stare legende. Sicer neustrašni azteški vladar Motecuhzoma Xocoyotzin oz. Montezuma II je prihod španskega poveljnika zamenjal s prerokovano vrnitvijo že omenjenega znamenitega vladarja in svečenika tolteške prestolnice Tula, legendarnega boga kralja Quetzalcoatl, ki je zaradi spletka moral zapustiti prestol in odšel proti vzhodu, verjetno v mesto Chichen Itza (po nekaterih različicah mita se je spremenil v zvezdo Danico, Venero, ki je Majem predstavljala Quetzalcoatlovo zvezdo). Obljubil je, da se vrne, po azteškem koledarju prav v letu, ko se je pojavil Hernán Cortés (leta 1519 po koledarju Starega sveta). Še ena od legend pravi, da bo imel vračajoči vladar belo brado in belo kožo obraza (zaradi grdega obraza naj bi Quetzalcoatl nosil belo masko) in belokožega in sivobradega Cortésa ni bilo težko zamenjati za pričakovanega Quetzalcoatla.

Glavno mehiško mesto praktično prekriva nekdanjo azteško prestolnico. Na trgu Plaza de la Constitución, El Zócalo (drugem največjem za Rdečim trgom v Moskvi) je pomembna Narodna palača (1692) z zgodovinskimi freskami Diega Rivere, ki prikazujejo tudi azteško preteklost. Trg omejuje tudi bogato okrašena stolnica metropolita. V bližini trga so leta 1978 pričeli izkopavati ostanke leta 1390 zgrajenega in 1521 porušenega velikega templja oz. velike piramide Tenochtitlána, ki je bila visoka 60 m in posvečena bogovoma sonca in vode, Huitzilopochtliju in Tlalocu. V bližini mesta je v Ameriki najbolj znana božjepotna bazilika Naše gospe iz Guadalupe, zgrajena med leti 1531 in 1709, ki pa jo zaradi pogrežanja in pokanja nadomešča nova.

V tem zgoščenem pregledu je mogoče vsaj na hitro razpoznati na eni strani heterogenost in bogastvo predšpanskih mezoameriških kultur, na drugi pa povezanost med njimi in medsebojni vpliv.

Najpomembnejša kultura, ki je obvladovala mezoameriški prostor najmanj 1500 let in je v glavnem izzvenela že nekaj stoletij pred prihodom Špancev, je bila skrivnostna »džungelska kamenodobna« kultura Majev, o katerih bomo spregovorili prihodnjč.

E-naslov: tomaz1945@yahoo.com



Bogata fasada katedrale.



Današnjim turistom namenjeni preostanki azteških plavajočih vrtov, chinampas.

40. svetovno prvenstvo v alpskem smučanju za zdravnike in farmacevte

Corvara, 20.–22. marec 2013

Katarina Turk

Kljub letošnji izredni zimi glede debeline snežne odeje, smo se slovenski zdravniki in farmacevti v skromni zasedbi zbrali v italijanskih Dolomitih, kjer je potekalo letošnje svetovno prvenstvo v alpskih disciplinah. Obljube iz prejšnjih let, da se bomo poprej dobili in malo potrenirali, se niso uresničile. Tako nas je večina občutila bližino smučarskih količkov le na Iatrosskiju, vseeno pa se nismo prestrašili dolgih, a dobro pripravljenih prog. Tudi udeleženci drugih držav so opazili, da je slovenska udeležba bistveno manjša kot prejšnja leta; spraševali so nas, ali nas je ekonomska kriza že tako prizadela, da si smučanja ne moremo več privoščiti. Predvsem so pogrešali naše »vražje« zdravnice, ki so se vedno hrabro borile z najboljšimi Avstrijki in Nemkami, tudi nekaterimi bivšimi tekmovalkami svetovnega ranga.

Najštevilčnejši izmed 130 udeležencev so bili Nemci, najbolje organizirani pa Poljaki, ki vedno pridejo na prizorišče tekem že več dni poprej in trenirajo. Letos se jim je dolgoletni trud tudi poplačal, saj so zmagali v skupni uvrstitvi pred Nemci in Avstrijci.

Slovenci smo dosegli osem uvrstitev na zmagovalni oder:

Slalom: Franci Koglot 3. mesto, Timotej Vivod 3. mesto, Katarina Turk 2. mesto

Veleslalom: Katarina Turk 1. mesto

Superveleslalom: Andrej Moličnik 3. mesto, Nena Šajber 3. mesto, Timotej Vivod 1. mesto, Katarina Turk 1. mesto

Žal je imel naš moški del ekipe nekaj smole in odstopov v veleslalomu. V superveleslalomu pa je Timotej Vivod postavil najboljši čas proge. Naši tekmovalci Dušan Sedej, Franci Koglot, Andrej Čretnik, Dušan Hus in Matija Jereb so dosegli številne dobre uvrstitve med prvo deseterico, kar nam je v skupni uvrstitvi prineslo 5. mesto.

Posebnost letošnjega prvenstva?

Bistveno večja prepoznavnost Slovenije, seveda po zaslugi naše odlične smučarke Tine Maze, saj ni bilo tekmovalca, ki ne bi občudoval in želel komentirati njenih uspehov. Pa odlična smuka po Selli Rondi seveda in prijetno druženje s kolegi.

Upamo, da se naslednje leto v večjem številu dobimo v avstrijskem Saalbachu.

E-naslov: katarina.turk@kabelnet.net



Naša mala ekipa in zvesti navijači.



Timotej Vivod, naš najhitrejši v superveleslalomu.



3. mesto Andreja Moličnika v superveleslalomu.

S kolesom po Istri

II. del

Željko B. Jakelič

Mens sana in corpore sano!

Po prekolesarjeni severozahodni Istri sem se po nekajdnevnem počitku odločil za nadaljnji korak. Odločil sem prekolesariti še južni del Istre in tako skleniti celotni krog. Ali je bila odločitev pravilna ali ne? Odločil sem se in to je bilo to!

Za odločitev sem potreboval kar nekaj časa. Zakaj? Poletje je bilo lani izredno vroče, temperature so bile zelo visoke in za kolesarjenje niso bile prav idealne! No, odločil sem se in poti nazaj ni bilo! Pozno popoldan sem naredil načrt in določil mesta, ki sem si jih želel obiskati! Že zgodaj zjutraj, ko še ni bilo tako vroče, sem se napotil proti Novigradu, potem proti Antenalu (slika 1) (ornitološki rezervat in mesto, kjer se Mirna izliva v Jadransko morje). Zjutraj, ko prometnice še niso bile tako obremenjene z lokalnim prometom in ko je bilo ozračje še ugodno za kolesarjenje, sem bil že v dolini Mirne. Med vožnjo po makadamski cesti je bilo prav fantastično opazovati jutranje ribiče, pokrajino, reko Mirno, ki je bila zaradi pomanjkanja vode izredno nizka in se mi je zdela prav žalostna. Številni mostički in posebej zelo velik viadukt, ki je bil narejen nekaj let nazaj, so celotnemu kraju ob Mirni dajali nekaj osebnega. Res! Zelo posebno ozračje in ton celotni dolini, skozi katero sem kolesaril.

Potreboval sem kar nekaj časa, da sem prišel do mesteca in križišča Ponte Porton, kjer sem imel možnost izbrati smer kolesarjenja (Vižinada, Krasica, Motovun oz. Pazin). Že vnaprej sem se odločil! Moj naslednji cilj je bil Motovun. Po asfaltirani cesti se je dalo kar lepo kolesariti, ker v jutranjih urah še ni bilo gostega prometa in je pot potekala skozi zanimivo pokrajino. Številne breze, jablane in drugi listavci so mi delali senco, tako da je bila vožnja do Motovuna kar ugodna. Opazoval sem strugo Mirne, ki je bila žal brez vode in je samo kakšen curek oz. luža dala slutiti, kaj pomeni reka Mirna za ta kraj.

Mirna (ital. Fiume Quieto) je reka v Istri na Hrvaškem. Izvira pri naselju Hum, dolga je 53 km, pri Novigradu pa se izliva v Jadransko morje. Teče skozi naselji Buzet in Motovun, njen najlepši del pa je v Motovunskem gozdu (Motovunska Šuma). V njeni okolici uspeva hrast »medunac« in tartufi.

Motovun [motovún] (ital. Montona) je naselje na Hrvaškem, ki je središče občine Motovun, le-ta pa spada pod Istrsko županijo. Motovun je manjše mestece na severozahodu Istre, 21 km jugozahodno od Buj, z okoli tisoč prebivalci. Mestece stoji na vrhu 277 m visoke strme vzpetine, ki prevladuje nad dolino reke Mirne. V okolici so vinogradi in sadovnjaki. Motovun je priznana izletniška točka. V zadnjem času je poznan tudi po letnem filmskem festivalu, ki poteka od leta 1999 na pobudo hrvaškega filmskega režiserja Rajka Grlica.

Pot do mestnega jedra nikakor ni bila enostavna! Po ozki cesti, ki se vzpenja do samega jedra, se ni dalo goljufati. Kolo si moral

poganjati, če si si želel ogledati mesto. No, kljub naporni vožnji in številnim kilometrom do Motovuna se je izplačalo. Ko sem prišel do mesteca in ko sem si začel ogledovati biser celotnega kraja, sem ugotovil, da je to mestece s posebnim čarom: kamniti zidovi, številni kulturni spomeniki, na katere se naleti skoraj na vsakem koraku, in obzidja, s katerih se je dalo opazovati celotno pokrajino vse do Novigrada in okolice. Žal sem bil malo prepozen, da bi si ogledal filmski festival! Prebivalci mesta, s katerimi sem govoril, so mi povedali, da je bil zadnji festival nekaj posebnega in da je vsekakor vreden ogleda. Morda prihodnjič! Ko sem že mislil zapustiti Motovun, sem naletel na kolesarja, ki sta si tudi želela ogledati Motovun. Bilo je zanimivo pokramljati o njunem cilju in kaj vse sta doživela. Prišla sta z Reke do Motovuna, od tod naprej pa sta bila namenjena do Vižinade. Želela sta prekolesariti Parenzano, in sicer od Vižinade do Grožnjana. Zanimivo, tudi sam sem imel podobno pot. Moj naslednji cilj je bil namreč Grožnjan!

Grožnjan (ital. Grisignana) (slika 2) je manjše starejše slikovito naselje v osrednjem delu Istre na Hrvaškem. Leži na vzpetini na desnem bregu reke Mirne okoli 12 km jugovzhodno od Buj. Je središče občine Grožnjan, ta pa spada pod Istrsko županijo. Grožnjan je danes poznan kot »mesto umetnikov«. Med izvajanjem projekta revitalizacije so številne zapuščene hiše preuredili v slikarske ateljeje, galerije in druge objekte, namenjene kulturni dejavnosti. Tako je v Grožnjanu dvajset galerij in umetniških ateljejev, tu poteka poletna mednarodna filmska šola ter Mednarodni kulturni center hrvaške glasbene mladine.

Po prijetnem klepetu in ogledu mesteca sem se žal moral odpraviti na nadaljnjo pot oz. avanturo po Istri. Po kar strmem klancu sem se spustil do Mirne in potem čez most proti Livadam, mestecu, od koder se je nadaljevala slovita Parenzana.

Porečanka (ali Poreska, tudi Parenzana) je priljubljeno ime nekdanje ozkotirne železniške proge (širine 760 mm) med Trstom



Slika 1.

ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

in Porečem, ki je obratovala med letoma 1902 in 1935.

Po zelo trdi makadamski poti, ki je vodila od Livad, sem opazoval številne vinograde in zanimivo arhitekturo. Kljub lahkotni kolesarski poti sem že rahlo utrujen prišel do Ponte Portona, od koder se je odcepila makadamska cesta proti Grožnjanu. Pot do Grožnjana ni bila lahka. Ne samo zaradi slabe makadamske poti, na kateri se je kadilo za številnimi avtomobili, ki so se podili proti Grožnjanu, tudi vročina in številni kolesarski kilometri so botrovali počasnemu premikanju. Kljub vsemu sem prišel do mesteca, polnega turistov, ki so prihajali iz celotnega območja Istre. Kolo sem moral potiskati skozi gnečo, ki je nisem pričakoval. Mestece je pokalo po šivih, številni lokali in galerije, preplavili so ga jazz glasbeniki. Čudovito je bilo opazovati utrip mesta v zgodnjih popoldanskih urah!

Po nekajurnem obisku in okrepitvi sem se odpravil proti Bujam. Pot nazaj je bila asfaltirana in dobro označena, tako da sem z lahkoto in z manj napora opazoval čudovito pokrajino. Zanimivo! V kratkem času sem prikolesaril do Buj (slika 3). Buje ležijo na vzpetini v severozahodni Istri, ob cesti, ki povezuje Koper s Puljem. Mesto je od Umaga, tj. morja, oddaljeno 13 km. Je gospodarsko središče Bujščine in ga sestavlja staro in novo naselje. Površina mesta je med 1 in 2 km². Glavna ulica, Istarska ulica, je dolga 200 m. Predeli mesta so Stanica, kjer je nekoč potekala železnica Parenzana, Stari grad, Školski brijeg in Rudine.

Po ogledu čudovite panorame pokrajine in mesteca sem se odpravil proti svojemu cilju, Maredi. Kolesarjenje ni bilo preveč naporno, kljub številnim hribočkom, ki so pravzaprav značilnost Istre.



Slika 2.

Številni vinogradi in nasadi oljk povsod naokrog so name naredili čudovit vtis. Po tem vinorodnem področju, katerega središče je Brtonigla, sem že velikokrat kolesaril in vsakič sem odkril kakšno malenkost, ki se je na koncu z drugimi sestavila v celovit mozaik.

Mestece Brtonigla, središče občine, je danes znano po pridnih vinarjih in oljarjih ter članih italijanske skupnosti »Citta del vino«. Turistično geslo Brtonigle je »malo mestece velikih odkritij«, ker se tukaj poleg klasične turistične ponudbe lahko uživa v vaških veselicah, ogledih kraških jam in značilnih ruralnih vasi s kamnitimi hišami. Obiskovalci se lahko ukvarjajo tudi z lovom ali uživajo v nabiranju gob in špargljev.

V mestecu ima središče Akademija lokalne demokracije Sveta Evrope. Poleti tu poteka Mednarodna poletna slikarska šola Hortus Niger (po imenu

barve zemlje tega območja). Svetemu Roku, kot zaščitniku tega kraja, je posvečena ena največjih istrskih prireditev, ki poteka 16. avgusta.

Da bi se izognil poti do Novigrada, sem po bližnjici prispel do Dajle (slika 4), od tam pa po precej prometni cesti do Marede, kjer je bil tudi cilj letošnjega popotovanja po Istri!

In na koncu lahko zaključim: kolesarjenje po Istri je bilo čudovito, ne samo zaradi utrditve in krepitev kondicije (*Mens sana in corpore sano*), temveč tudi zaradi celotnega doživetja! Čudovite pokrajine, mestne galerije in mesta so kot v pravljici! Prav zaradi tega večkrat tudi povem in ponavljam, da nam ni treba obiskati Provanse ali Toskane, ko pa lahko nekaj podobnega doživimo onkraj naših meja! Vse to je treba videti in doživeti! Upam, da se bodo bralci tega prispevka, če se bodo odpravili po tej poti, tudi sami prepričali.



Slika 3.



Slika 4.

Je ustanovitev slabe bolnišnice rešitev za naše zdravstvo?

(Prepisano, prekopirano ali prirejeno brez enega samega citata)

Modri možje so ugotovili, da bo treba varčevati in več delati.

Zdravstvo je v krizi. Modri možje so ugotovili, da bo treba varčevati in več delati. Potem so ugotovili, da to ne gre skupaj; če se več dela, se tudi več porabi. Torej bi bilo potrebno manj delati. Če se dela manj, se povečajo čakalne vrste in to tudi ni v redu. Potem so ugotovili, da so zdravila predraga in da bi lahko zdravili z manj ali brez zdravil, pa se je zopet izkazalo, da so alternativni zdravilci dražji od uradnih. Na koncu se je za resnično izkazalo staro reklo, da bi zdravstvo čisto dobro funkcioniralo, če ne bi bilo motečih dejavnikov, ki se jim reče bolniki. A se bolniki s tem niso strinjali. Šele potem so na plan pokukale zares dobre zamisli.

Ena izmed njih je ta, da je potrebno povečati kvaliteto, saj je znano, da je bolj kvalitetna storitev cenejša (»za manj dobite več« itd. – dober primer so reklame za avtomobile). V začetku je kar nekako šlo, potem pa se je zamisel izrodila v obratni smeri po principu »za sladkostjo nizke cene pride grenkoba slabe kvalitete«. Jing je dobil svoj Jang in krog je bil sklenjen. In ta krog je bilo potrebno prekiniti, razkleniti in ga napraviti linearnega. Rodila se je klinična pot.

Klinična pot kot varčevalni ukrep?

Kako klinična pot deluje? Vzemimo primer iz vsakdanje prakse: stojimo pred vrati trgovskega centra, ker je hladilnik prazen in rabimo »nekaj za pojest«. Vzamemo voziček in kupimo več, kot smo mislili, med drugim tudi nekaj artiklov, za katere pred kakšno uro niti nismo vedeli, da obstajajo. Že na poti domov ugotovimo, da smo pozabili na toaletni papir in poper, zavijemo v bližnjo trgovino in poleg popra in papirja kupimo še tri druge stvari ... Klinično pot lahko predstavlja kar nakupovalni listek: doma napišemo, kaj resnično potrebujemo, nato na hitro smuknemo med policami in pobiramo le artikle s seznama: prihranimo čas in denar.

In tu je srž problema bolnišnic, ki so zabredle v izgube. Z vidika SPP kvalitete govorimo o zelo širokem spektru bolnikov z bonitetno oceno C.

Sedaj pa nazaj v bolnišnico! Ob sprejemu ugotovimo, da ima bolnik polomljen kolk. Dobi klinično pot za zlomljen kolk, kjer natančno piše, kdaj bo operiran, kdaj ga bomo postavili na noge in kdaj bo šel domov. Pustimo pri miru razne hipertenzije, KOPB-je, jetrne ciroze in podobno – to je ljubiteljski »šoping«, ki nam na koncu močno poveča račun in zamegli bistvo. Klinična pot pa nas drži osredotočene na poti k cilju: pozdraviti je treba kolk!

Od klinične poti do slabe bolnišnice

Seveda je šlo v začetku vse gladko. Potem pa so znova nastopile težave: bolniki so dobivali pljučne embolije, pljučnice, krvavitve itd., ki se jih kljub klinični poti ni dalo spregledati. Zdravniki ne bi smeli odobravati novih diagnoz in kakorkoli prevzemati novih diagnostičnih tveganj, ki take diagnoze lahko prinesejo. A so se podobno kot bankirji vedli neodgovorno. Porabljali so veliko virov za nizek končni SPP (skupine primerljivih primerov – osnova za financiranje), ki nikakor ni pokrival stroškov obravnave. Pojavil se je izraz »slab bolnik«. Da ne bo pomote, to je lahko čisto prijazen gospod ali gospa, v ekonomskem pomenu pa prinese veliko stroškov za nizek SPP. In tu je srž problema bolnišnic, ki so zabredle v izgube. Z vidika SPP kvalitete govorimo o zelo širokem spektru bolnikov z bonitetno oceno C. Dejstvo je, da je na vratih bolnišnice dokaj nehvaležno opredeljevati verjetnost nepoplačila obravnave na ravni posameznega (še ne definirane) SPP primera, saj še nimamo pravih podatkovnih podlag v statistično merodajnih in dovolj dolgih časovnih serijah. Tu kot dodatne neznanke nastopajo še padanje vrednosti SPP-jev (je to lahko posledica

padca bonitetne ocene bolnikov?) in spremenljive cene zdravil in medicinske opreme.

Kot stroka smo mnenja, da morajo intenzivna obravnava bolnikov, sanacijske aktivnosti, premeščanje med bolnišnicami, revitalizacija zdravih jeder, pardon, organov znotraj bolnikov še vedno ostati domena medicine in ne poslovnih interesov, ki se s tovrstnimi zadevami ne bi smeli ukvarjati. Kljub temu pa ne smemo prezreti dejstva, da izguba, ki jo prinese prenehanje SPP, vodi v nezmožnost nakupa zdravil in opreme, posledično zdravljenje brez zdravil, ki pa je, kot smo omenili že zgoraj, še dražje, in končno do kolapsa sistema.

Rešitev je lahko le ena: treba je ustanoviti slabo bolnišnico.

Kako bi slaba bolnišnica lahko delovala?

Zametki takšnih uspešnih poslovnih modelov že obstajajo in ponekod jih nekoliko neposrečno imenujejo javno-zasebno partnerstvo.

Za začetek si pogledajmo, kako naj deluje dobra bolnišnica. Dobra bolnišnica ne bi smela dodatno obravnavati bolnikov, pri katerih bi se zaradi dodatnih novih diagnoz posledično povečevala verjetnost, da storitve ne bodo poplačane iz SPP. Niti ne bi smela obravnavati večjega števila bolnikov, kot je dogovorjeno s plačnikom, da ne bi zabredla v »SPP krč« in posledično v poslovne nevišnosti. Torej – dobra bolnišnica naj obravnava le »dobre bolnike«; take, ki imajo hitro ozdravljive bolezni, ki se s časom lahko pozdravijo tudi same od sebe in kjer ne pričakujemo zapletov. Diagnostične metode, ki bi jih uporabljali, ne bi smele odkrivati sekundarnih ali nepričakovanih stanj, v primeru le-teh pa bi morala obstajati možnost hitre premestitve v slabo bolnišnico. Zametki takšnih uspešnih poslovnih modelov že obstajajo in ponekod jih nekoliko neposrečno imenujejo javno-zasebno partnerstvo.

Pa si pogledajmo še slabo bolnišnico. Tako kot slaba banka, bi tudi slaba bolnišnica prinesla dobrobit šele na daljši čas, tako da bi takšen model moral obstajati na dolgi rok. Tu bi se koncentrirali slabi bolniki, za katere že vemo, da iz SPP-ja ne pokrivajo stroškov za

svojo obravnavo. Od kod potem kriti primanjkljaj? Tu je treba analogijo s slabo banko povsem opustiti, da ne bi zabredli na klinična stranpota nekaterih, na srečo redkih praks iz 40. let mračnega 20. stoletja. Nikakor ne moremo uporabljati pojmov, kot so »dokončna likvidacija«, »razprodaja po delih« in podobno. Tu se je potrebno vrniti na bistvo odnosa bolnik – zdravnik in na njuno skupno partnerstvo. V primeru »dokončne likvidacije« bi tudi zdravnik izgubil svoje bistvo, ker pač ne bi mogel zdraviti bolnikov. Izgubil bi možnost za lastno utelešenje in izpolnitev. Zato je resnični interes zdravnika dokapitalizirati »slabega bolnika« tudi iz lastnih sredstev (osebni dohodek, sponzorska sredstva, tombole, nabirke ...), ohraniti tisočletja dolg odnos in s tem rešiti svoje najgloblje bistvo. Pravo zadovoljstvo se namreč ne more meriti v denarju, pač pa z zadoščenjem ob pomoči bližnjemu v težavah, z iskrico v očeh, cvetočo česnjo in konec koncev tudi s pesmijo ptic v bolnišničnem parku po napornem dežurstvu. In videli boste – za to so zdravniki pripravljene prispevati tudi iz svojega žepa.

Prišli smo torej do pojma »slab bolnik« in »slaba bolnišnica«. Morda, boste rekli, zraven sodi tudi pojem »slab zdravnik«. Ampak o tem bi lahko besedovali kdaj drugič.

Cbe

O tem, kdaj je nujno zares NUJNO

Danica Rotar Pavlič

Razprave na temo, kaj je nujno in kaj ne, med zdravniki in bolniki v slovenskem prostoru potekajo že dlje časa. Očitno je, da se opredelitve in dojemanje *nujnosti* še vedno pomembno razlikujejo. Sama se ob tem najprej spomnim bolnice, pri kateri sem lani med pregledom v ambulanti pomislila, da je vzrok njenih težav neopredeljena tvorba v trebuhu (ta se je kmalu zatem izkazala kot paket bezgavk zaradi limfoma). Moj sum je še utrdil ultrazvočni izvid, tudi preiskava krvi je odstopala od normalnega stanja, vendar pa še ni kazala hudih odstopanj. Bolnico sem z napotnico »nujno« poslala v znan radiološki center in napisala, da je treba opraviti računalniško tomografijo trebuha. Še isti dan se je vrnila v mojo ambulanto z listkom papirja, na katerem je bila z roko napisana telefonska številka. V radiološkem centru so ji namreč naročili, naj jih pokličem, kar sem tudi nemudoma storila. Predstavila sem se in povedala, od kod kličem ter zakaj. »Kaj se vam zdi *nujno*?« se je zaslišal globok moški glas na drugi strani, ki se ni predstavil. Odgovorila sem, da v primeru bolnice, ki sem jo napotila k njim na pregled, sumim na maligno obolenje v trebuhu. »Razložil vam bom, kaj je *nujno*! *Nujno* je, če bolnik umira, če vidno krvavi, če je v šoku in če ga pripeljejo ležečega na postelji. Vaša bolnica pa je prišla sama. To ni *nujno*.« Odgovorila sem mu, da sem v strokovnih člankih brala, da je treba pri odkrivanju raka ukrepati hitro, ker s preprečevanjem zamud lahko zmanjšamo možnost podvojitve tumorskih mas in poznejših zasevkov. Sogovornikovemu vprašanju »Ali veste, koliko karcinomov leži tu v predalu?« je sledilo še kratko navodilo »Pošljite jo pod oznako *hitro*.« Najbrž ni treba posebej pojasnjevati, da oznaka *hitro* po navadi pomeni vsaj tri mesece čakanja na preiskavo ali pregled. Bolnica je zato še v istem tednu opravila samoplačniško preiskavo, ki je moj sum potrdila. Dva tedna pozneje je že začela z intenzivnim zdravljenjem, ki se uspešno nadaljuje tudi v tem letu. Ko je na Zavodu za zdravstveno zavarovanje (ZZZS) oddala vlogo za povrnitev sredstev in priložila samoplačniški izvid z računom, je dobila odgovor, da je vračilo sredstev utemeljeno, radiološki center pa je bolnici vrnil vplačana sredstva.

Nedavno smo prek internetnih povezav sindikata *Praktik.um* lahko spremljali razpravo o nujnih in nenujnih pregledih. Zdravnikom, ki delajo v enotah splošne nujne medicinske pomoči, je bilo namreč sporočeno, da bo treba nenujne preglede kmalu plačevati. In kdo bo opredeljeval nujnost bolnikovega obiska ter s tem upravičenost do plačila računa? Zdravnik, seveda! Vsi vemo, da je bila nujna medicinska oskrba doslej plačana v pavšalu, vendar tudi vemo, da v času »dežurstva« prihaja do velikega števila nenujnih pregledov in obravnav, ki torej niso neustrezno obračunani. Glede na dejstvo, da se bo ta praksa v kratkem končala in da bomo morali vsi začeti zaračunavati nenujne preglede, se zlasti nelagodno počutijo zdravniki v tistih zdravstvenih domovih, ki so še lani morali vračati denar za izstavljenе fakture, ki so bile izdane za nenujne obravnave v

dežurstvu in v prehospitalnih enotah nujne medicinske pomoči. Vračanje sredstev so vrednotili kot kazen.

Najbrž se še vsi spominjamo tragičnega primera bolnika, ki je pred leti prišel v sprejemno pisarno enote za splošno nujno medicinsko pomoč v Ljubljani. Tehnik ga je ob sprejemu opozoril, da mu bodo v primeru nenujne obravnave opravljeno storitev zaračunali. Ker bolnik ni želel tvegati plačila pregleda iz lastnega žepa, je z bolečino v prsnem košu odšel domov, kjer je kmalu zatem umrl. Od takrat se v omenjeni enoti izvaja triaža, v okviru katere medicinski tehnik opravi hitro anamnezo in izmeri življenjske funkcije (pulz, tlak, temperatura, saturacija). Na podlagi tako zbranih podatkov nato bolnika »vloži« v modro, zeleno, rumeno, oranžno ali rdečo mapo, pri čemer slednja zahteva takojšnje in nujno ukrepanje. Kljub takšnemu sistemu pa se še vedno lahko zgodi, da je bolniku, ki bi moral



biti razvrščen v oranžno ali rdečo mapo, »dodeljena« kakšna druga barva, ki pomeni (zanj morda usodno) čakanje na hodniku.

Pred leti je na urgenci zavladalo splošno razburjenje, ko je neka zdravnica hotela bolniku izprati ušesa. To se je vsem, še zlasti pa osebu v sprejemni pisarni, zdelo nedopustno, saj naj takšni posegi ne bi sodili na urgenco. Zdravnica je porabila veliko časa, preden jim je uspela dopovedati, da gre za opernega pevca, ki ima zvečer nastop in bi imel zaradi cerumna težave pri petju (oz. poslušanju sopevcev in orkestra). Kaj je nujno in kaj ne, je včasih res težko opredeliti ...

Strinjam se, da je treba storitev, kot je npr. odstranitev klopa, plačati, vendar bi se zaradi ustaljene tradicije utegnili bolniki tudi zaradi tega zgražali. Prav bi bilo, da bi zdravila za manjkajočo stalno terapijo v dežurnih ambulantah pisali na bele recepte ter s tem navajali bolnike na red in pravočasen dvig novih receptov. Po drugi strani pa sem sama že doživela, da je bila ta »pozabljena stalna terapija« zdravilo briliq, brez katerega bi lahko prišlo do hudega poslabšanja zdravja ali celo do smrti bolnika.

Kolega mi je pripovedoval, da je pred leti k njemu v času sobotnega dežurstva prišel nek gospod in zaradi bolečin zahteval intramuskularno injekcijo. Možaku, ki je bil brez zdravstvene izkaznice, je kolega pojasnil, da bo moral za protibolečinsko terapijo v obliki injekcije plačati 15 evrov, saj se ne šteje kot nujna, kar je gospod brez pripomb tudi storil. V nedeljo je z enako željo spet prišel v dežurno ambulanto in ker je nek drug zdravnik ocenil, da je storitev nujna, mu zdravljenja tokrat ni zaračunal. Zaradi različne obravnave je bolnik poslal pritožbo na Zavod za zdravstveno zavarovanje (ZZZS), ki je dva meseca pozneje od mojega kolega zahteval pisno pojasnilo, zakaj dajanja injekcije tisto soboto ni ocenil kot nujno storitev. Nič čudnega, če od takrat naprej nima več niti živcev niti energije, da bi vsakemu bolniku posebej pojasnjeval, kaj je nujno in kaj ne.

Čeprav se tole moje pisanje komu morda zdi pretirano, bom vseeno omenila še nekaj primerov. Zamislite si, kako se v dežurni službi počutijo t. i. pavšalisti, ki poleg prebivalstva v lastni občini »pokrivajo« še nujno ali nenujno oskrbo turistov (npr. v termah, na smučiščih itd.) ali so zadolženi za oskrbo oseb na vojaških ali civilnih letališčih, v centrih za pridržanje tujcev in centrih za odvajanje vseh vrst odvisnosti. Kaj pa vsi »nujni« obiski v ruralnem okolju, ki jih svojci ostarelih bolnikov ob klicu predstavijo kot težko dihanje ali sum na pljučnico, pozneje pa se izkaže, da gre zgolj za blažjo okužbo dihal? Večinoma ti primeri nikakor niso nujni! (Naj dodam, da sem nekega večera

med hitenjem na tak *nujen* obisk na dom k bolnici, ki naj bi se »dušila«, v trdi temi na natrpanem kmečkem dvorišču grdo poškodovala svoje vozilo.) Vsaka zdravnica z nekoliko daljšim delovnim stažem bo k tovrstnim primerom zlahka dodala še svoje trpke izkušnje z besedno ali fizično nasilnimi bolniki oz. njihovimi svojci. Pobuda za plačilo pregleda v takšnih primerih samo prilije olje na ogenj.

Koliko zahtevkov za plačilo nujnih pregledov bo v prihodnje s strani plačnika zavrženih? Tega seveda ne moremo vedeti; vemo pa, da se utegne najti kak strokovnjak, ki bo predlagal oblikovanje ustreznih seznamov diagnoz, na podlagi katerih se bo moč odločati o nujnosti pregleda. Izkušnje kažejo, da vsi naši bolniki zelo hitro usvojijo vsebino takšnih seznamov in nato vstopajo v ambulante dežurnih zdravnikov s pritožbami na račun bolečin v prsnem košu ali otrplosti zatilja. Ob tem naj navedem še en primer iz prakse, ko je bolnica, ki je pri specialistu družinske medicine vztrajno zatrjevala, da se močna bolečina nahaja v prsnem košu in se širi v levo ramo, svoj opis težav ob prihodu na internistično prvo pomoč diametralno spremenila. Izbrana zdravnica je lahko samo z grozo prebiralala odpustnico IPP-ja ...

Prav je za konec napisati še kaj o možnih rešitvah opisanih težav. Nekateri specialisti družinske medicine so vse bolj prepričani, da nujna medicinska pomoč ne sodi v njihov delokrog, zato bi jo bilo v prihodnje bolje organizirati izven družinske medicine. Prav tako ni slaba ideja, da bi brez izjeme izdajali račune za vse preglede v dežurstvih oz. zunaj rednega časa, ZZZS pa bi potem bolnikom ali njihovim pooblaščenim svojcem povrnil sredstva v višini, ki bi jo sam določil. Ne glede na vse skupaj pa menim, da z grožnjami po povrnitvi sredstev ne bi smeli obremenjevati že tako izgorelih zdravnikov, še zlasti ne tistih v urgentnih enotah.

Zaključujem z mislijo filozofa Konfucija, ki je nekoč zapisal: *Največja strahopetnost je, če veš, kaj je prav, in tega ne narediš.* Dodajam pa: Največja strahopetnost je tudi, če veš, kaj je narobe, pa si tega niti ne upaš povedati.

E-naslov: danica.rotar@gmail.com

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 9250 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.

Public Relations Department

Polona Lečnik Wallas, B. A.

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.

