

GLASILO ZDRAVNIŠKE ZBORNICE SLOVENIJE

Strokovna revija ISIS | leto XXII. | številka 6 | 1. junij 2013

ISIS





Družinska medicina danes

Mihael Demšar

Zanimanje mladih zdravnikov za specializacijo iz družinske medicine je majhno. Kljub veliki brezposelnosti mladih zdravnikov se na zadnjem razpisu specializacij niso zapolnila vsa razpisana mesta. Kje je mesto družinske medicine in kakšno vlogo opravlja družinski zdravnik v družbi danes?

V Sloveniji imamo na 100.000 prebivalcev 50 družinskih zdravnikov, v EU povprečno dvakrat več, v Avstriji, Nemčiji in Franciji pa trikrat več. Da ne gre le za statistične podatke, ampak tudi za ekstenzivne dimenzije, nam povedo naslednji podatki. Znaki preobremenjenosti družinskega zdravnika se kažejo predvsem v izgorelosti, večji obolevnosti in prezgodnji umrljivosti. Sleđnja izrazito izstopa pri družinskih zdravnicah, ki umirajo kar dvajset let prej kot ostale Slovenke. Je to vzrok za neprivlačnost te specialnosti?

Razlogi so seveda raznoliki, vendar dejstvo ostaja, da je dobra družinska medicina zagotovilo za strokovno in tudi finančno vzdržnost celotnega zdravstvenega sistema, zato so spremembe nujne. Źal se v času razcveta slovenskega gospodarstva ni dovolj vlagalo v osnovno zdravstvo, v času krize pa je še težje. Kljub temu se da z malo denarja doseči veliko. Kajti ne gre le za finančne, ampak tudi konceptualne in strokovne zadeve. Upam, da politika pozna izračune, da se vsak evro, vložen v delovanje in v nove time družinskih zdravnikov, trikrat povrne. Študije kažejo, da dodaten zdravnik družinske medicine na sto tisoč prebivalcev zmanjša stopnjo hospitalizacij za 6 odstotkov, zmanjša obiske v urgentni službi za 10 odstotkov, zniža stopnjo umrljivosti za 6 odstotkov ter zmanjšuje neenakost v obravnavi različnih družbenih slojev prebivalstva.

V kolikor želimo v naslednjih desetih letih doseči evropsko povprečje, bomo morali izobraziti in zaposliti približno 500 dodatnih družinskih zdravnikov. Ko bomo dosegli ta cilj, bo to za plačnika pomenilo 50 milijonov evrov večji strošek letno, kar predstavlja manj kot 2 odstotka celotne zdravstvene pogače.

Razbremenitev družinskega zdravnika je možna takoj, in to brez večjih finančnih sredstev, kajti obremenjeni niso predvsem s strokovnim delom, ampak z drugimi, tudi administrativnimi zadevami. Kaj bi se dalo narediti? Na primer, odsotnost z dela do 3 dni bi enkrat letno lahko odobril delodajalec, medicinsko-tehnične pripomočke bi predpisovala



patronažna sestra, nenujne reševalne prevoze bi odredile diplomirane medicinske sestre v referenčnih ambulantah, predloge za invalidsko komisijo bi pisali specialisti medicine dela, prometa in športa, razlago pravil zdravstvenega zavarovanja bi prevzele službe na območnih enotah ZZZZ itd. Neracionalno je tudi pisanje naporic za kontrolne specialistične preglede, ki si jih specialisti naročajo sami. Družinski zdravnik pri tem izgubi vlogo »vratarja« za vstop na sekundarno oz. terciarno raven.

Svetla točka v razbremenitvi se kaže z uvedbo elektronskega recepta. Program je izdelan že do te mere, da je v poizkusni fazi, in ob koncu leta 2013 bi ga lahko uvedli v vseh ambulantah družinske medicine, pediatrije in ginekologije na primarni ravni.

Največji stopnji obremenitve in stresa so izpostavljeni družinski zdravniki v krajih, kjer morajo v času rednega dela opravljati tudi urgentno službo na terenu. V teh krajih bi bilo smiselno organizirati delo po ameriškem vzoru z reševalcem in zdravstvenim tehnikom.

Tretjina družinskih zdravnikov že ima referenčno ambulanto, ki zdravnika bistveno ne razbremeni, pomeni pa veliko pridobitev za bolnika. V teh ambulantah je za polovični čas na novo zaposlena diplomirana medicinska sestra, ki opravlja preventivne preglede ter vodi zdravljenje bolnikov z nekaterimi urejenimi kroničnimi boleznimi. Menim, da je program dela v referenčni ambulanti dober in ga je treba nadgrajevati ter postopno širiti v vse družinske ambulante.

Mladi zdravniki čakajo na razpis zelene specializacije, ki v večini primerov, žal, ni družinska medicina. Raje so brezposelni, kot da bi prevzeli to izjemno lepo in strokovno zahtevno delo, v katerem se srečajo z realnim človekom, njegovo usodo in značajem, in ne le s pacientom in »stranko«. Verjamem,

da se to lahko spremeni in da bo čez deset let obremenjenost družinskega zdravnika v Sloveniji primerljiva z obremenjenostjo kolegov v EU. Ker bo po zadnjem razpisu specializacij ostalo še vedno več kot 100 mladih zdravnikov brez zaposlitve, bo zbornica predlagala jeseni še en razpis izključno za družinsko medicino. Zaposlitev kandidata kot sobnega zdravnika ali podaljšanje sekundariata na eno leto je neprimerno, ker daje lažno upanje v doseg zelene specializacije, obenem pa odmika rok specialističnega izpita. S tem izgubljam najproduktivnejša leta mladega zdravnika, obenem pa ne okrepimo kadrovske »podhranjenega« segmenta zdravstva.

Za širitev mreže družinskih ambulant vidim najprimernejši način v ponovni uvedbi učnih ambulant. Specializanta bi bolniki pri mentorju spoznali ter se tako lažje odločili za vpis v novonastajajočo ambulanto. V tem načinu vidim možnost, da iz ene velike ambulante nastaneta dve manjši s 1500 glavarinskimi količniki, kar je strokovno sprejeti ciljni normativ v družinski medicini. Podroben opis širjenja mreže z učnimi ambulantami se že pripravlja.

Upam, da bo slovenski družinski zdravnik vzdržal v pogojih, v katere ga je pripeljala zgrešena politika preteklih let, in da bo še vedno delal brez čakalne dobe in vsak dan izpraznil čakalnico. Hkrati pa si želim in pričakujem, da bo ministrstvo vodilo zdravstveno politiko razumno ter izpeljalo predlagane spremembe v družinski medicini, ki finančno niso zahtevne, za slovensko zdravstvo pa ključne.

Naj zaključim: družinska medicina je čudovit poklic, ki zahteva celostno zgrajenega zdravnika; s širokim znanjem in empatičnim odnosom do pacienta je poklic, v katerega se spleča vlagati in ga postaviti na najvišjo stopničko na lestvici specialnosti sodobne medicine.

E-naslov: mibael.demsar@amis.net

Prošnja organizatorjem strokovnih srečanj

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

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

Uredništvo



Med slovenskimi in svetovno znanimi umetniki je nemalo takih, ki so trpeli zaradi duševnih bolezni, od bipolarnе motnje do shizofrenije ter drugih psihičnih bolezni, ki so vplivale na njihovo ustvarjalnost. Med njimi je neredka tudi prekomerna uporaba poživil, pa naj si bo alkohol, zdravila ali psihoaktivne snovi. Več je tudi hospitalizacij v psihiatrične ustanove, pa tudi samomorov. To potrjujejo številni umetniški geniji ... Več v prispevku na strani 47.

Na naslovni strani je reprodukcija slike Riharda Jakopiča z naslovom Alkoholik iz leta 1901 (olje na platno, velikost 54 x 39 cm, Narodna galerija Slovenije, inv. št. 1386; foto Bojan Salaj).

Kazalo

■ UVODNIK

Družinska medicina danes 3

Mihael Demšar

■ ZBORNICA

Iz dela zbornice 9

Seminarji in delavnice za člane

Zdravniške zbornice Slovenije 12

Razpored seminarjev in prijave 15

■ AKTUALNO

Položen temeljni kamen prizidka

Medicinske fakultete v Ljubljani 17

Zvonka Zupanič Slavec

Interdisciplinarni pristop pri oblikovanju

dobrih praks na področju zlorabe drog 18

Jasna Čuk Rupnik

Študenti Medicinske fakultete v

Ljubljani proti zlorabi alkohola 19

Zvonka Zupanič Slavec

Psihopatija kot javnozdravstveni problem 19

Dušan Nolimaj

Davek in zdravje 26

Nina Mazi

■ PERSONALIA

Opravljeni specialistični izpiti 30

Doseženi doktorski naslovi na

Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru 30

■ IZ EVROPE

Kiborgoetika 31

Boris Klun

Štirideset let transplantacij v KBC Zagreb 31

Boris Klun

Nova specializacija za patologe 32

Boris Klun

■ MLADI ZDRAVNIKI

Sestanek mladih zdravnikov in zobozdravnikov 33

Helena Haskaj

Rad simuliram ... pa nisem hipohonder ... 34

Peter Poredoš

■ FORUM

Ustavimo konje 36

Matjaž Rode

Za vrednost zdravniškega dela 37

Marjan Fortuna

Spoštovane kolegice in kolegi, zdravnice in zdravniki! 37

Beseda predsednika ob pismu mlade zdravnice 38

Andrej Možina

■ INTERVJU

Prim. Diana Gvardijančič, dr. med. 39

Štefan Grosek

Dober zdravnik je motiviran zdravnik 43

Polona Lečnik Wallas

■ IZ ZGODOVINE MEDICINE

Duševne bolezni in slikarstvo 47

Zvonka Zupanič Slavec

■ OBLETNICA

Diagnostični center Bled 50

Zvonka Zupanič Slavec, Marija Gorenšek Moškon

■ ZANIMIVO

Predstavitev knjižnega opusa prim. dr. Velimirja

Vulikiča v Zdravniški zbornici, 8. aprila 2013 55

Vito Vrbič

Strokovni izlet članov Medikohistorične

sekcije SZD s študenti medicine na Dunaj 56

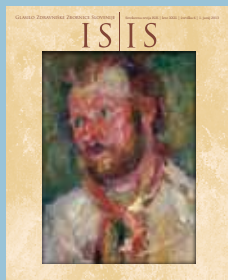
Elko Borko

Antropologija že drugič na kongresu

preventivne medicine Slovenije 58

Maruška Vidovič

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



- O rodovniku zdravnika psihiatra in pisatelja Bogomirja Magajne (1904–1963) 60
Jožica Planinc
- **MEDICINA**
- Uvajanje testiranja občutljivosti za protimikrobna zdravila po smernicah EUCAST v Sloveniji 62
Iztok Štrumbelj, Andrej Golle, Miroslav Petrovec, Mateja Pirš, Mario Poljak, Katja Seme
- Tahikardija pri otroku in mladostniku – rezultati kateterske ablacije v Ljubljani 63
Matjaž Šinkovec
- Akutna stanja 5 65
Matej Strnad, Petra Klemen
- Pravica do življenja in do dostojne smrti, Etika v medicinski znanosti 66
Jelka Reberšek Gorišek
- Drugo srečanje DiaMind (Diabetes & Mind) 68
Jurij Hanžel
15. Simpozij zobnih boleznin in endodontije na Bledu 70
Maja Gluvič
- Sestanek Sveta EBCOG 72
Živa Novak Antolič
- **STROKOVNE PUBLIKACIJE**
- Alenka Kraigher, Alojz Ihan, Tadej Avčin: Cepljenje in cepiva – Dobre prakse varnega cepljenja 75
Alenka Radšel Medvešek
- Sistematična analiza globljih vzrokov napak in njihovo preprečevanje 76
Andrej Robida
- **V SPOMIN**
- Asist. dr. Janko Kovač, dr. med. (20. 3. 1968–20. 3. 2013) 78
Vladimir Premru
- **S KNJIŽNE POLICE**
- Tadej Brate: Zgodovina slovenskih železnic na razlednicah 79
Marjan Kordaš
- Tone Pavček: Angeli 80
Nina Mazi
- **STROKOVNA SREČANJA** 82
- **MALI OGLASI** 88
- **ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU**
- Pomladanska svežina barv in blagoglasno petje zbora Florence v razstavišču 90
Ksenija Slavec
- Pesmi 93
Tomaz Rott
- Zeleni Jurij 94
Andrej Rant
- Morda sem hrast vzravnal 94
Andrej Rant
- Kresnice 94
Andrej Rant
- Bilo je nemalokrat težko, toda kljub vsemu lepo, vredno začetne zdravniške poti 95
Karolina Godina
- Kaznovanje 96
Albert Juteršek
- Maji 97
Tomaz Rott, Urška Gantar Rott
- **ZAVODNIK**
- Nesprejemljiva površnost 105
Boris Klun

Impressum

LETO XXII., ŠT. 5, 1. junij 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.zdravniskazbornica.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.zdravniskazbornica.si>
Isis online: ISSN 1581-1611
T: 01/30 72 152, F: 01/30 72 109
E: isis@zss-mcs.si

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

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

TEHNIČNA UREDNICA, LEKTORICA / EDITOR, REVISION

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

UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI / EDITORIAL BOARD AND JOURNALISTS

prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med.
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 Mesec, dr. med., svet.
prof. dr. Crt 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 Zwitner, 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 (velikost črk 12 pt, oblika pisave
times new roman). Dolžina člankov
je omejena na 25.000 znakov – štetje
brez presledkov. V kolikor bi radi v
članku objavili tudi fotografije, naj bo
članek sorazmerno krajši – 1000 znakov
brez presledkov za vsako objavljeno
fotografijo.

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 ali drugega podjetja in
če v članku obravnavate farmacevtske
izdelke ali medicinsko opremo, morate
navesti konflikt interesov.

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

Poročila s strokovnih srečanj

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

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

Nekrologi

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

Izjava uredništva

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

Letna naročnina

Letna naročnina za nečlane (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. Poština je plačana pri pošti 1102
Ljubljana.

ISIS

Sodelovali

Prim. prof. dr. Elko Borko, dr. med.,
Maribor • **Prim. Jasna Čuk Rupnik**,
dr. med., ZD Logatec • **Mihael**
Demšar, dr. med., Zdravniška
zbornica Slovenije • **Prim. Marjan**
Fortuna, dr. med., Kranj • **Urška**
Gantar Rott, dr. med., Ljubljana
• **Maja Gluvič**, dr. dent. med.,
Osnovno zdravstvo Gorenjske, ZD
Jesenice • **Mag. Karolina Godina**,
dr. med., Celje • **Asist. Andrej**
Golle, dr. med., ZZV Maribor •
Marija Gorešek Moškon, mag.
farm., Diagnostični center Bled •
Doc. dr. Štefan Grosek, dr. med.,
Univerzitetni klinični center
Ljubljana, SPS Kirurška klinika, KO
za otroško kirurgijo in intenzivno
terapijo • **Jurij Hanzel**, študent
medicine na MF v Ljubljani •
Helena Haskaj, dr. med., Komisija
za mlade zdravnike • **Prof. dr.**
Albert Juteršek, dr. med., Kamnik •
Asist. mag. Petra Klemen, dr. med.,
ZD dr. Adolfa Drolca Maribor •
Prof. dr. Boris Klun, dr. med., višji
svetnik, Ljubljana • **Akad. prof. dr.**
Marjan Kordaš, dr. med., Ljubljana
• **Polona Lečnik Wallas**, univ. dipl.
soc., Zdravniška zbornica Slovenije •
Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana
• **Medicinska fakulteta Univerze v**
Mariboru • **Prim. Andrej Možina**,
dr. med., Zdravniška zbornica
Slovenije • **Mag. Dušan Nolimal**, dr.
med., Inštitut za varovanje zdravja
RS • **Prof. dr. Živa Novak Antolič**,
dr. med., Univerzitetni klinični center
Ljubljana, SPS Ginekološka klinika

• **Izr. prof. dr. Miroslav Petrovec**, dr.
med., Medicinska fakulteta Univerze
v Ljubljani • **Asist. Mateja Pirš**, dr.
med., Medicinska fakulteta Univerze
v Ljubljani • **Jožica Planinc**, Divača
• **Prof. dr. Mario Poljak**, dr. med.,
Medicinska fakulteta Univerze v
Ljubljani • **Asist. Peter Poredoš**, dr.
med., Komisija za mlade zdravnike
• **Mag. Vladimir Premru**, dr.
med., Univerzitetni klinični center
Ljubljana, SPS Interna klinika, KO za
nefrologijo • **Prof. dr. Alenka Radšcl**
Medvešček, dr. med., Ljubljana
• **Andrej Rant**, dr. dent. med.,
Ljubljana • **Prim. Jelka Reberšek**
Gorišek, dr. med., Maribor • **Izr.**
Prof. dr. Andrej Robida, dr. med.,
Bled • **Izr. prof. dr. Matjaž Rode**, dr.
dent. med., višji svetnik, Ljubljana
• **Prof. dr. Tomaž Rott**, dr. med.,
Ljubljana • **Prof. dr. Katja Seme**, dr.
med., Medicinska fakulteta Univerze
v Ljubljani • **Ksenija Slavec**, dr. med.,
Kranj • **Asist. dr. Matej Strnad**, dr.
med., ZD dr. Adolfa Drolca Maribor
• **Doc. dr. Matjaž Šinkovec**, dr.
med., Univerzitetni klinični center
Ljubljana, KO za kardiologijo •
Mag. Iztok Štrumbelj, dr. med.,
ZZV Murska Sobota • **Dr. Maruška**
Vidovič, Inštitut za varovanje zdravja
RS • **Prof. dr. Vito Vrbič**, dr. dent.
med., višji svetnik, Ljubljana • **Prof.**
dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr.
med., Medicinska fakulteta Univerze
v Ljubljani, Inštitut za zgodovino
medicine •

Iz dela zbornice

70. redna seja skupščine Zdravniške zbornice Slovenije

V torek, 23. aprila 2013, je v Domus Medica potekala 70. redna seja skupščine ZZS.

Poslanci so obravnavali finančno poslovanje zbornice v letu 2012, se seznanili s poročilom o skrbstvenem skladu, poročilom nadzornega odbora in potrdili plan finančnega poslovanja zbornice v letu 2013. Predstavljena je bila tudi problematika izobraževanja in zaposlovanja mladih zdravnikov.

Največjo pozornost pa je pritegnila predstavitev Strategije zdravniških organizacij kot izhod zdravstva iz krize. Dokument je v fazi usklajevanja in bo javnosti predstavljen v svoji zaključni obliki. Cilj dokumenta je izoblikovati kratkoročne ukrepe za stabilizacijo zdravstvene blagajne v času 12 mesecev, izoblikovati srednje- in dolgoročne ukrepe za pravično, solidarno, vzdržno usmeritev slovenskega zdravstva, ki bo hkrati dalo odgovor, kako slediti inovativni medicini, ki postaja vse dražja.

Skupščine ZZS se je udeležil tudi minister za zdravje Tomaž Gantar, ki je poslance nagovoril: »Pri izpeljavi zdravstvene reforme je ključno sodelovanje vseh zdravnikov. Reforme bodo izpeljane in bodo zagotavljale še naprej visoko strokovno raven dela in kakovostno obravnavo pacientov«.

Celotno sporočilo za javnost lahko preberete na spletni strani zbornice: <http://www.zdravniskazbornica.si/>

Svet za izobraževanje zdravnikov

Svet za izobraževanje zdravnikov (SIZ) je na svoji 6. seji, ki je bila 18. aprila 2013, sprejel sklep, da postopek določanja članov in predsednikov izpitnih komisij za specialistične izpite ostane v pristojnosti SIZ-a ter se izvaja po ustaljenih postopkih. Prav tako so sprejeli odločitev glede tretjega člana, ki je bil do sedaj

specialist druge specialnosti, odslej pa se bo glede specialnosti odločila vsaka stroka posebej. Takšno odločanje mora biti transparentno in mora zagotavljati enakomerno imenovanje vseh možnih predsednikov in članov izpitnih komisij. Postopek imenovanja članov in predsednikov komisij za specialistične izpite, ki je bil zaključen sredi leta 2012, se dopolni tako, da se Medicinsko fakulteto v Mariboru povabi k podaji predlogov za predsednike in člane. Zbornica bo predloge obravnavala po veljavnih postopkih.

Javnost na novinarski konferenci obvestili o sodobnih smernicah in dosežkih v kardiologiji

Združenje slovenskih kardiologov je pred strokovno-znanstvenim srečanjem Sodobna kardiologija 2013 organiziralo novinarsko konferenco, na kateri so javnost obvestili o sodobnih smernicah, razvoju in dosedanjih dosežkih kardiologije. Predsednik Združenja kardiologov Slovenije **doc. dr. Zlatko Fras, dr. med.**, je povedal, da je za kardiovaskularno medicino v Sloveniji namenjenih okoli 263 milijonov evrov. Znesek, ki je glede na lanske statistične podatke v Sloveniji

namenjen kardiovaskularni medicini, pomeni osem odstotkov zdravstvenega proračuna oz. 130 evrov na prebivalca. Pri tem je Fras pojasnil, da je v EU za kardiovaskularno medicino namenjenih okoli 106 milijard evrov, kar pomeni 212 evrov na prebivalca. »Naš cilj je priti na devet odstotkov zdravstvenega proračuna,« je povedal in dodal, da je slovenska kardiovaskularna medicina na konkretnih primerih lahko »svetilnik v Evropi«. **Izr. prof. dr. Igor Kranjec, dr. med.**, iz Univerzitetnega kliničnega centra (UKC) Ljubljana je opozoril: »Srčni infarkt je še vedno mora za našo kardiologijo, za našo populacijo,« in dodal, da ljudje, ki doživijo infarkt, za pomoč zaprosijo povprečno šele po 90 minutah. Po njegovih besedah je zaskrbljujoče tudi, da od prvega stika bolnika z zdravnikom do posega po nekaterih podatkih mine 134 minut. Da je težavna prepozna prošnja za pomoč pri ljudeh s srčnim infarktom, je opozoril tudi podpredsednik združenja **asist. dr. Dragan Kovačić, dr. med.**, iz Splošne bolnišnice Celje. Eden od ciljev združenja je po njegovih besedah, da znotraj združenja oblikujejo šolo kardiologije, kjer bi se izobraževali vsi zdravniki. Poudaril je, da je zelo pomembno tudi izobraževanje javnosti



o tem, da je pri bolečinah v prsih nujno treba k zdravniku, in o preventivnih ukrepih. Tudi po besedah **asist. dr. Boruta Juga, dr. med.**, iz UKC Ljubljana so preventivni ukrepi zelo pomembni, saj lahko v Sloveniji 50-odstotno zmanjšanje umrljivosti zaradi srčno-žilnih boleznih pripišemo prav temu. »Preventiva je segment, pri katerem se najmanj spleča varčevati,« je dodal.

Koordinatorji in namestniki koordinatorjev specializacij

V Domus Medica so se 14. maja sestali koordinatorji in namestniki koordinatorjev zdravniških specializacij. Predsednica Sveta za izobraževanje zdravnikov prof. dr. Bojana Beovič in prof. dr. Borut Geršak, predsednik Komisije za podiplomsko usposabljanje, sta jih seznanila s stanjem zaposlovanja

mladih zdravnikov, potekom specializacij, sobnih zdravnikov, volontiranjem in izdajanjem potrdila o dobrem imenu. Podali so stanje o trajanju specializacij v EU ter še enkrat poudarili pomembno vlogo koordinatorjev pri razpisu specializacij. Srečanja se je udeležilo 27 koordinatorjev oziroma njihovih namestnikov.

Predstavniki hrvaške zbornice obiskali Domus Medica

Predsednik Zdravniške zbornice Slovenije prim. Andrej Možina, dr. med., je v ponedeljek v prostorih Domus Medica sprejel predstavnike Hrvaške zdravniške zbornice. V delegaciji, ki jo je vodil prim. Egidio Čepulić, dr. med., svetovalec predsednika, so bili še prim. Katarina Sekelj - Kauzlarić, dr.

med., vodja službe strokovno-medicinskih zadev, Nikolina Budić, dipl. prav., glavni tajnik, Maja Lacković, dipl. prav., vodja pravne službe, Vesna Gros, vodja glavne pisarne, Mijo Karaula, dipl. prav., strokovni sodelavec.

Na delovnem sestanku so se seznanili z delovanjem Zdravniške zbornice Slovenije, predvsem s slovenskimi izkušnjami na področju priznavanja poklicnih kvalifikacij zdravnikov in zobozdravnikov znotraj EU. Hrvaška namreč čez dober mesec vstopa v EU, njihova zdravniška zbornica pa je pooblaščenca, da vodi postopke priznavanja kvalifikacij. Te postopke v Sloveniji vodi Ministrstvo za zdravje, zdravnikom iz EU pa zbornica na podlagi odločbe ministrstva le izda licenco. Pogovori so potekali še o drugih vedno aktualnih temah zdravništva v eni in drugi državi. Dogovorili pa smo se tudi o okrepitvi medsebojnega sodelovanja, ki je v zadnjem času nekoliko zamrlo. Na koncu obiska so si ogledali slovensko zdravniško hišo Domus Medica.



Ob svetovnem dnevu hipertenzije, 17. maju 2013 – Zdrav krvni tlak, zdrav srčni utrip

Sekcija za hipertenzijo in Slovensko zdravniško društvo sta ob svetovnem dnevu hipertenzije javnost opozorila na pomembnost urejenega krvnega tlaka in normalnega srčnega utripa. Vsako leto namreč na svetu umre 9,4 milijona ljudi in 1,5 milijarde se jih obravnava zaradi visokega krvnega tlaka ali hipertenzije. Hipertenzija je največji posamezni dejavnik tveganja

za smrt na svetu. Hipertenzija ima za posledico srčne bolezni, možgansko kap in ledvične bolezni. V Sloveniji ocenjujemo število prebivalcev na 2.046.976, od tega ima hipertenzijo okoli 800.000 in neurejeno 560.000. To so številke, nad katerimi se lahko resno zamislimo, kajti vsi ti ljudje imajo močno povečano tveganje za nastanek možganske kapi, odpoved srca, srčni infarkt in končno odpoved ledvic.

Nad zdravstvenim stanjem ljudi so najbolj zaskrbljeni prav specialisti družinske medicine

Ob svetovnem dnevu družinske medicine sta Združenje zdravnikov družinske medicine ter Slovensko zdravniško društvo javnost opozorila na izreden pomen poklica specialista družinske medicine. Specialisti družinske medicine so zaskrbljeni nad zdravstvenim stanjem prebivalcev RS, saj se vse pogosteje srečujejo z ljudmi, ki jih je ekonomska stiska privedla na rob preživetja. So pa lahko ponosni, saj je nedavna raziskava dokazala, da specialisti družinske medicine več kot 80 odstotkov vseh primerov rešijo v okolju svoje ambulante, brez napotitev k drugim specialistom.

Sodelujoči so med drugim izpostavili nekaj značilnosti, ki najbolj opredeljujejo družinsko medicino v našem prostoru: družinska medicina je ena najmlajših strok pri nas, kot specialnost je družinska medicina najštevilčnejša, saj šteje več kot 950 zdravnikov, je najbolj deficitarna stroka, saj nam glede na povprečje v Evropi manjka skoraj 500 zdravnikov. Predstavljena je bila anketa »Zakaj sem rad družinski zdravnik«, ki je bila izvedena med evropskimi kolegi. V odgovorih je bila poudarjena raznolikost, dinamičnost, poznavanje bolnika, kontinuiteta odnosa med bolnikom in zdravnikom, obiskovanje bolnika na njegovem domu. Zanimiv je statistični podatek, da imajo odrasli z izbranim družinskim zdravnikom v primerjavi z odraslimi z izbranim specialistom druge stroke 33 odstotkov

nižje stroške zdravljenja in 19 odstotkov manjšo verjetnost za smrt.

Slovenska družinska medicina uživa v evropskem prostoru precejšen ugled, saj slovenski družinski zdravniki izvajajo številne raziskovalne projekte v okviru mednarodnih raziskovalnih skupnosti (npr. EURACT), mednarodne raziskovalne projekte v okviru EU ter bilateralne raziskave. Na področju družinske medicine je bilo do današnjega dne podeljenih 21 doktoratov znanosti in 39 magistrskih naslovov.

Usmerjenost v bolnika, empatija, humanost in sočutje so neogibne lastnosti družinskega zdravnika, ne glede na starost. Družinski zdravniki so zaskrbljeni zaradi socialnih razmer, ki pacientom ovirajo dostop do zdravil, do ambulant in do zdravstvenega zavarovanja.

Sodelujoči so na koncu izpostavili, da preobremenjenost zmanjšuje kakovost obravnave bolnikov in spravlja zdravnike v stisko. Ureditev razmer v družinski medicini je neločljivo povezana z investicijami v osnovno zdravstvo, brez njih problem ni rešljiv.

Predsednik Zdravniške zbornice Slovenije, prim. Andrej Možina, dr. med., je ob zaključku novinarske konference družinskim zdravnikom čestital za njihov praznik in jim izrazil priznanje in podporo z besedami: »V celoti se zavedamo problematike na tem področju in zastavili bomo vse sile za reševanje teh vprašanj. Družinski zdravniki imajo v zdravstvenem sistemu ključno vlogo, saj se večina zdravstvenih problemov začne in konča na njihovem nivoju.«

Sestanek s koordinatorji in namestniki koordinatorjev specializacij

Izr. prof. dr. Bojana Beović, dr. med., predsednica Sveta za izobraževanje zdravnikov pri ZZS, in prof. dr. Borut Geršak, dr. med., predsednik Komisije za podiplomsko usposabljanje pri ZZS, sta 14. maja 2013 v Domus Medica prisotne seznanila s potekom spomladanskega

razpisa specializacij, s problematiko zaposlovanja sobnih zdravnikov, izpostavljena pa je bila tudi problematika odhajanje zdravnikov v tujino. Zbranim sta povedala, da obstaja upanje, da bo tudi letos jesenski razpis, vendar manjši. Po novem naj bi bile specializacije financirane tudi s stani zdravstvenih ustanov. Glavni zaključki sestanka:

- Preveriti in vzpostaviti je treba argumentirano mrežo zdravniških delovnih mest.
- Povečati vpliv ZZS pri razpisu specializacij.
- Osredotočiti se na problematiko družinske medicine in povečati njeno privlačnost.
- Medicinski fakulteti povabiti k sodelovanju pri pripravi razpisa, da bi bilo posledično število razpisanih mest na fakulteto bolj usklajeno s kasnejšim razpisom specializacij.

Sprejet je bil sklep, da vsaka specialnost, kjer postaja problem preozka specializiranost, pripravi predloge programov specializacij, ki bi omogočali delo zdravnika kot splošnega kirurga ali internista, oziroma določiti, kakšno delo lahko opravljajo sedanji specialisti. Slednje naj sporoči Svetu za izobraževanje in usposabljanje zdravnikov.

Ključni sta dve vlogi koordinatorjev: urejanje poteka specializacije (vstop, program specializacije, izvajanje) in priprava časovno in krajevno opredeljenih potreb po zdravnikih določenih specialnosti. Pri tem naj bi koordinatorji sodelovali z zbornico in strokovnimi sveti na svojem področju.

Seminarji in delavnice za člane Zdravniške zbornice Slovenije

Junij

Obvladovanje stroškov: Izzivi in priložnosti, 3. srečanje timov v DSO/SVZ

Sekcija domskih zdravnikov skupaj z Zdravniško zbornico Slovenije organizira **3. srečanje timov** iz domov starejših občanov in socialnovarstvenih zavodov, ki bo letos obravnavalo naslednje pereče teme:

- izobraževanje in dodatno usposabljanje zdravnikov družinske/splošne medicine, ki delajo v DSO/SVZ,
- povezovanje zdravnikov družinske/splošne medicine, ki delajo v DSO/SVZ,
- preprečevanje, ugotavljanje, obvladovanje bolnišničnih okužb v DSO/SVZ,
- stališča zdravnikov, zdravstvenih domov, DSO/SVZ, ZZS, SSZS in stroke (SPOBO) glede naročanja, izvajanja in plačila stroškov preprečevanja, ugotavljanja, obvladovanja bolnišničnih okužb v DSO/SVZ,
- upravičenost naročanja in izvajanja prevozov varovancev DSO/SVZ na stroške ZZS,
- predpisovanje, naročanje medicinskih pripomočkov v DSO/SVZ, prenos kompetenc za ponovno predpisovanje naročilnic (za plenice) na dipl. m. s.,
- naročniki, izvajalci, plačniki, uporabniki in koordinatorji pravila in določbe različno interpretirajo,
- poenotenje stališč ZZS, SSZS glede predpisovanja MP varovancem DSO/SVZ, ki so/niso v kategoriji zdravstvene nege,
- varna uporaba zdravil pri starostnikih.

Programski odbor: Tanja Petkovič, dr. med., asist. Marko Drešček, dr. med., Iris Hvala Krušič, dr. med.

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.

Vtisi iz seminarjev z Metko Komar:

Delavnice z gospo Metko Komar so zares koristne za uspešnejše soočenje z izzivi v poklicnem in zasebnem življenju. Priporočam jih vsem, ki si želijo več od življenja, bolj kakovostne odnose v domačem in službenem okolju.

Polonca Kovačič, dr. med.

Junij

Nujna medicinska pomoč za ekipe v zobozdravstvu

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

Tečaj obsega:

- predstavitev vzrokov za nenaden zastoj življenjskih funkcij,
- prepoznavo zastoja življenjskih funkcij,
- pravilno ukrepanje ob zastoj življenjskih funkcij (temeljni postopki oživljanja in uporaba avtomatskega defibrilatorja),
- uporabo pripomočkov pri oživljanju,
- skrb za varnost in uporabo zaščitnih sredstev pri oživljanju,
- 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.

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.

September

Odnos s pacienti - Kako rečem »ne« brez občutka krivde (seminar)

Kdaj prijaznost postane ustrežljivost in z njo škodimo sebi?

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

- pacient tarna in se pritožuje, kako ga boli hrbtenica in da ne more delati. Diagnoza tega ne pokaže. Vse kaže na to, da hoče izsiliti bolniški dopust. Pacient pritiska;
- **kako rečem »ne«, da ohranim svojo strokovno avtoriteto in človeško dostojanstvo?**
- zakaj se občasno, ko sem odločen ali se postavim zase – počutim krivega?

Seminar vodi ga. Metka Komar.

Program in prijavnico najdete na naši spletni strani.

September

Učinkovito reševanje konfliktov s pacienti (seminar)

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

Seminar vodi ga. Metka Komar.

Program in prijavnico najdete na naši spletni strani.

Oktober

NOVO

Vodenje in (so)delovanje zdravniškega tima (seminar)

»Tim je uspešen toliko, kot je močan njegov najšibkejši člen.« S tem je izražena skrivnost timskega delovanja, s katero se bomo seznanili na seminarju: močni posamezniki, ki sodelujejo, ko izvajajo skupne cilje.

Sodelovanja se začnemo učiti v »peskovniku«; žal te navade izvajamo, tudi ko smo odrasli, zato je sestavni del vzpostavljanja timov, da se učimo novih veščin. Vsak tim gre skozi štiri faze, preden se vsi njegovi »členi opolnomočijo«: postavijo način organiziranja dela, ki zagotavlja doseganje skupnih ciljev, naučijo se odločanja, reševanja problemov, vodenja in samonadzora.

Seminar vodi ga. Metka Komar.

Program in prijavnico najdete na naši spletni strani.

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.

Razpored seminarjev in prijave

ŠT.	NASLOV STROKOVNEGA SREČANJA	DATUM	URA	PRIJAVNICA	SPI TOČKE	KOTIZACIJA
1.	Verbalna in neverbalna komunikacija (delavnica)	junij: 6. 6. 2013	9.00–16.30	na spletu	6	144 EUR (DDV je vključen). Upokojenci imajo 25% popust.
2.	Obvladovanje stroškov: izzivi in priložnosti, 3. srečanje timov DSO/SVZ	junij: 13. 6. 2013	9.00–15.00	na spletu	v postopku	Kotizacije ni.
4.	Nujna medicinska pomoč, delavnice za ekipe v zobozdravstvu	september 2013	8.00–15.30	mic@zss-mcs.si	8	147 EUR (DDV je vključen).
5.	Učinkovito reševanje konfliktov s pacienti (seminar)	september: 17. 9. 2013	9.00–16.00	na spletu	5,5	120 EUR (DDV je vključen). Upokojenci imajo 25% popust.
6.	Odnos s pacienti – Kako rečem »ne« brez občutka krivde (seminar)	september: 30. 9. 2013	9.00–16.00	na spletu	5,5	120 EUR (DDV je vključen). Upokojenci imajo 25% popust.
7.	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@zss-mcs.si	-	828 EUR (DDV je vključen).
8.	Vodenje in (so)delovanje zdravniškega tima (seminar)	oktober: 16. 10. 2013	9.00–16.00	na spletu	v postopku	120 EUR (DDV je vključen). Upokojenci imajo 25% popust.

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

Domus Medica za vas!

Organizirate strokovno srečanje? Posvet, debatni klub ali pa samo širši sestanek? Si želite organizacijo odmevnejšega dogodka, ob tem pa imeti medijsko podporo ali celo novinarsko konferenco?

V Domus Medica so vam na voljo tri učilnice, ki so namenjene manjšim skupinam in imajo različno postavitev sedežev. Odlično opremljene so tudi sejne sobe, s površino od 30 m² do 70 m², ki so zelo primerne za novinarske konference. **Za večje dogodke je na voljo konferenčna dvorana, ki sprejme 260 udeležencev.** Opremljena je z najsodobnejšo audio- in videotehniko ter interaktivnim glasovalnim sistemom. Članom zbornice so na voljo ugodni popusti.

Za več informacij o Medicinsko izobraževalnem centru pišite **Mojci Vrečar** (mojca.vrecar@zzs-mcs.si), **Poloni Wallas** (polona.wallas@zzs-mcs.si) ali pokličite 01 30 72 152.



Fotoreportaža

Položen temeljni kamen prizidka Medicinske fakultete v Ljubljani

Zvonka Zupanič Slavec

Niso vsi dnevi navadni, nimajo vsi le kratke in mimobežne vsebine, nekateri dnevi so prav posebni, ker se takrat zgodi nekaj, kar zaznamuje določen prostor in čas. Petek, 10. maja 2013, je bil na ljubljanski medicinski fakulteti posebej svečan. Njeno vodstvo je povabilo zaposlene in študente, da se udeležijo polaganja temeljnega kamna za prvo fazo gradnje novega dela Medicinske fakultete, in sicer nadomestne gradnje za inštitute predkliničnih predmetov, ki domujejo na Lipičevi ulici.

Pred dekanatom Medicinske fakultete, nekdanjo šempetrsko vojašnico, ki jo je 1. julija 1945 takratni ljubljanski župan, ginekolog in porodničar dr. Pavel Lunaček namenil Medicinski fakulteti, se je zbral slavnostni zbor na čelu z dekanom prof. dr. Dušanom Šuputom, rektorjem ljubljanske univerze prof. dr. Stanislavom Pejovnikom in državnim sekretarjem Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport dr. Mirkom Pečaričem. Drugi visoki gosti s področja izobraževanja in učitelji, asistenti ter zaposleni na ljubljanski medicinski fakulteti so z optimizmom prisostvovali kratki slovesnosti. Nagovori dekana, rektorja in predstavnika ministrstva so bili spontani in veseli, kakršen je bil tudi dogodek, saj se v času recesije le malo gradi in je zato veselje ob tem toliko večje. Sogovorniki so poudarili, da predklinični predmeti biokemija, biofizika, biologija celice in še nekateri nujno potrebujejo nove prostore, saj so zdajšnji dotrajani. Še dodatno pa otežuje delo v teh dotrajanih prostorih gost promet, ki poteka po novozgrajenem Fabianijevem mostu. Govorci so poudarili tudi, da je fakulteta prispevala 1,8 milijona lastnih sredstev, izgradnja objekta pa naj bi stala približno od 6 do 8 milijonov evrov. Sogovorniki so zagotovili, da so vsa sredstva za izgradnjo bolj ali manj zagotovljena in naj bi zato gradnja potekala nemoteno.

Prostori prve faze izgradnje bodo namenjeni pedagoškemu delu, predvsem vajam študentov, kakor tudi strokovnemu in znanstvenoraziskovalnemu delu inštitutov za biokemijo, biofiziko in biologijo celice.



Gradbena jama prizidka Medicinske fakultete.



Slavnostni govorniki. Z leve rektor Univerze prof. dr. Stanislav Pejovnik, dekan Medicinske fakultete prof. dr. Dušan Šuput, državni sekretar Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport dr. Mirko Pečarič.



Dekan in rektor polagata temeljni kamen.

Štirinadstropni objekt bo obsegal 2400 m² tlorisne površine. Projekt sta pripravila arhitekta Andrej Ravnikar in Gorazd Ravnikar. Dela izvaja podjetje Strabag.

S to gradnjo bo ljubljanska medicinska fakulteta dala možnost za boljše delo nekaterim predkliničnim inštitutom, še kar nekaj pa jih bo nadalje, do izgradnje dela ob Lipičevi cesti, delalo v prostorsko zelo skromnih pogojih, v najetih prostorih.

Foto: Franci Medvešek

E-naslov: Zvonka.slavec@gmail.com



Temeljni kamen je položen, čez leto dni pa se bomo morebiti že vselili v novo stavbo.

Interdisciplinarni pristop pri oblikovanju dobrih praks na področju zlorabe drog

Jasna Čuk Rupnik

V dvorani Državnega sveta je v torek, 23. aprila 2013, od 11.00 do 15.30 potekal del izmenjave dobrih praks med Slovenijo in Švico. Uvodna govornika sta bila državni svetnik mag. Peter Požun, predsednik Komisije za socialno varstvo, delo, zdravstvo in invalide, ter veleposlanik Švice gospod Robert Reich.

»Vsakdo od nas je kdaj v položaju, ko je odvisen od pomoči drugih. To velja še toliko bolj za sohržavljane, ki imajo bolezen odvisnosti ali kakšno drugo resno težavo, kot je vzgojna nemoč ali probleme psihične narave. Nujna pomoč praviloma posega na več področij – socialno, medicinsko, šolsko, tudi policijsko in sodno, zato se tudi učinkovite rešitve lahko izvajajo le ob sodelovanju teh področij«. Tako je bilo zapisano v vabilu.

Priprava srečanja je bila v rokah Ivana Platiša, direktorja terapevtskega inštituta Sidro in predsednika Združenja zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije (ZDT). Slovenski del predstavitve so vsebinsko prispevali: **Zdravljenje odvisnosti od drog v Sloveniji**, dr. Andrej Kastelic, predstojnik Centra za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog, PK Ljubljana; **Kdaj varna soba v Sloveniji?**, dr. Ines Kvaternik, Fakulteta za socialno delo UL, Zavod za zdravstveno varstvo Koper; **Vloga šole na področju preprečevanja rabe in zlorabe drog**, Fani Čeh, Zavod RS za šolstvo, **10 inovativnih rešitev projekta Uvajanje inovativnih sistemskih rešitev** je pripravila skupina strokovnjakov iz ZDT: Peter Metlikovič, Damijan Ganc in Boštjan Čampa s sodelavci. V prispevku **Swiss drug policy and the work of Contact Netz** je Jakob Huber predstavil delovanje te velike nevladne organizacije, ki v Bernu in

okolici zaposluje kar 250 ljudi. Izvaja številne preventivne projekte za zmanjševanje škode na socialnem, zdravstvenem in šolskem področju, hkrati pa na obravnavanih področjih aktivno sooblikuje tudi mestno in državno politiko. G. Huber je bil direktor Contact Netz pred več kot 25 leti, ko so prvi na svetu uvedli varno sobo. Pripovedoval je o tem, kako je bilo od začetka hudo s policijo, preden so se naučili sodelovati. **Manfred Neuhaus** je kot vodja bernske policijske skupine Krokus predstavil delovanje, aktivnosti, cilje in metode dela policije v švicarskem glavnem mestu. Prizadevanja slovenske policije **Kaj smo se naučili v preteklem desetletju?** pa je predstavil Damjan Petrič iz kriminalistične policije Ljubljana.

Srečanje je moderiral Damijan Ganc, direktor Družinskega inštituta Zaupanje. Sodelovanje Slovenije in Švice na tem področju se je nadaljevalo še s podobno konferenco v Sevnici naslednjega dne. Enotno sporočilo obeh srečanj se je izrazilo v nujnosti po nadaljevanju preventivnih prizadevanj, saj sta škoda in strošek drog, alkohola in tobaka velika in te aktivnosti stanejo v bistvu malo v primerjavi s škodo, ki jo preprečijo.

Konferenca je bila organizirana kot del projekta »Uvajanje inovativnih sistemskih rešitev na področju sociale«, http://zdt.si/svicarski_projekt/.

Vsebina vsega povedanega je živahno razgibala razmišljanja udeležencev v spoznanju, da v Sloveniji sicer že dolgo ubiramo korake v pravi smeri, a stopamo nekoliko (pre)počasi.

E-naslov: cukovi@gmail.com

Študenti Medicinske fakultete v Ljubljani proti zlorabi alkohola

Klara-Mia iniciativa

Študentje 1. letnika Medicinske fakultete v Ljubljani so po tragični izgubi 19-letne sošolke Klare Casagrande (Orešnik), ki je bila v ponedeljek, 6. 5. 2013, skupaj s svojo taborniško prijateljico Mio žrtev prometne nesreče na prehodu za pešce na Slovenčevi cesti, strnili svoje vrste. Ne le, da so za Klaro pripravili ganljivo žalno slovesnost z vpisom v žalno knjigo, sprejeli so tudi pobudo svoje profesorice dr. Zvonke Z. Slavec, da se pogovorijo o tem, kako bi pijanim voznikom preprečili sesti za volan. Pri tej pobudi jih je podprla zdravnica alkoholginja in nekdanja varuhinja človekovih pravic asist. dr. Zdenka Čebašek Travnik, ki je mladim bodočim zdravnikom predavala, kako se spopasti s Klarino izgubo in kako njej v spomin načrtovati dejavnosti za zmanjšanje škodljive rabe alkohola. Predstavila je svoj osebni odnos do alkohola, ki bi lahko služil kot primer za vse študente medicine in zdravnike. Poudarila je, da ni abstinentska, da pa nikoli ni in nikoli ne bo sedla za volan pod vplivom alkohola, da nikoli ni in ne bo dovolila uživanja alkohola na delovnem mestu, za katerega je odgovorna, in da nikoli ni in nikoli ne bo ponudila alkoholnih pijač mladoletni osebi. Zbrane študente je povabila k dejavnostim na področju omejevanja škodljive rabe alkohola in navedla nekaj možnosti, kjer lahko to uresničijo: *Zavod varna pot* (www.varna-pot.si), *MOSA – Mobilizacija skupnosti za odgovornejši odnos do alkohola* (www.infomosa.si), Društvo *Žarek upanja* (www.zarekupanja.net) ali *Drog art* (www.drogart.org). Vsak izmed naštetih ima svojo specifiko, ki je kakovostno popisana na njihovih spletnih straneh, vsem pa je skupno, da se zavzemajo za odgovornejši odnos do rabe alkohola in drugih psihotropnih snovi, ki vodijo v odvisnost. Med podobnimi projekti se mladi dobro spominjajo tudi

dolgoletnega projekta *Z glavo na zabavo*, ki pa je ugasnil zaradi pomanjkanja denarja. Med podobnimi dobro delujočimi tujimi združenji je dr. Čebaškova predstavila ameriško civilno združenje *Mothers against drunk driving* (Materi proti vožnji pod vplivom alkohola; www.madd.org).

Razprava avditorija z okoli 200 študenti medicine in dentalne medicine je nakazala njihovo pripravljenost za sodelovanje pri zmanjševanju škodljive rabe alkohola, saj se je pod pobudo t.i. *Klara-Mia iniciative* podpisalo okoli 80 izmed njih. Izbrani predstavniki te iniciative so se že sešli in bodo s starejšimi kolegi zastavili aktivno delo proti prekomerni rabi alkohola.

Zvonka Zupanič Slavec

E-naslov: zvonka.slavec@gmail.com



Tragično preminula Klara Casagrande (Orešnik), tabornica, je bila študentka 1. letnika Medicinske fakultete v Ljubljani.

Psihopatija kot javnozdravstveni problem

Dušan Nolimal

Živimo v času vse večjih družbenih anomalij, ki zahteva okrepljeno odgovornost tudi od zdravništva in posebej vseh strokovnjakov na področju duševnega zdravja. Nedavna epidemiološka analiza priznanih evropskih strokovnjakov javnega zdravja je pokazala, da kriza v Evropi drastično niža zdravstveni standard prebivalstva in da se je znatno poslabšalo duševno zdravje prebivalstva (1). Zdravstvene storitve so ljudem vse težje dostopne, zdravila se dražijo, ljudje se v finančnih stiskah zavestno odrejajo zdravstveni pomoči, tudi nujnim pripomočkom, kot so očala za branje, in zobni protetiki. Kriza zaradi stresa in negotovosti

povečuje število srčnih infarktov, diabetesa in raka. Podjetja, celo tam, kjer obstaja resna nevarnost poklicnih bolezni, varčujejo pri zaščiti in preventivnih pregledih. V državah z najhujšo brezposelnostjo sunkovito raste število hudih depresij in samomorov. Ob tem si veliko zaposlenih v strahu za delovno mesto ne upa več iti na bolniški dopust. Ponekod so v povezavi z revščino in pomanjkanjem higiene zaznali izjemno povečanje števila bolnikov z aidsom. Raziskovalci te alarmantne ugotovitve povezujejo z napačnimi odločitvami politikov glede varčevanja in posledičnih vplivov na zdravstvo in zdravje (2).

Tudi v Sloveniji se razmere glede na nekatere kazalce slabšajo. Za vse to pa smo le malo krivi zdravniki in so najmanj krivi tisti, ki so v krizi najbolj ranljivi in posebej ogroženi. Ena od možnih razlag je, da so krizo povzročili nekateri neodgovorni, vendar vplivni ljudje na vodstvenih položajih v politiki, bančništvu in gospodarstvu. Vzrok naj bi bil tudi v njihovi osebnostni motenosti (3).

Ocena vplivov politikov

Ocena vplivov na zdravje (OVZ; v angleščini »Health Impact Assessment«) je v svetu uveljavljena kombinacija postopkov, metod in orodij za ocenjevanje politike, programov in projektov glede njihovih potencialnih učinkov na zdravje prebivalstva. Je tudi posebna metodologija in orodje horizontalnega vodenja, ki naj bi spodbujalo interakcije med različnimi deležniki in sektorji. Izvajanje OVZ potrebuje predvsem »zdravo kmečko pamet« – sposobnost povezovanja različnih elementov v celostno sliko in zmožnost povezovanja različnih deležnikov (4), tako da skupaj delujejo v javno dobro. Ne glede na dostopnost te metodologije pa jo pri nas veliko premalo in nesistematično uporabljamo. Na to kažejo prevladujoče vedenje, odločitve in politike, s katerimi je slovenska politika, brez zadostne udeležbe multidisciplinarnе stroke in vseh drugih deležnikov, ključno prispevala k sedanji krizi ter negativno vplivala tudi na zdravstvo, zdravja in splošno blaginjo prebivalcev. Večina tranzicijskih ciljev in praksa so bili slabo premišljeni in niso bili določeni tudi na podlagi njihovega potencialnega vpliva na zdravje in blaginjo vseh ljudi.

Da bi lahko vnesli več zdravja v javne politike, smo sodelavci Inštituta za varovanje zdravja (IVZ) in Ministrstva za zdravje (MZ) pripravili vrsto gradiv glede konceptov zdravje v vseh politikah (ZVP), zmanjševanja neenakosti v zdravju (ZNZ) ter varovanja posebej ranljivih in ogroženih skupin (4, 5, 6). Vendar se ti javnozdravstveni koncepti pogosto lažje prenašajo v retoriko kot prakso. Dosežena raven osveščenosti glede priporočil za doseganje boljšega zdravja, večje blaginje in večje enakosti v zdravju je med slovenskimi politikami in gospodarstveniki še vedno nizka. Tudi ocena vplivov politikov in politik na zdravje ter uvedba rutinskih medsektorskih pristopov ostaja izziv. Nedavni protesti po vsej državi so bili tudi izraz nemoči strokovnjakov, ki so, skupaj z drugimi državljani, na ta način izrazili željo po spremembah in drugačnem ravnanju ljudi na vodstvenih položajih. Pomembno je povrniti ljudem optimizem in zaupanje v prihodnost. Pri tem mora biti glas tistih, ki so odgovorni za oceno vplivov na zdravje, slišen, kot je glas ekonomistov in finančnikov. Zato je skrajni čas, da tudi vsi zdravniki in drugi zdravstveni delavci v Sloveniji začnemo bolj intenzivno opozarjati ljudi na nevarnosti in si prizadevati tudi za bolj pravično porazdelitev moči, denarja in sredstev v družbi.

Psihološke raziskave o vzrokih za finančno krizo v svetu

Da bi razložili vzroke za nepravilno porazdelitev moči, denarja in virov, zanemarjanja družbene odgovornosti ter posledične

krize, ki ji ni videti konca, so se raziskovalci na različnih koncih sveta lotili proučevanja do sedaj spregledanega slabega vodenja držav in gospodarstev. V številnih primerih so politične odločitve slabo premišljene, nepotrebne in neupravičene. Posledično se tudi evropske države hitro spreminja in pogosto sploh ni jasno, kakšen vpliv bodo imele politične in gospodarske spremembe na zdravje, enakopravnost in blaginjo ljudi. Komisija za socialne determinante zdravja pri Svetovni zdravstveni organizaciji opozarja, da je v globaliziranem svetu potreba po upravljanju, ki temelji na enakopravnosti, prisotna na vseh ravneh, od majhne skupnosti do svetovnih institucij (4).

Kaj je razlog, da tolikšno število ljudi, zlasti na vodstvenih položajih v politiki, bančništvu in gospodarstvu, tega ne upošteva, se neetično vede in krši družbene norme? Možen odgovor se skriva v specifični osebnostni strukturi teh ljudi, ki se predvsem s pomočjo laži, prevar in manipuliranja dokopljejo do vodstvenih položajev. Zdi se, da so celo ponosni na svojo sposobnost laganja in manipuliranja. Raziskave kažejo, da pri teh ljudeh ni opaziti fizioloških reakcij, povezanih s čustvi, kot pri drugih ljudeh. So čustveno plitki, osiromašeni, tudi otopeli. V psihiatriji so takšne osebnosti označili kot psihopatske, disocialne, sociopatske ali antisocialne. Raziskave, ki so jih v zadnjem desetletju v svetu izvedli vodilni raziskovalci, kot so Hare, Babiak, Board, Fritzen, Boddy in drugi, nakazujejo povezavo med psihopatijo in slabo vodstveno prakso finančnih in gospodarskih elit ter globalno finančno krizo (3, 7, 8, 9, 10, 11). Med njimi je bil najbolj temeljit Boddy, ki je razvil teorijo (»The corporate theory of the global financial crisis«) o »korporacijskih psihopatih« na vodstvenih položajih v sodobnih finančnih institucijah, ki imajo dovolj moči in vpliva na moralno klimo, da so zakuhali sedanjo krizo (3). Seveda je danes tudi brez tega veliko ljudi egocentričnih, čustveno hladnih, neempatičnih, površnih v odnosih in se tudi antisocialno vedejo. Prav pohlep po materialnih dobrinah in privilegijih ter doživljajska otopelost množic pomembno vplivata na poglobljanje krize in brezpravja. Vendar Hare pojasnjuje, da na psihopatijo ne moremo sklepati le na podlagi posameznih značilnosti (7).

Veljavni kriteriji za merjenje psihopatije so bili preizkušeni na različnih populacijskih skupinah. Ugotovitve raziskav so šokirale svet. Ni večjih značajskih razlik med serijskimi psihopatskimi morilci, ki uničujejo posameznike in njihove družine, ter psihopati na vodstvenih položajih, ki lahko uničijo podjetja, gospodarstva in celoten svet (3, 7, 11). Psihopate privlačijo denar, ugled, privilegiji in moč. Tega ne primanjkuje na vodstvenih položajih v političnem, bančnem in gospodarskem sektorju; tudi v verskih hierarhijah. Značilno za te ljudi je, da se skušajo povzpeti nad druge s pomočjo laži, zavajanj, spletk in drugih manipulacij. Samo en »kompenziran« psihopat na vodstvenem položaju lahko ogrozi zdravje in blaginjo mnogih nič hudega slutečih in zaupljivih ljudi. Pri tem se verjetno sploh ni sposoben zavedati nemoralnosti in neetičnosti svojega početja. Za psihopate je značilno pestro antisocialno vedenje. Ne izbirajo le določenega antisocialnega vedenja, ampak poskušajo vse, da bi se okoristili na račun drugih. Boddy ugotavljajo, da psihopati 25-krat pogosteje

trpinčijo sodelavce na delovnem mestu kot drugi sodelavci (3). Psihometrične raziskave so pokazale, da so psihopatske lastnosti med menedžerji v podjetjih vsaj petkrat pogostejše kot med splošno populacijo (3, 10). Psihopatija je žal tudi ena od gonilnih sil sedanje finančne in gospodarske krize.

O nesprejemljivih družbenih pojavih v Sloveniji

Upoštevač hipotezo o psiholoških vzrokih za finančno, gospodarsko in moralno krizo v svetu (3), lahko podobna razmišljanja razvijemo tudi glede razmer v Sloveniji, kjer imamo opraviti z epidemijo individualne in družbene neodgovornosti ter nadpovprečno pogostim koruptivnim prepletanjem finančnega, gospodarskega in političnega sektorja. Zdravnik in pisatelj Alojz Ihan govori celo o inoperabilni Sloveniji (12). Z osamosvojitvijo se je v Sloveniji zgodil dramatičen preobrat distribucije moči, denarja in sredstev. Medtem ko je v tranzicijskem času večina na kapitalizmu neprilagojenih Slovencev pridno delala, se je manjšina učila neoliberalnega kapitalizma, predvsem pa zavajala in tudi kradla. Rezultat je nov tip slovenskega politika in menedžerja, katerega lastnosti lahko uvrstimo med simptome psihopatije. Med njimi najdemo povsem povprečne posameznike, ki so izkoristili in se hitro znašli v novih razmerah, drugi pa so bili na plenjenje naravnani že ob osamosvojitvi.

S tem v zvezi so se v zadnjih dveh desetletjih pri nas nebrzdano razširili nesprejemljivi pojavi nezdrave sebičnosti in samoljubja, pomanjkanja sočutja, empatije in občutkov krivde, narcistične obsedenosti z lastno veljavo in arogance, sleparstva in manipulativnosti, parazitskih življenjskih stilov, brezsravnega izkoriščanja soljudi in narave ter drugega antisocialnega vedenja ter neverjetne individualne in družbene neodgovornosti, kar že kaže na epidemijo psihopatije. Največ skrbi vzbujajo korupcija, klientelizem, nepotizem, trpinčenje in druga neetična vedenja v delovnem okolju. Predvsem se zdi problem korupcija na visokih položajih, kjer se ljudje poznajo med seboj. Takšno korupcijo je težje izpostaviti in se tudi boriti zoper njo, saj ni tako očitna. Tem pojavom je skupen napuh, pohlep ter slabo vodenje in upravljanje delovnih organizacij, gospodarstva in države. Seveda se družbeni pojavi oblikujejo kot odnosi med ljudmi, zato teh pojavov ne moremo razlagati le z motivi posameznikov. Vendar, ko skušamo prodreti v njihova psihična ozadja, spoznamo, da so predvsem plod posameznikov s psihopatskimi tendencami, ki jih sicer ne najdemo le v zaporih in prevzgojnih institucijah, ampak jih prepoznavamo na vodstvenih položajih v politiki, bančništvu, gospodarstvu in drugod. Takšni ljudje poskušajo uspevati na račun drugih. Ravna se po svojih »zakonih«, ki so nad ostalimi in bi jih drugi morali upoštevati. So bolj brezobzirni in nasilni od običajnih državljanov in pri tem ne čutijo sramu, obžalovanja in krivde.

O splošni moralni neodgovornosti kapitalistične družbe pri nas (in v svetu), z njeno tipično organiziranostjo ali načinom funkcioniranja (npr. »tržnimi zakonitostmi«, gonjo za dobičkom, izkoriščanjem delovne sile ...), ki jo označuje moralna brezbriznost v odnosu do trpljenja in škode, je pri nas veliko pisal Zoran

Kanduč iz Inštituta za kriminologijo (13). Kanduč opozarja na sankcijsko nedotakljivost (imunost) pripadnikov ekonomskih, političnih in drugih elit (na svetovni, nacionalni in celo lokalni ravni), čeprav je ekonomska, človeška in ekološka škoda, ki izvira iz njihovih odločitev ali dejanj (storitev in opustitev), osupljivo velika in pogosto nepopravljiva (13). Višje kot je nekdo v hierarhiji elit, manjša je verjetnost, da bo zares odgovarjal za svoja škodljiva ravnanja. Za nameček pa so mnogi člani elit, ki bi morali biti pravzaprav formalno kaznovani, za svoje antisocialne aktivnosti celo nesorazmerno bogato nagrajevani.

Ob tem je eden najbolj škodljivih družbenih pojavov v Sloveniji – tudi zaradi njene majhnosti, ki težko prenaša toliko psihičnega in duhovnega onesaženja – nebrzdano politično kadrovanje, ki sistematično zastruplja družbo in njene vrednote. Lakomnost slovenskih političnih elit po dobro plačanih službah je brezmejna. Zaposlovanje političnih somišljenikov in takšno menjavanje zaposlenih na mestih, kjer je potrebno strokovno znanje, je nepravilno in neracionalno ter znižuje strokovne in etične standard v družbi. Kaže, da so politično nastavljeni ljudje prepričani v upravičenost kršenja družbenih pravil, saj so jih nastavili tisti, ki jih sami kršijo. Zato so že v izhodišču kompromitirani. Interesno se pogosto povezujejo v gospodarsko-politične klike. Znotraj takšnih klik so se v času privatizacije in uvajanja tržišča kapitala razvili t.i. »tajkuni«, ki so si na sporen način ustvarili bogastvo, privilegije in mrežo podpornikov ter postali »novopečeni bogataši«.

Politični in gospodarski »tajkuni« so prototip psihopatske podobe slovenske politike in gospodarstva. Njihovega uspeha ni mogoče pojasniti s poštenim delom in vlaganjem v razvoj družbe oz. podjetništva. S političnimi zvezami in poznanstvi so v letih tranzicije prišli na svoje položaje. Med njimi je veliko posameznikov, ki so bolešno obsedeni z lastno vrednostjo in veljavo ter sebe postavljajo v središče sveta. Obenem lažno ali olepšano prikazujejo svoje sposobnosti ter so pogosto bolešno pohlepni in grabežljivi. Radi si prilaščajo in izkoriščajo delovne rezultate drugih ter se »kitijo s tujim perjem« (spomnimo se tudi na fabrikatorje, falsifikatorje, plagiatorje in druge podobne kršitelje med nekaterimi slovenskimi politikami in ljudmi na vodstvenih položajih, ki naj bi bili ljudem za vzor; so le vrh ledene gore epidemije kraj intelektualne lastnine in kršenja etičnih in moralnih standardov v Sloveniji). Parazitiranje na rezultatih dela drugih jim pomeni nekaj, kar jim bo omogočilo lepše in boljše življenje. V klike združeni politiki, finančniki, gospodarstveniki in menedžerji spretno lažejo, nas zavajajo ter obljublajo neuresničljivo. To počnejo tudi ob podpori svojih opred iz vrst prodanih strokovnjakov, uradnikov, odvetniških hiš in novinarjev. Njihov cilj ni skrb za blaginjo, ampak plenjenje države. Zato je seznam propadlih slovenskih podjetij – nekoč dobro stoječih in perspektivnih – z vsakim letom daljši.

Politika in njeni kadri so, ob nedelovanju pravosodnega sistema, dopustili tudi ponizanje in uničevanje javnega zdravstva in šolstva, sociale, pravosodja, znanosti in kulture. Pred tem so s spletkami in trpinčenjem na delovnem mestu onesposobili velik del strokovnjakov, ki so opozarjali na razvojne in organizacijske

napake, izkoriščanje, korupcijo in neetična ravnanja (14, 15). Takšno neetično vedenje tudi spodkopava obete za dolgoročni gospodarski in družbeni razvoj naše države, saj gre za utišanje strokovnjakov neekonomskih ved, ki bi lahko veliko prispevali k reševanju sedanje krize. Ti pojavi tudi niso zaobšli slovenskega zdravstva. Inicijativa neodvisnih zdravnikov za transparentno in strokovno javno zdravstvo ugotavlja, da so razmere v slovenskem zdravstvu neurejene in kritične (16). Javni zdravstveni sistem se ne prilagaja spremembam družbe in zato deluje slabo. Javna sredstva, namenjena varovanju zdravja in zdravljenju bolnikov, se pogosto porabljajo netransparentno. Brezplačen dostop do preventivnih in kurativnih storitev javnega zdravstvenega sistema je za ljudi vedno težji, nosilci storitev javnega zdravstva pa na to nimamo dovolj vpliva. Prav tako inicijativa opozarja, da so vodilni v javnih zavodih pogosto imenovani glede na politično pripadnost in lojalnost trenutni vladi na oblasti. Znanje in vodstvene sposobnosti niso merila za izbiro vodilnih, vendar le-ti razpolagajo z javnim denarjem, sprejemajo odločitve, ne nosijo pa materialne odgovornosti za svoje odločitve in posledice svojih odločitev (16).

Diagnoza antisocialne osebnostne motnje in psihopatije

Motnje ljudi s psihopatskimi težnjami se kažejo v neprilagodljivosti družbenim normam, neupoštevanju zakonov in ponavljanju nemoralnih, neetičnih in tudi kaznivih dejanj. Seveda samo s temi motnjami ni mogoče pojasniti, kaj je povod, da se nekdo vede koruptivno, neetično in neodgovorno. Toda, zakaj v podobni situaciji nekdo drug na vodstvenem položaju ne reagira enako? In zakaj tudi dobri ljudje (v sistemu gospodarskih korporacij) počnejo amoralna, neetična in antisocialna dejanja (17)? Razmejite, kaj je kršitev norm in kaj ne, je tudi družbeno pogojena, saj imamo v različnih okoljih različna merila in pravila za družbeno sprejemljivo vedenje (18). Standardi se s časom spreminjajo in so za različne skupine tudi različno pomembni (»Quod licet Iovi, non licet bovi«). S tem v zvezi je tudi strokovna dediščina področja antisocialne osebnostne motnje in psihopatije relativno velika pojmovna nejasnost. Ta diagnostična kategorija se zdi še vedno ena najbolj nejasnih v psihiatriji in klinični psihologiji in je precedens v socialni medicini. Verjetno obstajajo za to povsem interesni (tudi politični) razlogi.

Ameriška psihiatrična klasifikacija (DSM-IV) opisuje vrsto motenj osebnosti, za katere je značilen trajen vzorec neupoštevanja in kršenja pravic drugih, ki se pojavi že v otroštvu in se nadaljuje v odraslo dobo (19). DSM-IV med osnovne kriterije za postavitve te diagnoze uvršča: trajen vzorec neupoštevanja in kršenja pravic drugih, ki se pojavlja od 15. leta starosti dalje, oseba je (v času diagnosticiranja) stara vsaj 18 let, razvidne so motnje vedenja pred 15. letom starosti (npr. laganje, tatvine, uhajanje od doma, »špricanje« šole, agresivnost do ljudi in živali ...), antisocialno vedenje ni posledica shizofrenskih ali bipolarnih (maničnih) motenj.

Mednarodna klasifikacija duševnih in vedenjskih motenj Svetovne zdravstvene organizacije pa govori o disocialni osebnostni motnji, za katero je značilno veliko neskladje med vedenjem posameznika in veljavnimi družbenimi normami (20). Kaže se predvsem v nezainteresiranosti za čustva drugih, neodgovornosti in neupoštevanju družbenih norm, pravil in obveznosti, nezmožnosti vzdrževanja trajnih socialnih odnosov (čeprav oseba nima težav pri vzpostavljanju stikov), nizki frustracijski toleranci in hitri razburljivosti, ki lahko vključuje nasilje, nezmožnosti doživljanja krivde, nesposobnosti spreminjati se na podlagi izkušenj, vključno s kaznovanjem, nagnjenosti k opravičevanju svojih dejanj in grajanju drugih.

Obe klinični klasifikaciji, ki temeljita pretežno na zunanjih značilnostih osebnosti, sta deležni številnih kritik (18, 21). Večina meni, da je pri njima prevelik poudarek na samem antisocialnem vedenju, premalo pa na osebnostnih potezah, ki vplivajo na takšno vedenje. Kanadčan Robert D. Hare, ki je eden največjih raziskovalcev psihopatije, je zato razvil klinično ocenjevalno lestvico psihopatije (PCL-R) (8). Hare loči antisocialno motnjo, kjer je v ospredju antisocialno vedenje, od psihopatije, kjer govorimo o specifičnih osebnostnih potezah. Psihopatija je seštevek enaindvajsetih lastnosti, ki jih je razdelil v lastnosti osebnosti in lastnosti socialno deviantnega življenjskega sloga. Kot npr.: površinski šarm in nastopaštvo; laganje, zavajanje, goljufanje in manipulativnost; pomanjkanje sočutja, empatije, občutkov krivde; izkoriščanje, okoriščanje in različne neodgovornosti (tudi tvegano spolno vedenje); težave s kontrolo antisocialnega vedenja; nesposobnost načrtovanja realističnih in dolgoročnih ciljev; nezmožnost prevzemanja odgovornosti za lastna dejanja ipd. (7, 8). Psihopatijo in antisocialnost je treba pojmovati kot dve dimenziji z različno stopnjo izraženosti pri konkretnem posamezniku (18).

Harejev prispevek k razumevanju psihopatije in antisocialne (disocialne) osebnostne motnje je izredno dragocen in opozarja na pomanjkljivosti medicinskih klasifikacij. Vendar je psihopatija opisana z lastnostmi, ki veljajo tudi za mnoge druge motnje osebnosti in jih posamično lahko najdemo pri vsakem človeku. Te lastnosti so zelo pogoste v sodobnem svetu in jih ne moremo pripisovati le osebam s psihičnimi motnjami. Zato (p)ostaja psihopatija vse bolj socialna kategorija in socialna bolezen v smislu, kot jo definira socialna medicina. Vendar je v zadnjih letih tudi vse več dokazov, da imajo te motnje tudi genetsko oz. biološko podlago. S pomočjo skeniranja možganov so pri nekaterih psihopatih odkrili spremenjene dele limbičnega sistema, posebej amigdaloidega jedra, ki so odgovorni za čustvene reakcije, učenje in spomin (22, 23). Ta podskupina psihopатов ima manj sive substance v predelih, odgovornih za razumevanje čustev (23). Zato težje prepoznavajo znake strahu, žalosti in drugih čustev ter so brez občutka krivde in kesanja, ko počnejo sprevržena dejanja. Ugotovitve odpirajo številna etična vprašanja glede odgovornosti psihopатов (24). Skupina raziskovalcev iz Erasmus University v Rotterdamu pa že napoveduje, da bo skeniranje možganov z magnetno resonanco (MRI) ob zaposlovanju novih uslužbencev v prihodnosti lahko postalo povsem običajno, še posebej, če

bo šlo za direktorje in druge osebe na odgovornih mestih (25). Raziskovalci ločijo tudi med »neuspešnimi« psihopati, ki zaradi dejanskih možganskih okvar lahko postanejo tudi serijski morilci, ter »uspešnimi« psihopati, ki svojim lastnostim navkljub upravljajo banke, podjetja, celo državo (26).

Krinka duševnega zdravja

Zdravnik Hervey Cleckley je leta 1941 v pionirskem delu »Krinka duševnega zdravja« prvi razvil temeljit opis značilnosti psihopatskih osebnostnih motenj, v ospredju katerih je egocentričnost, pomanjkanje sočutja in občutkov krivde in empatije, ter vedenja, katerega glavni cilj je pridobiti osebno korist, materialne ugodnosti in moč oz. nadzor nad drugimi (27). Zaradi takšnih definicij je psihopatija pridobila izrazito negativno moralno stigo. Vendar raziskovalci opozarjajo, da antisocialno (disocialno) vedenje ni bistvo psihopatije, saj veliko psihopatomov ni antisocialnih. Na primer, psiholog Dutton v knjigi »Modrosti psihopatije« ugotavlja, da se večina psihopatske populacije sploh ne nahaja na družbenem dnu ali v zaporih (26). Veliko jih je na ključnih vodstvenih položajih v politiki, gospodarstvu, vojski, cerkvi in v drugih centrih moči. Pojem psihopatije zajema tudi pozitivne lastnosti oseb s takšnimi motnjami, kot so samozavest, pogum, optimizem, osredotočenost na uspeh. Psihopati imajo nadpovprečno izraženo potrebo po vznemirjenju. Zato izbirajo aktivnosti in situacije, ki so tvegane in nevarne ter pogosto v nasprotju s pravili, kar jih posebej vzburja. Prepričani so v svoje sposobnosti, ki jim omogočajo doseganje ciljev. Pri tem uporabljajo svoje nadpovprečne sposobnosti zavajanja in manipuliranja različnih okolij ter zlorablajo moralo, etiko, zakonodajo in demokracijo. Delujejo kot volkovi, preoblečeni v ovce. So zelo zahrbtni in polni premetenih zvijač, ki kratkoročno prispevajo k doseganju političnih in poslovnih uspehov. Torej imajo mnoge lastnosti, ki jih nagrajujeta neoliberalni politični in gospodarski sistem (3, 9, 11, 26). Zato Dutton zagovarja idejo, da vsaka kapitalistična družba potrebuje približno 10 odstotkov psihopatomov, a jih mora nadzorovati, da svoje lastnosti in vedenje izražajo v sprejemljivih okvirih (26). Svojo motnjo uspejo skrivati za visokim družbenoekonomskim statusom, socialnimi spretnostmi ter manipulativnostjo (4, 10, 11).

Zakaj psihopati uspevajo

Vprašanje je, kako posamezniki s psihičnimi motnjami sploh lahko zavzamejo vodstvene položaje v poklicu, politiki in družbi. V ugodnih razmerah zanje se povzpnejo visoko na družbenih in poklicnih lestvicah ter polastijo vzvodov upravljanja. Verjamejo, da jim njihove sposobnosti omogočajo, da dosežejo zastavljene cilje. Znajo biti zelo socialno spretni, vendar tudi nastopaški, izumetničeni in »narejeni«. Vendar se z lahkoto uveljavljajo s svojim površinskim šarmom, patološkim laganjem in manipulacijami. Prikupijo in uveljavijo se tudi z odločnostjo in samozavestjo. Svet okoli sebe psihopati razumejo predvsem kot zverinjak, v katerem velja boj za preživetje. Delujejo pod geslom: »Kdor ne bo zmagovalc, bo žrtev.« Poskušajo vse mogoče, da se prerinejo v ospredje. Pri tem se poslužujejo spletk, diskreditacij, prefinjenih

manipulacij, ustrahovanja, izsiljevanja in drugih metod psihičnega nasilja. Ob tem so popolnoma brez občutka krivde. Ne menijo se za stiske svoje okolice, ki jo povzročajo z brezobzirnim povzpnetištvom in izkoriščanjem. Pri tem so nagnjeni k opravičevanju sebe ter grajanju drugih. So kot roboti, ki ne morejo razumeti doživljanja in notranjega življenja drugih (18).

So čustveno neinteligentni, otopeli, nezreli, omejeni v obsegu in globini čustvovanja. Ob čustveno obarvanih besedah in dogodkih ostajajo hladni, neprizadeti, se ne odzivajo s čustvi tako kot drugi ljudje. Čustva so za njih kognitivni pojav. Zato jih bolj igrajo, kot pa so jih dejansko sposobni doživljati. Predvsem jim manjka empatije oz. so nesposobni vživeti se v druge ljudi. Hare govori o »nezmožnosti drugemu zlesti pod kožo« (7). Ljudi doživljajo kot objekte, ki služijo njihovem zadovoljstvu in uveljavljanju. Na primer, ljubezen enačijo s spolnim vzbujenjem, srečo s slavo, oblastjo ali denarjem ipd. Brezčutno in sprevrženo radi izkoriščajo zlasti bolj ranljive posameznike in skupine. Veliko časa vlagajo v pridobivanje somišljenikov in zaveznikov. Povsod si nastavljajo svoje ljudi in tako vseprek širijo »mentalno okužbo«. Privlačijo jih oblast in vplivni poklici, ki zahtevajo hladnokrvne odločitve, brez čustvenih dodatkov in kjer so nagrade v obliki moči, slave ali denarja visoke.

Med poglavitne skupne lastnosti, ki jih Dutton pripiše psihopatom z dna in psihopatom na vrhu družbenih lestvic, spadajo pretirani šarm, pretkanost, samozavest, zunanji ego in odpornost na občutek krivde (26). Vendar, to so iste lastnosti, ki nas prestrašijo pri množičnih morilcih. Psihopati so mojstri hinavščine, zvitosti, pretkanosti in izigravanja obljub, določil ali zakonov. Manipulirajo s svojimi partnerji, sodelavci, strankami, volivci in celotno družbo. Da bi presegli druge, jim povzročajo krivice, netijo in podpihujejo vdušje nezadovoljstva po načelu »Divide et impera«. So profesionalni obrekovalci in spletkarji. V ozadju je egoizem, ki se poslužuje manipulacij, ker se ne more uveljaviti s sposobnostjo.

V neoliberalnem kapitalizmu, ki ne priznava družbene odgovornosti, so prav nekatere psihopatske lastnosti nadvse zaželeni. Na lestvici »oblastniških« poklicev, kjer je zaposlenih največ psihopatomov, so povsem na vrhu politiki, sledijo direktorji in predsedniki uprav, menedžerji ter odvetniki. Pri opravljanju teh poklicev se pogosto pričakuje govorjenje polresnic, zavajanje oz. sleparjenje, pogosto tudi tvegano vedenje, vse za doseganje koristi, dobička in zmage. Prav potreba po vznemirjenju je pri psihopatih zelo izražena. Zato radi tvegajo. Odločajo se lahko hipoma, ne na osnovi dokazov, ne po trezni presoji, ampak na osnovi osebnih interesov (ali pripadnosti neki politični oz. interesni skupini). Predvsem pa so »rezultatno« naravnani makiavelisti, kar le kratkoročno velja za eno od najmočnejših konkurenčnih prednosti v sodobnem menedžmentu. Neusmiljena naravnost na rezultate ima seveda svoje temne strani in destruktivne posledice. Vodje s takšnimi motivacijskimi vzgibi kratkoročno sicer lahko uspevajo. Raste npr. produktivnost, dobiček in tržni deleži ... Dolgoročno zastrupljajo delovno okolje, uničujejo timsko delo ter zaupanje, kar zamaja temelje, ki so v začetku sploh sprožili »rezultatno« naravnano vedenje.



Pomanjkanje vizije in občutkov krivde

Psihopatom manjka čustvena inteligentnost, ki je pomemben dejavnik uspešnosti posameznika v vsakodnevni poslovnih in osebnih odnosih. Zato lahko v politiki in gospodarstvu sprožajo premalo premišljene spremembe sistema ali nepotrebne reforme oz. reorganizacije in prestrukturiranja okolja. Za seboj puščajo nepredstavljive izgube in opustošenja. Ne menijo se za preventivna opozorila in se težko spreminjajo na podlagi informacij, kritike in kazni (7, 10, 27). Ko so enkrat na položajih, jih dolžnosti in obljube ne zavezujejo več. Psiholog Babiak in psihiater Hare sta v knjigi »Kače v obleki: Ko gredo psihopati v službo« razložila, kako psihopati s pomočjo manipulacij napredujejo na hierarhičnih lestvicah, delujejo na svojih delovnih mestih, kakšen destruktiven vpliv imajo na sodelavce in organizacije ter zakaj ne čutijo obžalovanja in krivde za povzročeno nasilje (11). Izpostavila sta komaj opazne, vendar ključne razlike med pristnimi voditeljskimi sposobnostmi in psihopatskimi lastnostmi. Na videz uspešni voditelji in menedžerji, dejansko pa toksične osebe s psihopatsko osebnostno strukturo, so posamezniki, ki osebnostno in vedenjsko ustrezajo profilu psihopatov, vendar jim te lastnosti uspeva nadzorovati, da ne prihajajo navzkriž z družbo. Tudi pristni in pošteni voditelji ljudi imajo željo po izražanju moči in usmerjanju drugih. Vendar se pri tem tudi sami neprestano spreminjajo, učijo in razvijajo osebnostne lastnosti, ki pripomorejo k boljšemu delu in življenju vseh ljudi. Dober vodja ne nadzoruje le sredstev, denarja in drugih ljudi, ampak mora predvsem in neprestano razvijati sebe v smislu čustvene in socialne inteligence, saj bo le tako lahko pozitivno vplival na kakovost življenja drugih ljudi.

Psihopatski voditelji pa vse podrejajo svojim interesom, napačno presojujejo socialno realnost, se ne učijo na napakah ter pri tem izključujejo tiste, ki jih na njih opozarjajo. Pri podrejanju drugih in parazitiranju uporabljajo vsa sredstva, da se jih pri tem ne bi razkrilo in kaznovalo. Npr. radi se prikazujejo kot varuhi zdravja, etike ter človekovih in delavskih pravic, vendar jih v praksi ignorirajo. Velik problem so psihopati na višjih položajih, ker nimajo resnih vizij ter niso sposobni priznati svojih pomanjkljivosti in napak ali upoštevati dobronamerne kritike. Dolgoročno predvidevanje in načrtovanje se jim ne zdi pomembno (7, 18). Zato doživljajo neuspehe, ki pa jih pripisujejo »zaroti« proti njim ali nesposobnosti drugih. Tudi ko zaradi njihovih napačnih odločitev pride do težav in krize na makroekonomski ravni, so prepričani, da niso oni krivi

za propad podjetij, delnic, prihrankov, brezposelnost in splošno družbeno obubožanje.

Ob podpori ekonomistov so razvili več teorij, ki razlagajo nastanek ekonomskih kriz. Vendar finančna in ekonomska kriza ni le posledica »cikličnega gibanja gospodarstva« ali »pokanja nepremičninskih balonov« ipd. Gre predvsem za ponoven poskus prerazporejanja kapitala v škodo bolj ranljivih posameznikov, skupin in držav. Krize v Sloveniji (in svetu) se seveda ne da reševati zgolj z ekonomskimi kozmetičnimi popravki. Za učinkovito reševanje je potrebno enakopravno sodelovanje vseh sektorjev in skupna priprava reševalnih politik ter boljšega družbenopolitičnega sistema. Upoštevati je treba psihološke razlage vzrokov krize – hipotezo, da so krizo povzročili ljudje na vodstvenih položajih s specifičnimi osebnostnimi lastnostmi. Ker imajo težave z vživeljanjem v druge ljudi in se vedejo pretirano egocentrično, delajo napake v predvidevanju in načrtovanju. Zato sami tudi niso zmogni ponuditi ustreznega in dolgotrajnega zdravlila za zdravljenje »ekonomske bolezni«. To potrjujejo raziskave Becka in drugih raziskovalcev, ki pri antisocialno motenih ljudeh opisujejo specifične motnje kognitivnega procesiranja ter napačno presojo socialne realnosti in časovnih perspektiv (28, 18). Iz navedenega izhaja, da se bodo življenjski pogoji velike večine prebivalstva pod psihopati samo še slabšali, kar bo slabilo njihovo splošno in duševno zdravje. Družba že drsi v težko krizo z množico duševnih in osebnostnih motenj, ki se jih bo skušalo obvladovati z dovoljenimi in nedovljenimi psihoaktivnimi snovmi.

Socialna bolezen

Psihopatija sodi med velike javnozdravstvene probleme ali socialne bolezni. Je zelo razširjena oz. se potencialno lahko hitro razširi, na njen začetek ali potek v veliki meri vplivajo politični, gospodarski in drugi družbeni pogoji, slabi družbeni imunski sistem, negativno vpliva na obolenost in umrljivost drugih, povzroča velike neposredne ali posredne stroške ter jo je mogoče preprečiti z ustreznim ukrepanjem v družbenem okolju. Njeno obvladovanje je težko. Posamezniki so zunaj družbeno sprejemljivih in dogovorjenih načinov prišli do prevelike moči, privilegijev ali nezasluzenega premoženja. Ustavni pravnik Miro Cerar govori o »ožji skupini ljudi«, ki z negativnim zgledom usmerja našo družbo ter ji večina pripisuje veliko družbeno moč in se je zato boji (29). Ponerološko gledano (»ponerologija« je nauk o izvoru in prenosu hudobije oz. zla) je za sedanjo krizo in tudi večino negativnih dogodkov odgovorna peščica posameznikov, ki se postavljajo nad človekom, zakonom in državo (30).

Andrew M. Lobaczewski je v knjigi »Politična ponerologija« že pred leti takšne pojave opisal kot vladavino posameznikov s psihičnimi motnjami, ki zavzemajo vladajoče položaje v družbi in politiki (30). Procesi odpravljanja posledic dvajset- in večletnega podrejanja vladavini psihopatov, ki so izgubili stik z realnostjo in problemi navadnih ljudi, bodo dolgotrajni. Krepi se stališče, da je treba tiste negativne pojave, ki jih bo težko ozdraviti, preprečevati. Pri tem ni potrebno, da bi vse ljudi na privilegiranih položajih moči ali novopečene bogataše opremili z medicinskimi

diagnozami, ker vsi nimajo psihopatske osebnostne strukture in jih ne moremo enačiti s psihopati, čeprav jih je ulica neselektivno nagovorila kot »lopove«. Zato psihopatija v svojem najširšem obsegu tudi ne sodi med psihiatrične bolezni. Iz tega razloga ne moremo govoriti o zdravljenju v ožjem psihiatričnem smislu. Te motnje imajo svoje biološke, psihološke, socialne, ekonomske in politične vzroke ter imajo pomembno negativno vlogo pri oblikovanju družbenih vrednot in morale. Ne glede na dokaze o biološki pogojenosti psihopatije, so ključni dinamični vidiki osebnosti ter njihova interakcija z okoljem (18). Zato smo za krizo moralno-etičnih, političnih, gospodarskih in pravnih vrednot odgovorni vsi državljani, ne le psihopatski člani elit. Soodgovorni smo tudi, ker smo toliko časa tolerirali korupcijo, neetična vedenja in pljenje države.

Preprečevanje in zdravljenje

Politični odločevalci imajo danes z vlaganjem v zdravje na razpolago enega pomembnih vzvodov izhoda iz krize in razvoja. Zdravje je gonilna moč družbene blaginje. Vlaganje v zdravje populacije je tudi način pospeševanja in doseganja ekonomskih ciljev razvoja. Vendar kljub vedenju, da družba, ki investira v zdravje, investira tudi v svojo prihodnost, odločevalci še vedno raje investirajo v »iztrošeni modela neoliberalizma« (31) in reševanje najbogatejšega odstotka prebivalstva. Te odločitve izvirajo tudi iz nezmožnosti vživeljanja obolele politike v navadne ljudi ter presojanja socialne realnosti in časovnih perspektiv. Kot vse človeške motnje, je psihopatija rezultat kombinacije bioloških/genetskih in okoljskih dejavnikov, ni le osebnostna, vedenjska in moralna motnja, ampak je tudi družbeni rak, ki povzroča finančne, socialne in druge razlike med ljudmi.

V Sloveniji zelo nesistematično, predvsem pa premalo medsektorsko skrbimo za naše pravice, dolžnosti in duševno zdravje. Posebej se premalo ukvarjamo s (psihičnim) zdravjem političnih in drugih elit, ki imajo velik vpliv na naše življenje. Socialna medicina se je v zgodovini že pojavila kot radikalna kritika družbenih razmer ter zdravstvenih in drugih posledic kapitalizma in je podpirala zahteve po spremembi družbene ureditve. Zato bi se kazalo psihopatije, kot socialne bolezni, lotiti tudi na način obvladovanja velikih zdravstvenih problemov prebivalstva. Potrebujemo vključitev skrbi za zdravje, blaginjo in kakovost življenja v sektorje in politike izven zdravstva. Odločitve v prav vseh družbenih sektorjih imajo vpliv na (psihično) zdravje. Dokazan je pomen večsektorskega sodelovanja in varovanja zdravja, ki mora najti mesto v vseh politikah. Zato je pomembno, da najprej potrdimo ali ovzremo hipotezo o epidemiji psihopatije v politiki in gospodarstvu. Tako bi lahko empirično dokazali, da v resnici ne gre le za socialno-ekonomske probleme, ampak tudi problem deviantnega vodstvenega stila posameznikov na vodstvenih položajih oz. političnih in drugih elit, ki so se odtujile od prebivalstva. Gre za potrebo po spremembi vodenja, ki se mora pokazati tudi v vključevanju področja zdravja, blaginje in kakovosti življenja v ključne strateške in izvedbene dokumente celotne vlade (33, 34). Ob tem naj ne bo naš namen dodatna stigmatizacija nesposobnih

in motenih političnih odločevalcev in z njimi povezanih skupin, čeprav se zdi njihov pretiran egocentrizem in motnje v sposobnosti vžvljanja v druge temeljni skupni imenovalec mnogih težav in sedanje krize. Javnozdravstveni ukrepi naj bodo usmerjeni v informiranje in vplivanje na politike in druge odgovorne ljudi na vodstvenih položajih, da bodo bolj razmišljali o pozitivnih in negativnih učinkih politik na zdravje prebivalstva (politično in menedžersko svetovanje). Zdravniki lahko skupaj s sodelavci veliko naredimo tudi na spodbujanju empatije in etike soodvisnosti, kar je eden od načinov, da vsi začnemo živeti bolj odgovorno in dosežemo večjo blaginjo za vse prebivalce.

Psihopatija v slovenski družbi se bo zmanjšala, ko bo prepoznana in bo večina državljanov vplivnim ljudem s psihopatskimi tendencami odtegnila podporo. Volitve niso edina priložnost. S pristopi ocene vplivov na zdravje in blaginjo, v katere moramo vključiti tudi same politične odločevalce, lahko dosežemo spremembe v smeri kar največ zdravlja in kakovosti življenja za več ljudi. Psihopati so si oblast in moč pridobili z laganjem, izigravanjem demokracije in domnevnim prizadevanjem za skupno dobro. S tem, ko bomo pojav ustrezno merili, imenovali, preprečevali in zdravili, mu bomo to moč ter negativne vplive na druge ljudi odvzeli.

Literatura:

- Karanikolos M et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. Published Online March 27, 2013 <http://dx.doi.org/10.1016/>.
- McKee M, Karanikolos M, Belcher P, Stuckler D. Austerity: a failed experiment on the people of Europe. *Clin Med*. 2012; 12 (4): 346–50.
- Boddy CR. The Corporate Psychopaths Theory of the Global Financial Crisis. *Journal of Business Ethics*, 2011; 102 (2): 255–259.
- IVZ. Vsevladni pristop za zdravje in blaginjo prebivalcev in zmanjševanje neenakosti v zdravju, Ljubljana: IVZ, 2012.
- Svetovna zdravstvena organizacija. Zmanjševanje razlik v času ene generacije (prevod angleškega izvornika s slovensko uvodno besedo). Ljubljana: MZ, 2009.
- Ministrstvo za zdravje. Javnozdravstveni vidiki obravnave ogroženih in ranljivih skupin prebivalstva. Ljubljana: MZ, 2008.
- Hare, RD. Without Conscience: The Disturbing World of Psychopaths Among Us. New York: Guilford Press, 1998.
- Hare RD, The Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) (2nd ed). Ontario, Toronto: Multi-health systems, 2003.
- Board BJ, Fritzon K. Disordered personalities at work. *Psychology, Crime & Law*, 2005; 11 (1), 17–32.
- Boddy CR, Ladyshewsky EK, Galvin P. The Influence of Corporate Psychopaths on Corporate Social Responsibility and Organizational Commitment to Employees. *Journal of Business Ethics*, 2010; 97 (1): 1–19.
- Babiak P, Hare, RD. (2006). Snakes in Suits: When Psychopaths go to Work. New York: HarperCollins, 2006.
- Ihan A. Inoperabilna Slovenija. *Finance*, 2013; 18. Pridobljeno 26. 1. 2013 na <http://www.finance.si/8331824/Inoperabilna-Slovenija>.
- Kanduč Z. O nekaterih kriminoloških vidikih odgovornosti (v postmoderni perspektivi). *Revija za kriminalistiko in kriminologijo*, 2008; 59 (3): 223–238.
- Nolimal D. Razmišljanja o trpinčenju na delovnem mestu v zdravstvu in drugod: če nisi del rešitve, potem si del problema. *Isis*, 2007; 16 (7): 36–41.
- Nolimal D. Mobing nad intelektualci: nekateri vidiki trpinčenja zaradi oporekanja razmeram in normam v delovnem in širšem družbenem okolju. V: Zaletel-Kragelj L (ur.). *Zbornik prispevkov*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, 2009: 115–130.
- Iniciativa zdravnikov. Več o iniciativi. Pridobljeno 25. 3. 2013 na http://iniciativa-zdravnikov.si/?page_id=12.
- Schwartz, Howard S., Narcissistic Process and Corporate Decay: The Theory of the Organization Ideal. New York: New York University Press, 1990.
- Benedik E. Antisocialne motnje osebnosti in psihopatija. *Revija za kriminalistiko in kriminologijo*, 2005; 56 (3): 265–272.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV (Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994, 4th edition).
- WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical Description and Diagnostic Guidelines. Geneva: WHO, 1992.
- Kirk, Stuart A., and Herb Kutchins, The Selling of DSM: The Rhetoric of Science in Psychiatry. New York: Aldine de Gruyter, 1992.
- MC Brower, Price BH. Neuropsychiatry of Frontal Lobe Dysfunction in Violent and Criminal Behaviour: a Critical Review. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 2001: 720–726.
- Yang Y, Raine A. Prefrontal Structural and Functional Brain Imaging Findings in Antisocial, Violent, and Psychopathic Individuals: a Meta-Analysis. *Psychiatry Research* 2009; 174: 81–88.
- Sprooten E, Robinson L, Lawrie SM. Ethical Implications of Brain Imaging in Psychosis and Psychopathy. (2011) 8:2 SCRIPTed 175. Pridobljeno 10. 3. 2013 na: www.law.ed.ac.uk/ahrc/script-ed/vol8-2/sprooten.asp.
- Stuijt A. Brain Scan replaces Job Interview in 5 years? Pridobljeno 11. 3. 2013 na www.nextnature.net/.../brain-scan-replaces-job-interview-in-5.
- Dutton K. The Wisdom of Psychopaths. What Saints, Spies, and Serial Killers Can Teach Us About Success. New York: Macmillan, 2012.
- Cleckley, H. The Mask of Sanity, 5th ed. St Louis, MO: Mosby Co, 1976.
- Beck AT, Freeman A. Cognitive therapy of personality disorders. New York: Guilford Press, 1990.
- Zgonc D. Samo pravo ni dovolj. Potrebujemo tudi etiko in moralo (intervju s prof. dr. Mirom Cerarjem, ustavnim pravnikom). *Viva*, 2013; 21 (231): 16–21.
- Łobaczewski A. Political Ponerology: A Science on the Nature of Evil Adjusted for Political Purposes. Grande Prairie, AB: Red Pill Press, 2006.
- Mulej B, Ženko Z. Proces inoviranja navad za pot iz neo-liberalne krize. In: Mulej M, Hraš A. (eds). *Eseji o družbeni odgovornosti*. Maribor: Inštitut za razvoj družbene odgovornosti – IRDO, 2010.
- Kickbush I. Health in All Policies: The Evolution of the Concept of Horizontal Governance. In: Kickbush I, Buckett K (eds). *Implementing Health in All Policies*. Adelaide: Government of South Australia, 2010.
- Premik M. Od zdravstvene politike do politike zdravlja. In: Filej B. et al. (eds). *Zbornik predavanj 5. Kongres zdravstvene nege »Skrb za zdravje«*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2005: 25–39.

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

Davek in zdravje

Nina Mazi

Ministrstvo za finance (MF) je januarja letos objavilo predlog zakona o davku na sladkor in sladila v brezalkoholnih pijačah. Nova dajatev naj bi znašala en evro na kilogram sladkorja v brezalkoholnih pijačah oz. 0,001 evra na gram, kar pomeni obdavčitev

brezalkoholnih pijač, ki vsebujejo 100 gramov sladkorja na liter (običajna vsebnost sladkorja), v višini 0,10 evra na liter.

Predlagatelji zakona pojasnjujejo, da so predmet obdavčitve sadni in zelenjavni sokovi (nektarji in 100-odstotni sadni sokovi), vode in ostale pijače z dodanim sladkorjem in sladili (gazirane

in negazirane pijače), brezalkoholne pijače z nizko vsebnostjo alkohola (npr. brezalkoholno pivo, z vsebnostjo alkohola do 0,5 % vol., ki sicer ni podvrženo plačilu trošarine), energijske pijače in drugi napitki (npr. čokoladno mleko). Izvzeti so naravni mlečni izdelki in jogurti ter pripravki za pripravo brezalkoholnih pijač/napitkov v obliki sirupov, praškov in v ostalih oblikah.

Vsem, ki pričakujejo, da bo naravni sladkor v brezalkoholnih pijačah oproščen davka, z MF pojasnjujejo, da so predmet obdavčitve vse našete pijače, ne glede na to, ali so jim bili sladkor/sladila dodani ali gre za »naravni« sladkor v določeni pijači. V pogovorih z ministrstvom za zdravje (MZ) so sprva izpostavljali ključno dilemo o opredelitvi predmeta obdavčitve. Odločili so se za obdavčitev celotnega sladkorja oz. sladil, ker je očitno bolj donosno in terja manj preverjanja. Predlog zakona pravi, da so sladila, ki so lahko v živilih, opredeljena v Uredbi (ES) št. 1333/2008 o aditivih za živila, ki opredeljuje tudi največje dovoljene odmerke sladil v živilih, vključno z brezalkoholnimi pijačami. Obdavčitev sladil sledi opredelitvi v navedeni uredbi in določa obdavčitev v višini 0,20 evra za največjo dovoljeno vsebnost posameznega sladila v litru brezalkoholne pijače. Kar pomeni, da bodo sladila dvakrat bolj obdavčena od sladkorja. Za pijače, ki bodo vsebovale manj dodanega sladila, bo obdavčitev (ustrezno) nižja.

MF pa predlaga tudi zanimive izjeme – oprostitev plačila davka za diplomatska in konzularna predstavništva in mednarodne organizacije, ki so tudi sicer že oproščeni davkov – DDV in trošarin – kot bi njihovo zdravje predlagatelja ne skrbelo oz. ne zanimalo oz. bi menil, da so »neuničljivi«. Gre za jasen dokaz, da je zakon namenjen predvsem polnjenju davčne blagajne. Oprostitev plačila v predlogu zakona veljajo tudi za blago, ki ne bo ostalo na slovenskem trgu (pijače, namenjene izvozu, postopku tranzita ali odpremi v drugo državo članico EU). Izvzete naj bi bile tudi brezalkoholne pijače, vnesene v carinska skladišča ali proste cone.

Ključni namen predlaganega zakona je obdavčitev sladkorja oz. sladil v brezalkoholnih pijačah, ki bodo potrošnikom na voljo na slovenskem trgu, oprostitev pa velja za dobavo teh pijač drugim proizvajalcem za proizvodnjo drugih izdelkov – v izogib dvojnemu obdavčevanju. MF poudarja, da je takšna ureditev potrebna, saj bi upravičenci sicer (lahko) *post festum* zahtevali vračilo plačanega davka; z vnaprej določeno oprostitvijo plačila poenostavljajo in omejujejo administrativne postopke.

Čeprav uvedba novega davka na videz spodbuja in podpira skrb za zdravje prebivalcev Slovenije, pa so pri obdavčitvi sladkih pijač (na katero zdravniki, psihologi, sociologi nimajo bistvenega vpliva) očitno ključni finančni učinki. Pristojni z MF predvidevajo, da bi uvedba davka na brezalkoholne pijače v višini enega evra na kilogram sladkorja, ob nespremenjeni količini prodanih brezalkoholnih pijač (!), davčno blagajno letno obogatila za 16 in več milijonov evrov. Hkrati pa predlagatelji zakona napovedujejo, da se bo zaradi dodatne obdavčitve prodaja in poraba sladkih brezalkoholnih pijač v RS zmanjšala. Po realnih ocenah za okrog 11 odstotkov, kar bi davčno blagajno okrnilo za 2 milijona evrov – tako bi letno iztržila (1e) okoli 14 milijonov evrov dodatnih prihodkov.

Je načrtovani davek na sladke pijače modra ali zgrešena poteza? Vprašanje, ki je za marsikoga predvsem retorično, je slovensko javnost razdelilo na dva pola: zagovornike in nasprotnike zakona, vmes pa je ostala peščica nevtralnih oz. tistih, ki so prepričani, da jih stvar sploh ne zadeva, ker ne bo zaživel v praksi, ker nima dolgoročne prihodnosti oz. ker sami najraje pijejo vodo in jim zakon ne bo mogel do živega itd.

Ne glede na odnos do načrtovanega davka, ostaja dejstvo, da se je v zadnjih 50 letih poraba sladkorja v globalnem merilu potrojila. Hrana in pijača na visokorazviti zahodni polobli vsebujeta veliko sladkorja/sladil in maščobe – prisotna sta v vsej predelani hrani. Zahodni način prehranjevanja, ki prisega na velike količine predelane nizkocenovne hrane, predstavlja glavni vzrok epidemije debelosti, s katero se soočamo, ter povod za številne težave z zdravjem oz. zaplete, povezane z epidemijo debelosti in sladkorne bolezni, težave s srcem in ožiljem, gibalni, prebavili itd. Zato pristojni v Svetovni zdravstveni organizaciji (WHO) in strokovnjaki v številnih državah poudarjajo, da je treba uživanje sladkorja in maščobe omejiti tudi s strožjo regulativo. WHO je že leta 2003 v svojem globalnem poročilu predlagala, naj začnejo države članice zaradi vse slabšega zdravstvenega stanja prebivalstva resno razmišljati o obdavčitvi zdravju neprijazne/škodljive hrane in pijače.

Danes, deset let kasneje, se vlade držav članic WHO s pričujočo problematiko spopadajo na različne načine. Kljub temu pa človek, ki si predlog novega zakona o obdavčitvi sladkih brezalkoholnih pijač pogleda malce bolj natančno in si vzame čas za trezen premislek, ne more prezreti dejstva, da je v času gospodarske recesije in finančne krize primarno predvsem polnjenje davčne blagajne, skrb za zdravje državljanov pa ostaja na stranskem tiru.

Kako se s problematiko pretiranega uživanja sladkorja in/ali maščob ukvarjajo v drugih državah, članicah EU?

Naša severa sosedica Avstrija nima dovolj politične podpore za podoben fiskalni maneuver, zato se trenutno še ne ukvarja s konkretnimi ukrepi, čeprav bi ji dodatni priliv v davčno vrečo gotovo koristil. Zanimivo je, da so Avstrijci podoben davek na sladkor v preteklosti uvedli med prvimi, a so ga leta 2000 tudi ukinili. Pod vodstvom stranke Zelenih se v Avstriji v zadnjem času pojavljajo glasnejše zahteve po ponovni uvedbi tovrstnega davka. Razlogi pa naj bi bili tokrat povezani izključno z zdravjem tamkajšnjega prebivalstva. V naši severni sosedbi se soočajo z zaskrbljujočo epidemijo debelosti, predvsem med otroki in mladino. Pristojni so prepričani, da je mogoče z ostrejšo zakonodajo pričujočo problematiko ublažiti in omejiti. Vendar pa so Zeleni v svojih zahtevah trenutno še osamljeni.

Bolj radikalni in odločni od Avstrijcev so Madžari, kjer s političnim konsenzom nimajo težav. Zato so na Madžarskem že leta 2011 uvedli davek na hrano in pijače z visoko vsebnostjo maščob, sladkorja, soli in kofeina, tamkajšnja vlada pa namerava na aktualni seznam v bližnji prihodnosti dodati še energijske napitke. Prizadevanja za razširitev regulacije nezdrave prehrane Madžari utemeljujejo z dejstvom, da je zdravstveno stanje njihovega prebivalstva precej slabše kot v Avstriji. Kljub temu

pa se sladkorju Madžari očitno ne želijo odpovedati, zato ponj množično hodijo v sosednjo Avstrijo, kjer je sladkor trenutno še vedno enkrat cenejši.

Za spodbujanja zdravega načina življenja se je z novim davkom na brezalkoholne pijače, ki vsebujejo sladkor in/ali sladila, zavzemala tudi italijanska vlada, a se za ta korak iz uradno neznanega razloga ni odločila. Predvideva pa se, da je to zahtevala močna in vplivna italijanska živilska industrija. Tako davek ni zaživel v praksi, marveč je ostal le mrtva črka na papirju. Dekret, ki so ga pripravili na MZ in je čakal na obravnavo v parlamentu, je vseboval vrsto sodobnih ukrepov v podporo zdravju. Davek, ki je takoj sprožil številne glasne polemike in nasprotovanje tako strokovne kot tudi laične javnosti, naj bi veljal tri leta in bi znašal 7,16 evra na 100 litrov pijače. Poleg tega so predvideli še dodatnih 50 evrov dajatev na vsakih 100 litrov žganih pijač, prodajalcem tobaka pa prepoveduje prodajo cigaret mlajšim od 18 let. Polnoletnost mladih kupcev cigaret bodo prodajalci dolžni preverjati na osebni izkaznici. Tudi Italijo skrbi predvsem debelost otrok in mladine. Do leta 2025 naj bi se po ocenah prehranske analize univerze iz Pise s prekomerno težo spopadalo že več kot 20 milijonov njihovih državljanov.

O dodatni davčni obremenitvi nezdrave hrane in pijače razmišljajo tudi drugod po Evropi in po svetu. Francija je na primer leta 2012 uvedla davek na sladke pijače kot del boja proti debelosti prebivalstva v okviru širšega varčevalnega programa. Finska je po dvanajstih letih, leta 2011, vnovič vpeljala davek na slaščice in s tem še dopolnila zakonodajo, ki dodatno obdavčuje vse pijače, ki vsebujejo sladkor. Podoben davek je že dalj časa v veljavi tudi na Norveškem. O tovrstnih fiskalnih ukrepih razmišljajo še v nekaterih drugih evropskih državah, na primer Veliki Britaniji, na Irskem in v Romuniji.

Tik pred vstopom v EU je Hrvaška 4. aprila letos sprožila zaključne postopke za uvedbo dodatnega davka na kavo in sladke pijače. Vlada je v sabor poslala predlog zakona o posebnem davku na kavo in brezalkoholne pijače, s katerim je dodatno obdavčila vode z dodatki sladkorja in sladil. Naravnih sokov ne bodo obdavčili. Ukinili pa bodo davek na surovo kavo in kavne lupine za predelavo. Z novim davkom ne bodo obremenili hrane, namenjene zadovoljevanju posebnih prehranskih potreb – naravnih sadnih in zelenjavnih sokov, vode brez dodatkov in brezalkoholnih, nesladkanih mlečnih pijač. Znižali so davek na kavo v izdelkih, npr. kavo v čokoladi. Višina posebnega davka na kavo je odvisna od vsebine posamezne vrste kave v končnem izdelku. Hrvaško finančno ministrstvo načrtuje, da bo od davka na kavo v državno blagajno letos priteklo dodatnih 13,7 milijona evrov, od davka na brezalkoholne pijače pa si obeta 28,5 milijona evrov priliva.

Medtem ko si številne države prizadevajo za obdavčitev sladkorja, sladil in maščob, pa so na Danskem po tehtnem premisleku slednjega ukinili. 1. oktobra 2011 je Danska kot prva država na svetu uvedla davek na maščobe, v višini 2,15 evra na kilogram nasičenih maščob. S tem so oblasti želele zmanjšati porabo maščob – prepričane, da bodo potrošnike spodbudile k uživanju

hrane z manj maščobe. Maščobni davek je zajel vse izdelke, ki vsebujejo nasičene maščobe, vključno s predpripravljenimi jedmi. Danci, ki veljajo za premišljene, racionalne potrošnike, so v tednu, preden je davek stopil v veljavo, dobesedno izropali trgovine. Če so bile oblasti prepričane, da bodo potrošnike spodbudile k uživanju hrane z manj maščob, pa so bili v konfederaciji danske industrije skeptični oz. prepričani, da se prehranske navade ljudi ne bodo bistveno spremenile, pojavila pa se je vrsta novih (nepričakovanih) težav. Protimaščobni davek je s seboj prinesel kup administracije, saj zakon določa, da mora vsak proizvajalec, danski ali tuji, predložiti deklaracijo o vsebnosti nasičenih maščob v izdelku ter tudi o tem, koliko maščobe je bilo uporabljene za pripravo izdelka

Danska, ki velja za svetel zgled tudi na področju zdravstva, se je po slabih dveh letih odločila, narediti korak nazaj. Po mnenju aktualne levosredinske vlade je pričujoči ukrep v težkih ekonomskih časih odveč. Odpovedali pa so se tudi napovedanemu davku na sladkor. Dansko zdravniško združenje načrte vlade sicer obžaluje, tamkajšnja javnost pa je do tovrstnih obdavčitev zelo kritična, saj so močno poskočile cene osnovnih prehrabnenih proizvodov, vključno z maslom in smetano.

Je zgolj obdavčitev dovolj?

Da lahko dodatna obdavčitev hrane preveč obremeni predvsem najrevnejše prebivalstvo, je sicer ena glavnih kritik tovrstne regulativne politike. Zgled na sosednjem Madžarskem pa kaže tudi na to, da je davčni izkoristek v praksi lahko precej manjši kot v teoriji in da lahko povzroči odliv denarja iz države. Madžarska je z obsežno davčno regulativo zbrala dobro četrtno proračunskih sredstev manj, kot je načrtovala, povečalo se je nakupovanje v tujini. Vprašljiv je tudi zdravstveni učinek, saj strokovnjaki opozarjajo, da bi morala cena nezdrave hrane poskočiti vsaj za 20 odstotkov, da bi to imelo zaznaven vpliv na prehranjevalne navade prebivalstva. Vsakršno obdavčitev pa mora v praksi spremljati tudi informiranje in osveščanje laičnega prebivalstva o pravilnem prehranjevanju ter subvencioniranje zdrave prehrane.

O obdavčitvi prehranskih izdelkov z nasičenimi maščobami že nekaj časa resno premišljuje tudi Združeno kraljestvo. V skrbi za zdravje naj bi obdavčili izdelke, ki vsebujejo veliko maščob, kot so maslo, mleko, sir, pice, meso, olja in predelana hrana. Ali je višja cena izdelkov z višjo vsebnostjo maščob prava oz. optimalna pot k izboljšanju zdravja prebivalcev? Ne, je pa veliko preprostejša kot naporna, kompleksna in trajnostno naravnana zdravstvena vzgoja in ciljna preventiva težav in zapletov, povezanih s (prekomernim) uživanjem soli, maščob in sladkorja.

Na angleškem portalu The Healthier Life so prepričani, da so tovrstni davki namenjeni le »puljenju denarja iz žepa povprečnega Janeza«. Koncept obdavčitve bi bil razumljiv, sprejemljiv in upravičen, če bi temeljil na predelani in hitri hrani, v tem primeru pa želijo obdavčiti nepredelana živila (mleko in mlečne izdelke, meso in mesne izdelke), pa tudi olja, vključno z oljčnim oljem, ki ga strokovnjaki celo priporočajo. Vse naštetu priča, da je tovrstna regulativa, skrita za floskulo »skrbi za zdravje prebivalstva«,

oblikovana na horuk, brez premišljene strokovne podlage, zato pogosto predstavlja strel v prazno in neracionalno trošenje davkoplačevalskega denarja.

Že leta 2000 so britanski raziskovalci izvedli 27 študij, v katerih so dokazali, da zmanjšanje maščob v prehrani ni bistveno zmanjšalo tveganja za razvoj srčno-žilnih bolezni ali smrti. Ker pa imajo na Otoku radi mastno in slastno hrano, bo priliv v davčno blagajno na njen račun seveda največji. Da bi lahko zmanjšali pogostost prekomerne telesne teže, diabetesa in srčnih bolezni, bi morali ljudi poučiti o pravem načinu prehranjevanja. Najprej bi se morali naučiti omejit/zmanjšati uživanje sladkorja in enostavnih ogljikovih hidratov, ki se v organizmu skladiščijo v obliki maščob.

Je davek na sladkor in sladila res nujno potreben?

O tem se sprašujejo in podobno kot na stari, razmišljajo tudi na novi celini. Skupina ameriških znanstvenikov je vladi Baracka Obame predlagala, naj sladkor obdavči podobno kot alkohol in tobak, tako zbrana sredstva pa nameni Medicare oz. zdravstvenemu varstvu prebivalcev brez zdravstvenega zavarovanja.

Tudi Zveza potrošnikov Slovenije (ZPS) podpira dajatve na zdravju neprijazna oz. nevarna in škodljiva živila. Hkrati pa poudarjajo, da bi morala biti sredstva, zbrana iz tovrstnih dajatev, namenjena predvsem spodbujanju zdravega prehranjevanja in življenjskega sloga, za šolsko prehrano otrok iz socialno šibkejših družin, za popularizacijo gibanja ipd.

Sicer pa dodatna obdavčitev sladkih brezalkoholnih pijač v evropskem prostoru ne pomeni novosti, saj je takšno obdavčitev že pred časom predlagala tudi Bela knjiga Evropske komisije o prehrani, prekomerni telesni teži in z njo povezanimi tveganji, ki je bila sprejeta za obdobje 2007–13. V akciji ozaveščanja potrošnikov »Veš, kaj ješ?« in »Veš, kaj piješ?« so javnosti ponudili semafor s priporočljivimi mejnimi vrednostmi določenih sestavin najprej za živila, nato še za pijače. Pri pijačah so merili maščobo, nasičene maščobne kisline, sladkor in sol. Na semaforju se zeleno obarva pijača, ki ima manj kot 2,5 grama sladkorja na 100 ml; to je po merilih strokovnjakov sprejemljiva oz. varna vsebnost sladkorja. Če je v 100 ml pijače med 2,5 in 6,3 grama sladkorja, se pijača uvrsti v oranžno polje (tu je potrebna previdnost in zmernost), ko pa sladkor presega 6,3 grama na 100 ml, se prižge rdeča luč. Tedaj se sproži alarm, ki opozarja na nevarnost – kar v praksi pomeni: roke proč, če hočete ostati zdravi!

Slovaška svojim prebivalcem namesto palice ponuja korenček, saj raje spodbuja kot kaznuje. V kriznih časih skuša vse več držav svojim davčnim blagajnam pomagati z dodatnimi dajatvami na nezdrava živila. S tem (vsaj posredno) kaznujejo potrošnike in jih odvrtačajo od nakupov, čeprav so na voljo tudi drugačni, potrošnikom bolj prijazni pristopi. Za enega izmed njih se je na primer odločila Slovaška, ki je svojemu prebivalstvu v skrbi za zdravje in vitalnost sklenila ponuditi korenček namesto zlovešče palice. Kot ena izmed redkih članic EU se je odločila za spodbudno strategijo neposrednega subvencioniranja sadja in zelenjave ter

krompirja, z namenom spodbuditi bolj zdravo prehranjevanje in življenje nasploh.

Prehranski, medicinski in drugi strokovnjaki poudarjajo, da je davčno reševanje obravnavane problematike vprašljivo in (potencialno) nevarno početje. V zbornici kmetijskih in živilskih podjetij pojasnjujejo, da so na Danskem dodatno obdavčitev (pre)sladkih pijač in slaščic uvedli zaradi pritiskov zdravstvenega resorja in jo kmalu tudi ukini. Uresničevanje novosprejete regulative in izvedba sistema se je v praksi izkazala za predrago in preveč zapleteno. Tudi pri nas kljub pričakovanjem MZ, da bo dodatna obdavčitev pijač in kasneje morda še ostalih živil s sladkorjem vplivala na zmanjšano porabo »nezdravih« živil, stvar očitno ne bo stekla gladko. Hkrati pa izsledki številnih mednarodnih raziskav pričajo, da trošarine ne predstavljajo učinkovitega orodja za spreminjanje vedenja potrošnika. Predvsem pa so trošarine in davki diskriminatorni in nedemokratski, zato ne morejo in ne smejo predstavljati orodja za promocijo in spodbujanje zdravih prehranskih navad in kakovostnega življenja. Človek ima pravico proste izbire in odločitve, tudi ko gre za zdravje.

Tudi Gospodarska zbornica Slovenije (GZS) je proti uvedbi davka na sladke brezalkoholne pijače. MF predlagajo, naj takoj umakne predlagano uvedbo davka na sladke pijače. Od MF pričakujejo, da bo po zgledu ostalih »modrih držav« čim prej naredilo korak nazaj in umaknilo napovedan zakon za uvedbo davka na sladke pijače ter našlo drug način za urejanje tega področja. Sicer bodo kupci začeli posegati po cenejših nadomestkih, izkupiček pa po njihovih besedah ne bo tako velik, saj ni pravilno opredeljen in predviden oz. izračunan. Zaradi davka na sladke pijače lahko po napovedih GZS pričakujemo dodaten (zlasti obmejni) odliv kupne moči v tujino, ki smo mu bili priče že v bivši Jugoslaviji. Ljudje se bodo preusmerili na pijače nižjih cenovnih kategorij in slabše kakovosti, ki vsebujejo umetna sladila in barvila.

Davek na sladke brezalkoholne pijače terja aktiven pristop tudi s strani zdravnikov. Ti so dolžni zadevo vsaj spremljati in jo dobro spoznati, nato pa si o njej ustvariti čim bolj objektivno strokovno mnenje, ki ga bodo sposobni vedno in povsod zagovarjati oz. podkrepiti s tehtnimi argumenti. Hkrati pa ga bodo pripravljene in zmožne predstaviti tako predlagateljem zakona kot tudi laični javnosti, saj bodo v bližnji prihodnosti na njihova vrata trkali ljudje in iskali nasvet v zvezi z obdavčenimi pijačami. Dacarji kljub najboljši volji namreč niso usposobljeni za skrb za zdravje državljanov. Kdor meni, da bo s prikrito grožnjo, materialno prisilo in z davčnim bičem ljudi motiviral za zdravo življenje, pa bo gotovo razočaran. Korenček je v tem primeru nedvomno veliko bolj primeren in učinkovit od palice.

E-naslov: isisnima@yahoo.com

Opravljene specialistični izpiti

- **Nina Filipič Babnik**, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila 23. 4. 2013
- **Marko Hazabent**, dr. med., specialist splošne kirurgije, izpit opravil 11. 4. 2013
- **Katja Mohorčič**, dr. med., specialistka pnevmologije, izpit opravila s pohvalo 12. 4. 2013
- asist. dr. **Aleš Skvarča**, dr. med., specialist interne medicine, izpit opravil s pohvalo 19. 4. 2013
- **Živa Zaviršek**, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila 10. 4. 2013

Čestitamo!

Popravek

V majski številki revije Isis je bilo v seznamu kandidatov, ki so opravili specialistični izpit, pri asist. dr. Maji Drobnič Radobuljac, dr. med., specialistki otroške in mladostniške psihiatrije, pomanjkljivo objavljeno, da je izpit opravila 19. 12. 2012, zato dopolnjeno besedilo v celoti ponovno objavljamo:

- asist. dr. **Maja Drobnič Radobuljac**, dr. med., specialistka otroške in mladostniške psihiatrije, izpit opravila s pohvalo 19. 12. 2012

Se opravičujemo in prosimo za razumevanje.

Uredništvo Isis

Doseženi doktorski naslovi na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru

Dne 14. 6. 2012 sta bili promovirani v doktorici znanosti:

Dr. **Marija Šantl Letonja**, dr. med.

Naslov: »Pomen genskih polimorfizmov oksidacijskega stresa pri aterosklerozi vratnih arterij bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2«

Mentor: izr. prof. dr. Danijel Petrovič
Zagovor: 23. 4. 2012

Dr. **Tanja Botič**, univ. dipl. mikr.

Naslov: »Biolško aktivni metaboliti ekstremofilnih glivnih vrst iz rodu *Wallemia*: izolacija, struktura in biološka aktivnost«

Mentor: red. prof. dr. Željko Knez
Somentorica: izr. prof. dr. Kristina Sepčič
Zagovor: 24. 4. 2012

Dne 28. 3. 2013 so bili promovirani v doktorje znanosti:

Dr. **Mohsen Hussein**, dr. med.

Naslov: »Pomen uporabe dvojnega snopa in anatomskega položaja tunelov pri artroskopski rekonstrukciji pretrgane sprednje križne vezi«

Mentor: izr. prof. dr. Andrej Čretnik
Somentor: izr. prof. dr. Dejan Dinevski
Zagovor: 4. 12. 2012

Dr. **Janez Šimenc**, dr. med.

Naslov: »Stavrosporin sproži apoptozo in nekroptozo v kulturi astrocitov podgan«

Mentorica: izr. prof. dr. Metoda Lipnik Štangelj
Zagovor: 14. 12. 2012

Dr. **Miha Munda**, dr. vet. med.

Naslov: »Vrednotenje izražanja in napovedana vrednost nekaterih tkivnih molekularnih označevalcev raka prostate«

Mentorica: red. prof. dr. Draga Štiblar Martinčič
Somentor: doc. dr. Tine Hajdinjak
Zagovor: 17. 12. 2012

Dr. **Lidija Kocbek**, dr. vet. med.

Naslov: »Anatomske posebnosti in klinični pomen zadnjih medrebrnih arterij (aa. Intercostales posteriores)«

Mentorica: red. prof. dr. Božena Pejković
Zagovor: 11. 1. 2013

Dr. **Peter Popović**, dr. med.

Naslov: »Vloga elektivnega transjugularnega intrahepatičnega portosistemskega odvoda (TIPS) pri preprečevanju ponovnih krvavitev iz varic požiralnika in želodca pri bolnikih s portalno hipertenzijo«

Mentor: red. prof. dr. Pavel Skok
Somentor: doc. dr. Tomaž Šeruga
Zagovor: 19. 2. 2013

Dr. **Andraž Stožer**, dr. med.

Naslov: »Vpliv presnovno pomembnih dejavnikov na funkcijo celic beta«

Mentor: red. prof. dr. Marjan Slak Rupnik
Zagovor: 21. 2. 2013

Čestitamo!

Kiborgoetika

Kiborg (*cyborg*, iz angleške skovanke *cyb* – kibernetičen in *org* za organizem) je organizem, sestavljen iz organskih in sintetičnih delov. Nekateri poznamo in smo jih že sprejeli (srčni spodbujevalnik, umetna kolk in koleno, umetna kohlea), nekateri so že korak naprej (finski računalniški programer na primer, ki je ob nesreči izgubil prst na roki in so mu v krn vgradili USB-ključek, s katerim se lahko vsak hip preko računalnika poveže z bazo podatkov), nekateri so še v frankenštajnovskih sferah, v katerih se razmišlja o popolni spremembi psihičnih in čustvenih lastnosti in ustvarjanju novega človeka, ki bo zasenčil Prometeja.

Razumljivo, da že pri prvih začetkih naletimo na probleme, ne le tehnične, temveč tudi etične, ki jih do sedaj nismo ne poznali ne pričakovali. Kako na primer uskladiti vgradnjo radiofrekvenčnih identifikacijskih čipov, ki spreminjajo človeško naravo? Kako voditi razvoj robotskih humanoidov, ki se bodo oz. se že razlikujejo celo in tudi po spolu (androidi – moški in ginoidi – ženske). Kako je mogoče zagotavljati svobodo volje, razmišljanja in empatije, če ima nekdo drug oblast in nadzor nad tistim, kar opredeljuje človeka, kot ga poznamo danes.

Kadar bo uspelo integrirati računalnik v človeški organizem in ga povezati v obstoječo mrežo, je konec individualnih organizmov. Človeštvo bi postalo družba kiborgov, morda bolj uporabna za preselitev in bivanje na nekem drugem planetu kot pa za življenje na Zemlji...

Kako potegniti zavoro ob teh mrakobnih (morbidnih?) razmišljanjih? Kako razmišljajo avtorji?

Ugotoviti, kaj je koristno preoblikovanje in izpopolnjevanje in kaj ne.

Preveriti biološke meje vzdržljivosti pri nadomestkih in ugotavljati nevarnosti vseobvladujočih nevrotehnik, biotehnik in nanotehnik.

Določiti namen implantiranega dela ali organa (pomoč bolnemu delu telesa *versus* ustvarjanju novega človeka).

Štirideset let transplantacij v KBC Zagreb

KBC Zagreb je praznoval štirideset let presaditve organov.

Leta 2009 je bil proglašen za šesti evropski transplantacijski center, upoštevajoč kakovost dela in število bolnikov, ter promoviran kot mentorski center za jugovzhodno Evropo.

Leta 1012 so presadili 122 ledvic, 25 src in 9 jeter.



Potegniti mejo med dovoljenim in nedovoljenim, vodeno s presojo javnosti preko ustreznega multidisciplinarnega centra. Vse navedeno vgraditi v čvrsto zakonsko podlago.

P.S. Večina se bo verjetno bolj navduševala za živo lepoticco kot tisto, iz katere gleda polno žic.

Vir: Liječničke Novine, 3, 2013

Prevod in priredba: Boris Klun

E-naslov: boris.klun@gmail.com

Čakalne dobe se znižujejo, med leti 2007 do 2011 so se zmanjšale za skoraj 39 odstotkov. Eden razlogov je tudi ta, da je Hrvaška po številu darovalcev na drugem mestu (za Španijo).

Vir: Liječničke Novine, 2, 2013

Prevod in priredba: Boris Klun

E-naslov: boris.klun@gmail.com



Nova specializacija za patologe

Po januarski eksploziji bombe v Zagrebu je zagrebški župan Milan Bandić povedal, da krivca ne gre iskati med teroristi, *temveč da gre za delo norca ali patologa.*

(Nova specializacija? Ali pa imajo patologi še posebne skrite konjičke?)

Vir: Liječničke Novine, 2, 2013

Prevod in priredba: Boris Klun

E-naslov: boris.klun@gmail.com



So vaši podatki na intranetnem portalu ZZS 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@z.zs-mcs.si).

Sestanek mladih zdravnikov in zobozdravnikov

Helena Haskaj

Mladi zdravniki se pogosto, ko naletimo na kakšno težavo, ne znamo obrniti na zdravniške institucije, saj z njimi med študijem nismo imeli stika. Zdravniška zbornica Slovenije in z njo Komisija za mlade zdravnike se je zato odločila organizirati sestanek z mladimi zdravniki in zobozdravniki, na katerem bi mladim približali delovanje komisije in drugih zdravniških organizacij, obenem pa spregovorili o nekaterih ključnih temah trenutnega časa. Tako se nas je v četrtek, 21. marca 2013, zbralo v Modri dvorani Domus Medica blizu 90 mladih zdravnikov in zobozdravnikov.

Po uvodnem pozdravu je vse prisotne pozdravil predsednik Komisije za mlade zdravnike pri Zdravniški zbornici Slovenije (ZZS), Janez Dolinar. Pojasnil je okoliščine nastanka komisije in kako se je njena aktivnost in vključenost v aktualne probleme spreminjala v zadnjih letih. Obrazložil je organiziranost in dejavnosti komisije ter udeležence pozval k aktivni vlogi v komisiji in ZZS.

Prim. Andrej Možina, predsednik ZZS, je mladim predstavil razloge za ustanovitev zbornice in razvoj le-te skozi leta. Zbornica ima poleg upravnih postopkov vodenja registra, razpisov za specializacije itn., tudi vlogo stanovske organizacije slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov. Preko organigrama zbornice je pojasnil namen posameznih služb ter razloge za obvezno članstvo in članarino. Ob zaključku predstavitve je izpostavil pomen dobrega sodelovanja med zdravniškimi organizacijami. O delovanju strokovnih služb na ZZS je spregovoril tudi Brane Dobnikar, generalni sekretar zbornice. Izpostavil je tiste, ki so na zbornici na voljo bodisi za brezplačne nasvete bodisi za ustrezno pomoč ob težavah, npr. na delovnem mestu.

Prof. dr. Pavel Poredoš je izpostavil bogato zgodovino Slovenskega zdravniškega društva (SZD) ter pomembnost stalnega podiplomskega izobraževanja ter strokovnega izpopolnjevanja, kar je tudi poglobljena naloga SZD. V društvu namenjajo v sklopu izobraževanja čedalje več pozornosti dodatnim in posebnim znanjem. Kot del SZD obstaja tudi Sekcija za mlade zdravnike, kamor smo mladi zdravniki povabljeni k aktivnemu sodelovanju.

Konrad Kuštrin, predsednik sindikata Fides, je predstavil mesto sindikata v družbi, glavne trenutke v vseh letih delovanja ter zakonske osnove za delovanje. Pojasnil je sisteme odločanja o razdelitvi denarja, namenjenega zdravstvu, med drugim tudi o plačah zdravnikom in zobozdravnikom ter

kakšne so možnosti vplivanja na aktualne probleme. Ob koncu je udeležence pozval k podpori in včlanitvi v sindikat.

S predstavitvijo delovanja ZZS in drugih zdravniških organizacij je bil namen srečanja predvsem mlade zdravnike seznaniti z vsemi različnimi službami in institucijami, na katere se lahko obrnejo v primeru nastanka težav, da bi skupaj našli rešitve.

Nadalje smo odprli dve trenutno najbolj pereči temi, to sta zaposlovanje mladih zdravnikov ter razpisovanje specializacij.

Problematika zaposlovanja mladih zdravnikov in zobozdravnikov

Prim. Andrej Možina je v predstavitvi s številkami in obrazložitvami orisal trenutno stanje glede zaposlovanja mladih zdravnikov in zobozdravnikov. Izpostavil je predvsem velik razkorak med željami brezposelnih in možnostmi zaposlovanja, razkorak med pričakovanji zavodov in pogledi ministrstva glede razpisovanja specializacij ter pomanjkanje kratko- in srednjeročne strategije zaposlovanja. Podrobno je predstavil tudi, kakšno je današnje stanje v Republiki Sloveniji v primerjavi z evropskim povprečjem, tako na področju posameznih strok, regij kot tudi na področju celotne Slovenije. Predstavil je možne kratkoročne rešitve problema zaposlovanja in pomen dobre strategije za dolgoročni plan zaposlovanja. Zbornica podpira mlade brezposelne



zdravnike in se trudi čim prej urediti ta problem, kolikor je to sploh v njeni moči.

Značilnosti razpisovanja specializacij v Sloveniji

Tina Šapec, vodja Oddelka za podiplomsko usposabljanje, licence in register zdravnikov na ZZS, nam je predstavila značilnosti razpisovanja specializacij in potek pripravništva. Predstavila je tudi nekaj aktualnih problemov, ki so v precejšnji meri rešljivi, in povedala, kam se lahko obrnemo za dodatna pojasnila. Izrazila je zaskrbljenost nad naraščajočim trendom odhajanja slovenskih zdravnikov v tujino.

Prof. dr. Bojana Beović, sicer predsednica Sveta za izobraževanje, je mladim predstavila vlogo in dosedanje delovanje omenjenega sveta, ki bedi nad stalnim podiplomskim izobraževanjem in specializacijami. Predstavila je različna mnenja glede sprememb pravilnika o izbirnem postopku za specializacije in aktualen pogled sveta na to problematiko. Izrazila je podporo temu, da se bo svet še naprej trudil ohranjati raven razpisov

specializacij v trendu približevanja evropskim povprečjem, ne pa zgolj nadomeščanju npr. upokojenih zdravnikov.

Po predstavitvah so bila na vrsti vprašanja udeležencev, na katera so odgovarjali prim. Andrej Možina, Konrad Kuštrin, Tina Šapec, prof. dr. Bojana Beović in Valentin Sojar. Živahna debata je postregla z mnogimi težavami mladih zdravnikov. Med razpravo se je pokazalo, da so pri marsikaterem problemu mnenja zelo podobna na vseh straneh, predvsem lahko izpostavimo probleme zaposlovanja. Pri razpisu specializacij in pri volontiranju pa so bili predstavljeni različni pogledi na tovrstno problematiko.

Glede na burno debato lahko zaključimo, da je bil sestanek začetek poti odprtega pogovora in skupnega reševanja perečih aktualnih tem, ki bremenijo današnje mlade zdravnike in zobozdravnike. Zato je ob zaključku srečanja sledilo ponovno povabilo vsem prisotnim k aktivnemu udejstvovanju pri spremembah in k pošiljanju predlogov na ZZS ali na Komisijo za mlade zdravnike.

E-naslov: helena.baskaj@gmail.com

Rad simuliram ... pa nisem hipohonder ...

Peter Poredoš

Glede na datum rojstva sodim med najmlajše člane generacije X, čeprav se po miselnosti uvrščam bolj v generacijo Y. Morda mi je zaradi tega navidezni bolnik in virtualni svet zelo blizu in prepričan sem, da se bo tudi izobraževanje v medicini bolj ali manj preselilo v virtualni svet.

Pogled mladega zdravnika (kamor se prištevam) na simulacijo na najboljši način prikažem s svojo prvo izkušnjo z medicinsko simulacijo. Izkušnje ne bom nikoli pozabil. Pisal se je mesec maj 2009. Na Slovenskem kongresu anesteziologije sem sodeloval kot kandidat pri predstavitvi uporabnosti medicinske simulacije v anesteziji. Uprizorili smo scenarij anafilaktične reakcije ob aplikaciji antibiotika. Zelo hitro sem se ob odlični postavitvi okolja in zmožnostih navideznega bolnika preselil v operacijsko dvorano, pred mano pa je bil realen bolnik z realnim problemom. To je po drugi strani močno povečalo raven stresa, pa ne toliko zaradi občinstva kot zaradi kritičnega stanja bolnika. Le kaj naj naredim, da se stanje bolnika dodatno ne poslabša ali bolnik celo umre? Scenarij sem seveda izpeljal odlično (pozabil odstraniti alergen oz. sem ga odstranil prepozno, vmes je bolnikov ritem preskočil v ventrikularno fibrilacijo ...). Še sedaj mi vsakič, ko se v svoji praksi znajdem pred podobnim problemom, pride na misel tisti prizor iz Portoroža in vprašanje profesorice: kaj bi morali narediti najprej?... In odtlej je vedno moj prvi ukrep odstranitev alergena.

Imam veliko srečo, da sem v simulacijo vpleten tudi z druge strani – kot inštruktor. V Sloveniji smo relativno pozno pričeli z medicinsko simulacijo, da ne govorim o zaostanku za letalsko industrijo (v opravičilo nam je, da nas je tukaj dolgo močno omejeval počasen razvoj tehnologije). Zato se vedno znova srečujem s skeptiki, predvsem na strani internistov, pediatrov, infektologov (medicina je preveč kompleksna za prikaz na plastični lutki)... Na drugi strani pa so »milenijci«. Generacije, ki so se in se rojevajo v 21. stoletju, rastejo ob mobilnih računalnikih, internetu, pametnih telefonih, živijo v oblakih (računalniških); njihovi socialni in vedenjski slogi so drugačni, svet dojemajo in spoznavajo drugače kot prejšnje generacije. Če smo mi igrali nogomet na igriščih, igrajo zdajšnje generacije virtualni nogomet – vsak za svojim računalnikom, a vendar kot ekipa. Zagotovo bodo sposobni tudi medicino dojemati in sprejemati v veliki meri virtualno in morali se jim bomo približati na njim domač in razumljiv način – s simulatorji in navideznimi bolniki. In še več kot to: ponekod že razvijajo programe za pametne telefone za posamezne veje medicine, programe, ki bodo kot računalniške igrice zasvojili uporabnika, da jih bo želel igrati kar naprej in na ta način osvojil čim več znanja.

Naj se vrnem nazaj v sedanost: ali lahko plastična lutka nadomesti bolnika? Lahko!

- **Realnost:** lutka oz. model – kaj je lahko ob sedanjih tehnoloških zmoglostih bolj realno kot to, da se model bolnika pogovarja s kandidatom? Da mežika z vekami, da mu zenice reagirajo na osvetlitev, da diha in izdihuje CO₂? Ali da lahko tipamo pulze na vseh tipičnih mestih, ga avskultiramo, in še najbolj zanimiv del, odziva se na zdravila in ukrepe fiziološko (kot pravi bolnik)? Poleg lutke je tu še prostor – opremljena operacijska dvorana ali soba intenzivne terapije, vsi pripomočki in aparati, ki jih običajno srečamo v naši praksi, pa digitalni dostop do radioloških preiskav, vsa bolnikova dokumentacija in ne nazadnje prenosni telefon za konzultacije. V simulacijsko okolje ves čas vnašamo realne bolnike z naših oddelkov, realne zaplete in realno dokumentacijo. Zanimivo opažanje je, da se bolj izkušeni kliniki veliko hitreje vživijo v klinični problem, navideznega bolnika in okolje.
- **Reproducibilnost:** vsak bolnik je zgodba zase, zato je ponovljivost kliničnega primera (zapleta, posebnega stanja) zelo okrnjena. Pri navideznem bolniku pa se lahko veliko kandidatov uči na istem kliničnem primeru, s čimer lahko objektivno spremljamo kandidatov napredek in ga pravično primerjamo z drugimi kandidati. Tudi ocenjevanje na ta način je bolj pravično in ima večjo težo.
- **Redka stanja:** s pomočjo navideznih bolnikov lahko prikazemo stanja, s katerimi se bo zdravnik izjemno redko srečal v svoji poklicni karieri, a so lahko ključnega pomena za preživetje bolnika. Znanje in izkušnje, kako ravnati v takšnih primerih, lahko zdravnik pridobi izključno v simulacijskem centru. Mimogrede: v številnih specializacijah so zapisani posegi, ki jih specializant med specializacijo ne more opraviti na bolnikih (vsak pet perikardiocentez??), lahko pa večino z lahkoto osvoji na za to primernem modelu.
- **Ohranitev znanja:** kljub temu, da je simulacija v medicini tako rekoč še v povojih, obstaja kar nekaj študij, ki so pokazale veliko bolj strmo krivuljo učenja pri uporabi simulacije ter da ima na ta način pridobljeno znanje veliko bolj položno krivuljo pozabljanja. Ne le, da se znanje ohranja dlje, je tudi veliko bolj ponovljivo kot zgolj klinično pridobljeno znanje. Poleg tega kandidati veliko bolje reagirajo v stresnih situacijah, so bolj ročno spretni in usposobljeni za delo v ekipi.
- **Izkušnje:** ali si lahko kdo predstavlja, da bi se pilot potniškega letala učil na lastnih napakah? Verjetno bi že pri prvi večji napaki zaključil svojo (poklicno) pot. Razlika je le v tem, da ima pilot v rokah nekaj 100 življenj, zdravnik pa v večini »le« eno. V 21. stoletju je skoraj nedopustno, da študent, specializant ali tudi specialist pridobiva svoje prve izkušnje in spretnosti izključno na pravih bolnikih. Tudi spoznavanje uporabe medicinske opreme brez vnaprejšnje priprave in testiranja »na suho« ali še bolje na navideznih bolnikih je zelo lahkomišelnost. Izkušnje, pridobljene v navideznem okolju, so odlično dopolnilo h klinično pridobljenim, nikakor pa ne zamenjava.
- **Zadovoljstvo in samozavest:** lahko potrdim, da ima večina kandidatov po zaključenih tečajih občutek zadovoljstva, samozavesti in močne želje po ponovnem izobraževanju. Mnenja kandidatov so izjemno pozitivna (povprečna ocena okrog 4,6/5) in večina si želi še več simulacij ter prenosa učnih prijemov v vsakdanjo prakso. Sam pogosto dobim povratno informacijo od kandidatov o konkretnih primerih, ko jim je izkušnja v simulacijskem centru koristila pri vsakdanji praksi.
- **Stroški:** velik razlog, zakaj mnogi nasprotujejo učenju s simulacijo, so stroški. Res je, da postavitve izobraževalnega centra stane ogromno, vendar je potrebno na stroške gledati skozi oči varnosti bolnikov in kaj hitro lahko ugotovimo, da so le-ti stroški izjemno nizki v primerjavi s stroški posameznega kliničnega zapleta.
- **Implementacija:** kje je mesto simulacije v vsakdanji klinični praksi? Tukaj smo pri izobraževanju zdravnikov v Sloveniji še zelo na začetku. Lahko se pohvalim, da je anesteziologija in intenzivna medicina prvo področje, kjer je učenje s simulacijo vključeno v novi program specializacije, a le-ta še ni sprejet. Potrebna bo še veliko dela in truda za vključitev simulacije v druge medicinske vede, pa tudi za uporabo simulacije kot orodja za natančno, pravično, ponovljivo, časovno učinkovito in dostopno ocenjevanje študentov in zdravnikov vseh profilov ter podeljevanje licenc. Možnosti je ogromno: pridobivanje izkušenj pri redkih kliničnih stanjih in posegih (predvsem pri akutnih stanjih), učenje komunikacije z bolnikom in člani ekipe, spoznavanje in uvajanje nove opreme, pripomočkov in metod, postavljanje etičnih meril ter ne nazadnje učenje obvladovanja stresa.

Za konec lahko rečem le to: izkušnja učenja s simulacijo je izkušnja, ki te spremlja še dolgo in je odlično dopolnilo klasičnega kliničnega pouka, nikakor pa (še) ne njegova zamenjava. In ja, še naprej bom z veseljem simuliral...

E-naslov: peter.poredos@kclj.si



Timska obravnava simuliranega kliničnega scenarija v enoti za intenzivno zdravljenje.

Ustavimo konje

Matjaž Rode

Začelo se je s serijo oddaj o slovenskem zobozdravstvu na eni od komercialnih televizij.

Prava mini serija pa ni prikazala uspehov slovenskega zobozdravstvenega varstva, vpetosti tega dela zdravstva v preprečevanje boleznih trdih in mehkih tkiv v ustni votlini, pomembnosti vzdrževanja ustnega zdravja in povezanosti s splošnim zdravjem, ni poročala o uspehih slovenskih zobozdravnikov, ki imajo nekateri kaj povedati in pokazati tudi v strokovnem soočanju s kolegi in ki so znani in uspešni pri predkliničnih in kliničnih raziskavah ter strokovnih dosežkih tudi drugje po svetu. Ne, novinarka je spraševala predvsem, zakaj so cene za doplačila nekaterih storitev v slovenskem zobozdravstvu tako različne.

Tak način prikazovanja mojega poklica me je kar malo ujezil. Na misel mi je prišlo, zakaj je zobozdravstvo v Sloveniji tako pomembno, da se mu v zelo gledani oddaji namenja toliko časa. Ali je vse drugo v zdravstvu že urejeno? Ali v naši deželi sploh ni več hujših problemov in so to le še pogoltni in neetični zobozdravniki? Odgovore vedo predvsem tisti, ki so novinarjem naročili tak ton izpraševanja!

Prispevki so odmevali predvsem med slovenskimi zobozdravnicami in zobozdravniki samimi.

Povod za to so bile predvsem izjave posameznikov, ki so na teh oddajah nastopili in bolj ali manj (ne)upravičeno zagovarjali interes slovenskega zobozdravništva. Prav tem gredo tudi moji očitki, saj so nekateri dopustili, da se je pogovor, namesto da bi ostal na ravni pogovarjanja o ustnem zdravju ali boleznih, spustil na raven zelo posplošenega pogovarjanja o ceni in samo o ceni.

Česa takega zdravniki ne dopustijo, pa tudi novinarji jih ne sprašujejo tako, četudi so zagotovo tudi pri njih cene za navidezno podobno storitev ali poseg različne. Zapisal sem že, da so se najbolj burno odzvali slovenski zobozdravniki. Na medmrežju je brati veliko zanimivega.

Najprej se je pojavil poziv zobozdravniškega sindikata, ki je **povsem neumestno** pozival, naj zobozdravnice in zobozdravniki izstopijo iz Slovenskega zdravniškega društva in bojkotirajo bližajoče se strokovno srečanje v Portorožu, saj je predsednik stomatološke sekcije, ki so ga na televiziji predstavili kot vrhunskega strokovnjaka, prekoračil svoje strokovne pristojnosti. Ta poziv dokazuje, kako avtor poziva niti ne pozna (ali se ni trudil spoznati) zgodovine delovanja slovenskih zobozdravnikov v Slovenskem zdravniškem društvu (SZD), predvsem pa eno od strokovnih

sekcij, ki organizira sestanek v Portorožu, postavlja v položaj, ki ga sama v SZD nima. V društvu deluje kar nekaj strokovnih sekcij s področja stomatologije, ki odgovorno skrbijo za tisto, za kar sploh so sekcije v društvu: pripravljajo strokovne smernice za slovensko zobozdravništvo.

Na ta poziv je odgovoril doc. dr. Premik, ki je želel umiriti strasti in je razumno pozval sindikaliste, naj ne rušijo ustaljenih povezav zdravnikov in zobozdravnikov v SZD: ponudil je pogovor in pri tem opozoril na aktivnosti stomatološke sekcije, ki pa so seveda, saj je sekcija prostovoljno druženje članov, za politiko neobvezne, saj za strokovne uskladitve s področja zobozdravstva skrbi razširjeni strokovni kolegij za stomatologijo.

V odgovoru predsednika stomatološke sekcije SZD je bilo čutiti hudo prizadetost zaradi obtožb. Zagrozil je z odvetniki in zapisal, da bo sekcija pripravila okroglo mizo o problemih v zobozdravstvu. Računal sem že, da se bo zadeva toliko umirila, da bo možen pogovor in tudi dogovor med nekaterimi, ki so bili še posebno aktivni v teh polemikah, pa me je prav neprijetno presenetilo novo e-sporočilo, ki nam ga je nekaterim poslal ob koncu aprila tega leta predsednik stomatološke sekcije. V njem ponovno obljublja TV okroglo mizo o razlikah v cenah nekaterih stomatoprotetičnih storitev in se pri tem sklicuje na podatke, ki jih je dobil od zobotehnikov. To me spominja na pogovore o različnih cenah podobnih jedi v različnih restavracijah in je svetlobna leta daleč od pogovorov o možnostih, ki jih sodobna stomatologija ponuja pri preprečevanju boleznih ustne votline, in o vseh možnostih, ki jih tudi slovenske zobozdravnice in zobozdravniki za rehabilitacijo brezzobosti lahko naredijo svojim pacientom. **To je po mojem mnenju prava tema za TV-omizje.**

Po mojem mnenju bi bila prava pot, da tako okroglo mizo (brez prisotnosti TV) najprej organizira Zdravniška zbornica Slovenije, ki ima nekatera javna pooblastila in je edina lahko kolikor toliko enakovreden sogovornik s plačnikom in politiko, **pa tudi poklicana, da lahko usklajuje različna stališča med njenimi člani – zobozdravniki.**

Zato je moj predlog, da:

predsednik Zdravniške zbornice Slovenije (ki je v to tudi privolil) skliče in usklajuje pogovor vseh, ki bolj ali manj upravičeno dajejo izjave o slovenskem zobozdravstvu in zobozdravništvu.

E-naslov: matjaz.rode@siol.net

Za vrednost zdravniškega dela

Marjan Fortuna

V zadnjem času je bilo veliko napisanega o tako imenovanem begu možganov (tudi zdravniških). V Nede-lu je bil 14. oktobra 2012 objavljen intervju s štirimi zdravniki, ki so poiskali svojo nadaljnjo poklicno pot v tujini, čeprav jim tudi doma ni bilo ravno nevzdržno. Zanimivo je, da so vsi, če so govorili iskreno, zakaj so odšli ali želijo oditi v tujino, izpostavljali pred-vsem urejene razmere za delo, ne pa boljših osebnih dohodkov.

Ne mislim povečevati našega dela, toda javnost bi se morala zavedati, da je dobro in kakovostno zdravstvo odraz kulture naroda. Družba, ki ji je kaj do skrbi za zdravje naroda, bo nekoliko bolj subtilno pristopila k reševanju problemov in se ne bo obnašala kot slon v trgovini s porcelanom. Lahko se resnično pohvalimo z dosežki v našem zdravstvu, a žal smo zlasti zdravniki prevečkrat izpostavljeni kot problem in ne kot nosilci zdravstvene dejavnosti, in če hočete nekoliko patetično, tudi varuhi zdravja naroda. Slovensko zdravstvo iz dneva v dan dokazuje, da je na zelo visoki strokovni ravni, šepamo pa na področju organizacije, na katero se, tako kot na nogomet, spozna skoraj vsak.

Z najnovejšimi predlogi o zmanjšanju plačila za nočno, nedeljsko in praznično delo bo nastalo toliko škode, da jo bodo prihodnje generacije reševale še leta. Pozorno spremljam dogajanje v zdravstvu že dobrih štirideset let in lahko bi rekel »dējà vu« (že videno). Zanimivo je, da so največji nasprotniki solidnega, ne odličnega, plačevanja dežurstev predvsem tisti, ki bodisi nikoli niso dežurali ali so dežurali le malo časa. Če je dežurstvo res tak problem, naj politika določi število dežurnih delovnih mest, samo naj tega ne zahteva od stroke, ki najbolje ve, kaj je potrebno

za nemoteno delovanje zdravstva. Zgodovina se res ponavlja, vendar za mnoge ni učiteljica življenja. Podobnemu pogromu, kot se dogaja sedaj, smo bili priča v poznih sedemdesetih letih prejšnjega stoletja, ko se je kar na osnovi nekih »izkustvenih« norm ugotovilo, da zdravniki v času dežurstva delamo povprečno 40 odstotkov delovnega časa, 60 odstotkov pa smo zgolj prisotni na delovnem mestu, in ustrezno temu je bilo tudi plačilo. Čeprav smo takratni akterji (zlasti mladi zdravniki) temu ostro nasprotovali, je bila ta famozna rešitev gladko sprejeta, saj smo na tako imenovanem samoupravnem organu, kot je bil delavski svet, pogo-reli. Tak način plačevanja je nato trajal dobrih trideset let!

Nič kolikokrat sem že pisal o tem, da imamo, pa če to hočemo priznati ali ne, preveč pravic in premajhno prispevno stopnjo. Ne bom tega znova utemeljeval in navajal primerov, saj je javnost s tem precej seznanje-na. S ponovnim zmanjšanjem plačila za dežurstvo v najpomembnejših delih dneva in leta, kar noči, nedelje in prazniki nedvomno so, delamo bolnikom »med-vedjo« uslugo. Če nekoliko ponazorim, bo prihranek zaradi zmanjšane plačila dežurstev (okrog 20 milijonov na letni ravni) manj kot 1 odstotek denarja, ki ga namenjamo za zdravstvo. Toliko zapravimo samo z eno ne dovolj premišljeno in slabo načrtovano investicijo v zdravstvene ustanove, ki jih je bilo v zad-njih letih kar nekaj.

Ko bomo deležni novih in novih tragičnih primerov, ki bodo posledica sistemskih ukrepov, se bo zgodil narod. In takrat tudi bogovi v belem ne bomo mogli pomagati.

Spoštovane kolegice in kolegi, zdravnice in zdravniki!

Živo se še spominjam prvega dne na fakulteti, ko so nas že v sprejemnem govoru nagovorili s tem nazivom – kolegi. Nekaj časa je trajalo, da smo se ga navadili, ampak sčasoma smo ga začeli čutiti – pripadnost temu poklicu, povezanost med nami. Žal pa se je že večkrat izkazalo, da se v praksi ta odnos včasih ne uresniči, in sedaj je prišel tak čas.

Veliko nas je, vaših mladih kolegov, ki smo se znašli v težki situaciji. Končali smo fakulteto in pripravništvo, sedaj pa brezposelni sedimo doma. Smo v letih, ko bi se radi osamosvojili, imamo izobrazbo za defici-tarni poklic, radi bi delali, pa ne moremo. Pred leti je bil ukinjen sekundariat, sobnih zdravnikov zaradi ZUJF-a zaposlijo le za vzorec, pa še te večinoma za največ 6 mesecev. Razpisi za specializacije zamujajo

(jesenski je bil decembra), so neustrezni (na aktualnem so obljubljeni mesta za »skoraj vse«, izkazalo pa se je, da bo vsaj 120 (tretjina vseh prijavljenih!) še naprej brezposelnih, s tem da vsak mesec nekaj deset kolegov iz obeh fakultet opravi strokovi izpit), pogosto tudi niso v skladu s potrebami (čeprav na zbornici trdijo, da ostajajo zaposlitve na primarni ravni, se na zadnjih dveh razpisih bije hud boj tudi za mesta družinske medicine).

Poslušamo veliko o tem, da je zdravnikov premalo, ko pa pride do vprašanja zaposlitev, naletimo na zid – bolnišnice in zdravstveni domovi so v rdečih številkah, minister in župani podpišejo bolj malo soglasij za delo (v veliki meri so jih iz oddelkov zaradi tega sploh nehali pošiljati), razpisi so neustrezni in že so ustvarili ozko grlo, ko kljub zasedbi vseh mest na razpisu ostaja veliko (več kot 100!) brezposelnih.

Nekaj mladih je že odšlo, večinoma v Nemčijo in Veliko Britanijo. Ostali čakamo in upamo na najboljše, pri skoraj 30 letih in z eno najvišjih stopenj izobrazbe sedimo doma, podpirajo nas starši, čeprav bi si lahko ustvarjali že svoje družine, če bi imeli s čim. Ne ostajamo v stiku s stroko – vsi vemo, da branje knjig in člankov doma ni enako kot učenje ob bolnikovi postelji – in torej tudi ne napredujemo.

In o tem problemu se premalo govori. Večina zdravnikov niti ne ve, kakšen je danes položaj mladega

zdravnika. In tu se obračamo na vas, kolegi – dajte nam glas. Mi mladi, ki sedimo doma, nimamo nikakršnega vzvoda, da poizkušamo spremeniti sistem. Ne moremo stavkati, ne moremo umakniti soglasja o delu preko polnega delovnega časa. Sindikat zdravnikov se ne zgane, zbornica se ne zgane, neke aktivne organizacije mladih brezposelnih zdravnikov, ki bi se ji lahko priključili, pa ni, saj do pred kratkim za to niti ni bilo potrebe. Vsi sicer obljublajo ureditev razmer, vendar jih neuspešno in zelo počasi urejajo ljudje s solidnimi plačami, nam mladim pa vsak mesec, ki ga preživimo doma, pomeni tako finančno kot strokovno nazadovanje.

Kaj bo z več kot 100 mladimi zdravniki, ki na razpisu ne bodo dobili mesta? Poleg teh pa se nam vsak mesec pridruži še nekaj 10 tistih, ki opravijo strokovni izpit in gredo namesto v službo lahko samo na Zavod za zaposlovanje ali v tujino, čeprav bi radi delali doma. Potrebujemo konkretne odgovore, še bolj pa službe – in ne samo besed in obljub o tem, da se bo situacija enkrat rešila. Te nam ne prinesejo ne kruha na mizo ne strokovnega napredovanja.

Prosimo vas, da se zaveste našega problema, se o njem pogovarjate in nam pomagate čim prej najti rešitev. Prosimo vas, da se še naprej obnašamo kot stanovski kolegi.

Brezposelna mlada zdravnica

Beseda predsednika ob pismu mlade zdravnice

Razmišljanja spoštovane kolegice so se me globoko dotaknila. Na jasen in odkrit način je ubesedila stisko desetih mladih zdravnikov, ki nosijo breme posledic napačnih političnih in sistemskih odločitev zadnjih let. Nastavila pa je ogledalo tudi nam, njihovim starejšim kolegom, ki smo imeli srečo, da smo dozoreli v drugačnih časih, ter nas izzvala z vprašanjem, koliko si v resnici prizadevamo zanje.

Dragi kolegi, brezposelni mladi zdravniki, zelo si prizadevamo. Problem (ne)zaposlovanja smo zaznali že ob njegovem nastanku in odtlej iščemo rešitve, z vso energijo preigravamo možnosti znotraj rigoroznih zakonskih okvirov. Ne gre za prazne besede, verjamemo in vztrajamo, da je problem možno rešiti in da bomo to tudi dosegli. Ministrstvu za zdravje, s katerim imamo vzpostavljen vzoren dialog, smo predstavili serijo

možnih ukrepov za ublažitev situacije – prepričani smo, da bodo snovalci zdravstvene politike in financ sprejeli vsaj katerega, če že ne vse izmed njih. To bo prvi korak v pozitivno smer.

Nesprejemljivo in nerazumno je dopustiti, da bi slovensko zdravstvo zaradi brezplodnega čakanja na zavodu za zaposlovanje ali odhoda mladih v tujino izgubljalo visokokvalificirani in vrhunsko izšolani zdravniški kader. Vemo, da se tega dobro zaveda tudi naša država, zato upamo, da vas bomo lahko že v času, ko boste brali te vrstice, seznanili z dogovorom o ukrepih za rešitev problema.

Prim. Andrej Možina, dr. med.

Predsednik zbornice



Med preživljanjem prostega časa.

Prim. Diana Gvardijančič, dr. med.

Štefan Grosek

Lep pozdrav prim. Diana Gvardijančič, dr. med. Najlepša hvala, da ste se odzvali vabilu na pogovor. Poznavate se že zelo dolgo. Z leti ste postali izjemna kirurginja za otroke v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, na Kirurški kliniki, Kliničnem oddelku za abdominalno kirurgijo. Vaše področje je kirurgija trebuha. Zakaj kirurginja in zakaj delo z otroki?

Kirurgija zato, ker je to ena od tistih vej medicine, kjer je hitro viden rezultat. Če se pravilno odločaš, imaš hitro dobre rezultate. Zakaj z otroki? Zato, ker je to najlepši del kirurgije. Ko se pri otroku ali novorojenčku odločiš za operacijo in jo dobro narediš, si jo dobro naredil za 90 let ali več. To je najboljši del tega.

Opišite nam, prosim, kaj pomeni za vas operacija otrok s prirojenimi napakami v trebuhu ali v trebušni steni. Se taka operacija zelo razlikuje od kirurgije odraslih?

No, v osnovi je kirurška tehnika enaka pri otroku ali odraslem. Pomembno je znanje in vedenje, kako operirati, poznati in se odločiti za pravo tehniko, vedeti, koliko se lahko odreže, na kaj je treba paziti, in seveda vse pravilno zašiti. Pri otrocih je ta proces kirurškega dela veliko lepši. Anatomija se pokaže taka, kot mora biti, ali pa se pokaže anomalija. Če si prav naučen, jo hitro najdeš in veš, kako jo je treba rešiti. Zame je to lepša kirurgija kot kirurgija odraslih. Prav gotovo zato, ker so strukture v trebuhu majhne in lahko dosegljive, ker niso nikoli globoko in do njih lažje dostopamo.

Kaj pa kirurgija ekstremno majhnih nedonošenčkov, ki zbolijo z nekrotizantnim enterokolitisom. To je vsaj v mojih očeh izredno zahteven poseg, saj operirate tkiva, ki so majhna in nezrela. Vemo, da je smrtnost še vedno

zelo visoka. Kaj je pri tem delu pomembno, kaj vas zadovoljuje in kaj vas žalosti?

V kirurgiji nedonošenčkov sama operativna tehnika, čeprav je vse majhno, ni bistveno drugačna. Bistveno pa je, da te majhne strukture v trebuhu res dobro prikažeš in da vzameš manjše šive, primernejše instrumente. Kar pa zadeva sam poseg v trebušni votlini, je pravzaprav zastrašujoče, kako hitro se pri majhnih nedonošenčkih zgodi, da se nekje samo narahlo dotakneš, pa se tkivo lahko začne trgati, krvaveti. Zato je pri teh operacijah pravzaprav res zoprno, ker je treba biti tako strašno pazljiv, ker je vse tako nežno in občutljivo. Eden od teh najbolj pomembnih organov pri operacijah so seveda jetra, kajti čim se jih dotakneš, je lahko kaj narobe. Sama odločitev, koliko črevesa je slabega, je pravzaprav veliko lažja, kot pa paziti na sosednje organe. Na koncu teh operacij pravzaprav nikoli nimaš zelo dobrega občutka, ker si vedno tehtal, koliko pustiti, koliko vzeti, zelo hitro je odvzeto preveč in lahko postane otrok zaradi tega kratkočrevesen. Zelo hitro se lahko tudi zgodi, da odstraniš premalo in je v trebuhu ostalo še hudo bolno črevo, kar zahteva še en operativni poseg.

Ali ste zadovoljni glede možnosti, ki jih imate na voljo, da opravite ustrezno diagnostiko, preden operirate otroke? Kako sodelujete z zdravniki, ki opravljajo slikovno diagnostiko?

To je malce izzivalno vprašanje. Dokler je v hiši specialistka radiologije dr. Živa Zupančič, nimamo nobenih problemov. Ko se pokličemo, se vse dogovorimo, dobimo vse preiskave, ki jih potrebujemo, tudi pokliče nas zraven, da gledamo ultrazvoke skupaj in ostale slikovne preiskave ter se nato skupaj lažje

odločimo. Tudi z njeno kolegico asist. Senjo Mali se lepo dogovorimo. Ko pa sta obe na dopustu, potem je pravzaprav težje doseči vso potrebno diagnostiko, to je res.

Atrezija anusa in rektuma sta prirojeni napaki, ki zahtevata dobro temeljno izobrazbo, poznavanje anatomije in, mislim si, fiziologije ter kirurško tehniko, da so rezultati dobri. Ali nam lahko poveste kaj več o tej vrsti kirurgije, za katero vidim, da vas je popolnoma prevzela.

No, ko sem prišla v UKCL, se še ni delalo po načinu, ki ga je opisoval odličen kirurg, profesor Alberto Peña, ki je delal v Mexico Cityju. Nato pa se je julija 1985 pridružil Schneider Children's Hospital in bil šef otroške kirurgije ter profesor kirurgije na Albert Einstein College of Surgeons. Kirurg Peña je nekako postavil temelje osnovne anatomije in osnovne fiziologije te prirojene napake. Opisal je številne operacije atrezije anusa in rektuma na različnih nivojih, tako podrobno in tako lepo, da če se tega opisa zares držiš, lahko tudi sam narediš krasno operacijo in tudi utemeljiš, zakaj tako ter kako. Njegove študije so lepo pokazale, kakšna so pričakovanja po takih operacijah, kdaj bo otrok popolnoma kontinenten, delno kontinenten, kdaj bo čist. Pojem kontinence je vezan na to, koliko nadziraš svoje odvajanje. Pojem čistosti pa je pravzaprav uvedel v tem smislu, da je ta čistost mišljena tudi tedaj, če je otrok popolnoma inkontinenten. Tudi inkontinenten otrok je lahko čist in čist mora biti, da je socialno sprejemljiv, da lahko doma funkcionira v nekem normalnem življenju. Ta način operiranja smo postopno od leta 1997 uvedli k nam in imamo bistveno boljše rezultate, kot smo jih imeli prejšnja leta.

Spomnim se Hirschsprungove bolezni, ki me je kot pediatra nekako zmeraj zastraševala, saj smo dobivali otroke, ki dneve in dneve niso odvajali blata. Imeli so velike, na koncu boleče trebuhe, prišlo je tudi do toksičnega kolitisa, megakolona. Tega danes ne vidimo več. Kje so ti otroci?

Hirschsprungova bolezen ali na kratko Hirschsprung je še vedno bolezen s približno isto incidenco, kot je bila vsa leta. S poznavanjem bolezni in z diagnostičnimi možnostmi, kot je na primer aspiracijska biopsija, ki kot vemo ni nekaj strašno novega, saj se je vendar s tem veliko ukvarjal že pediater profesor Pavle Kornhauser, lahko postavimo diagnozo. Že več let je preteklo, odkar se je pri nas začela delati aspiracijska biopsija, ampak kar nekaj let je trajalo, da smo ugotovili, da pravzaprav ne smemo čakati na izražene klinične znake bolezni, ampak se odločimo hitro in zato zgodaj naredimo biopsijo. Po svetu sedaj nekako velja, da se naredi biopsija takoj, če otrok ni dovolj zgodaj odvajal mekonija. Nekaj kirurgov v nekaterih državah naredi biopsijo že v 48 urah, nekateri jo naredijo že v 24 urah, se pravi, če otrok ni odvajal mekonija, se *a priori* naredi biopsija. Tako se veliko večino Hirschsprungove bolezni zajame zelo zgodaj, preden se razvije megakolon, preden pride do toksičnosti. In če ga uspemo tako zgodaj dokazati z biopsijo, naredimo nato še ostale diagnostične preiskave, tu mislim predvsem na irigografijo. Z napredkom

anestezije kot tudi intenzivne terapije je sedaj možno to narediti v prvem mesecu po rojstvu in nato že začeti razmišljati, kako bomo operirali in rešili v drugem mesecu starosti. Ti otroci potem nikoli nimajo velikih trebuhov, doma mama ni nikoli videla, da ne bi mogli odvajati blata (»kakati«) prav grozno dolgo, da bi se vse skupaj tako ustavilo, da bi prišlo do toksičnega megakolona. Do tega ne pride, če že prej operiraš. Za Hirschsprungovo bolezen je znano, da ni vedno samo bolezen črevesa. Obstajajo nekateri otroci, ki imajo kljub zgodnji operaciji potem vseeno težave, ampak so te težave drugačne, kot smo jih bili vajeni s tistimi velikimi trebuhu in toksičnim kolonom.

Sindrom kratkega črevesa je bolezensko stanje, ko je otrok odvisen od stalne popolne ali delne parenteralne prehrane. Naš klinični oddelek za otroško kirurgijo je referenčni center za vso Slovenijo, kjer se zdravijo otroci s sindromom kratkega črevesja. Poleg dosmrtnega hranjenja s popolno parenteralno prehrano obstajajo tudi kirurške možnosti zdravljenja. Ena izmed njih je tudi podaljševanje črevesa. Kdaj lahko tako kirurško možnost uporabite in kdaj ne?

Do kratkega črevesa lahko pride po nekrotizantnem enterokolitisu, po gastroskizi, omfalokeli, po številnih operacijah zaradi ileusa in drugih problemih črevesja, ko je potrebno odstraniti zelo velik del bolnega črevesja. Kirurško podaljševanje črevesja in možnosti podaljševanja črevesja, ki jih imamo na voljo, so pravzaprav odvisne od osnovnega problema, ki je povzročil kratko črevo. Če je črevo kratko zaradi raznih ileusov, potem je nemogoče to rešiti s podaljševanjem. Je pa podaljševanje sicer pri patologijah, kjer je ostalo le malo črevesa, zelo smiseln poseg. Primer podaljševanja črevesa nam je pokazal dr. Adrian Bianchi iz Royal Manchester Children's Hospital, Department of Paediatric Reconstructive Surgery – Urology, Manchester, ki nam je predstavil svojo metodo podaljševanja. Vendar pa je tudi sam jasno povedal, da je to metoda, ki ni povsem sprejeta, da



Prim. Diana Gvardijančič, kot Pika Nogavička na Kliničnem oddelku za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo.

o njej mnogi menijo, da je zelo tvegana, in se v svetu sedaj vse več podaljšuje črevo na drugačne načine. Na osnovi njegovega obiska pri nas smo tudi mi analizirali vse naše otroke s kratkim črevesom in ugotavljali, ali je smiselno podaljševanje. Na žalost smo po opravljenih preiskavah na skupnih konzilijih ugotovili, da pri naših otrocih s sindromom kratkega črevesa zaenkrat nobena metoda ne pride v poštev.

Ste aktivna članica Slovenskega združenja za otroško kirurgijo. Kakšna je vaša vloga in naloga pri delovanju v društvu?

To društvo je nastalo na pobudo kolega otroškega kirurga Silva Lipovška, ki se je po dolgih letih dela v Argentini vrnil v Slovenijo in ogromno vložil v njegovo ustanovitev. V to društvo so včlanjeni kirurgi, ki delajo po vseh ostalih slovenskih bolnišnicah in temu primerno imajo pravzaprav različno raven interesov in pričakovanj od društva. Moje osnovno razmišljanje v tem društvu je bilo, da bi po vseh bolnišnicah uspeli prikazati, da v terciarnem centru resnično potrebujemo otroškega kirurga, ki opravi posebno specializacijo in je nato res v stiku z vsemi posebnostmi otroške kirurgije. Vendar je glede tega upor s strani nekaterih v kirurških strokah. Imeli smo prvi sestanek na temo kile, drugi sestanek je bil na temo slepiča in vnetja slepiča ter peritonitisa. Nobenega vprašanja ni bilo o tem, kako bi se dobivali, vsi so bili zainteresirani, vsi so sodelovali. Zatem smo imeli na pobudo Jožeta Robide iz Celja še sestanek s travmatologi, katerega smo se tudi z veseljem udeležili, potem pa je dejavnost nekako zamrla. Pravzaprav so vse teme, ki so strogo neonatalne, zanimive le še za ljudi, ki delajo v terciarnih centrih, kjer je prisotna podpora s strani vseh drugih specialnosti, ki pomagajo zdraviti te otroke. Tako ni bilo več zanimanja širšega kroga kirurgov. Moje osebno mnenje je, da je edina rešitev doseči izobraževanje za otroškega kirurga kot specialista neonatalne in otroške kirurgije.

In kaj naj bi zajemala specializacija iz otroške kirurgije v Sloveniji oz. kaj zajema v Evropi oz. v Ameriki?

Vse delo, ki ga opravimo na otroški abdominalni kirurgiji, otroški torakalni kirurgiji in del urologije. Nekatere zelo specializirane posege v svetu nato naredi urolog skupaj z otroškim kirurgom. Po drugi strani pa naj bi otroška kirurgija imela dve usmeritvi: to, ki sem jo navedla, in drugo, tako imenovano »trdo« kirurgijo – ortopedsko, travmatološko in plastično naravnano. Tako imaš potem pregled čez vse dogajanje pri otroku. Posebna specializacija ostane vedno nevrokirurška in kardiokirurška specializacija.

Poglejte, Slovenija je znana po tako imenovanem »ljubljskem modelu kirurgije« otrok, kjer vsaka kirurška specialnost skrbi za svoje področje pri otrocih. Ali je ta model še živ, kot je bil pred več desetletji, ali bi bilo potrebno na tem področju narediti kakšen korak naprej?

Za tiste čase je bila to idealna rešitev. Še danes gledam na to kot na model odlične otroške intenzivne terapije, v skrbi za otroka. Kirurgija je v tem času zelo napredovala. Razvilo se je toliko dodatnih znanj, vedenj, tako iz anatomije in fiziologije

pri nedonošenčkih in novorojenčkih kot tudi same kirurške in laparoskopske tehnike, ki pa zahtevajo toliko bolj poglobljeno znanje, da nekdo, ki se je v času učenja ukvarjal z »odraslo kirurgijo«, potem težko preskoči na otroško. Tak način ni več možen. Zato ljubljanski model potrebuje spremembe, če hočemo kot kirurgija napredovati – dobro delovati kot enovita otroška kirurgija. Kirurg mora imeti možnost dodatnega izobraževanja iz otroške kirurgije, če izhaja iz neke »odrasle kirurgije«.

Kako pa je sicer glede sodelovanja s specialisti različnih strok v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana ali pa na ravni Slovenije? Nam lahko poveste kaj o tem?

Znotraj Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana zgledno sodelujemo z različnimi strokovnjaki, so pa tudi posamezniki na kakšnem oddelku, s katerimi težje vzpostavimo stik – a v skrbi za otrokovo zdravje premostimo tudi te težave. Splošna ocena: tako s strokovnjaki za diagnostiko kot z drugimi kirurgi, s pediatri, internisti se dobro sodeluje, le pogovarjati se je treba! Kar zadeva pa sodelovanje z drugimi bolnišnicami, je problem bolj na njihovi strani, ker imam včasih občutek, da nas imajo za nedostopne, čeprav si osebno vedno vzamem čas, se z njimi pogovorim prav vse, pa tudi če se misli, da je neumnost, vprašanja nikoli niso neumna. V prvi vrsti je pomembna skrb za otroka in če gledaš na to v tej smeri, potem ne vidim problema, le pogovarjati se moramo!

Ste nesporna strokovna avtoriteta na svojem področju. To vam vsi priznavajo. Kako prenašate znanje na mlajše kolege?

Hvala za to izjavo, čeprav mislim, da ne najboljše, res pa je, da kolegi povedo, da si vzamem čas, da jim kar veliko povem, želim pa, da bi si znanje med seboj delili. Njihovi odzivi niso vedno pozitivni, tako da očitno še delam napake. Se trudim, da bom to bolj izpopolnila.

Nam lahko poveste, kje vse ste se izobraževali, kje ste pridobili svoje strokovno znanje?

Osnovno strokovno znanje seveda v UKC Ljubljana. Medicinska fakulteta, specializacija in potem nekaj let dela v tej hiši je zagotovo osnova tega izobraževanja. Vesela sem izobraževanja v bolnišnici Great Ormond Street Hospital (GOSH) v Londonu, kjer sem dobila občutek, kako se dela v svetu. Patologija je obsežnejša, tako sem morebiti dobila drugačen vpogled. Znanje, ki sem ga dobila v GOSH, sem prenesla v prakso za naše delo. Ni bilo neko zelo ozko specifično znanje ali metoda, skupek malih detajlov pri operacijah pa mi koristi še danes pri vsakdanjem delu.

Drugi tak večji sklop je bilo izobraževanje na Long Island Schneider Hospital v ZDA, kjer je delal Alberto Peña. Tam sem pridobila odlično znanje o anorektalnih anomalijah, o sorodnih anomalijah v tem področju, tudi ginekoloških in uroloških, ter o njihovi oskrbi. To je bilo eno večjih izobraževanj za moje nadaljnje delo. V letih delovanja na otroški kirurgiji sem



Prim. Diana Gvardijačič med pregledovanjem malih bolnikov v otroški intenzivni enoti.

se udeležila še nekaj krajših tečajev, kongresov, pridobila nekaj znanja iz laparoskopske kirurgije, nekaj osnovne kirurgije.

Kako doživljate razvoj abdominalne otroške kirurgije? Ali smo v stiku z najnovejšimi trendi zdravljenja, ki so uveljavljeni v svetu? Ali operiramo po teh načelih? Kaj lahko sporočite staršem otrok, ki jih operirate?

Tisti operativni posegi in metode, ki jih uporabljamo, so po standardih in načelih, ki na splošno veljajo v Evropi. Mislim, da nam ob hitrem razvoju manjka nekaj več izobraževanja in raziskovalnega dela. Mogoče bi morali vložiti malo več dela v laparoskopijo in laparoskopske posege pri manjših otrocih, ki se v svetu vse bolj uveljavljajo. So tudi klinike, kjer so zelo razvijali laparoskopsko kirurgijo, pa so danes že pripravljeni reči, da je to neprimerna metoda za marsikaj, tako da mislim, da smo hiša z varnim uvajanjem novosti. Čisto vsake modne stvari ne prenesemo takoj, skušamo pa uvesti tisto, kar je najboljše.

Pred štirimi leti se je Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo preselil v novo Pediatrično kliniko, kjer je bila narejena nova kirurška otroška klinika in nova operacijska dvorana. Ali imate v tej novi operacijski dvorani na voljo vse tisto, kar potrebujete za uspešne operacije? Kakšno, vas še enkrat spražujem, je mesto minimalno invazivne laparoskopske kirurgije pri vašem delu?

Nova operacijska dvorana je zares veliko, veliko bolj opremljena kot stara, veliko bolj prijazna nam in otroku. Oprema, ki smo jo takrat sestavili za novo operacijsko, je bila res najnovejša, je pa treba vedeti, da ta kirurgija napreduje tako hitro, da je nekaj, kar je staro dve leti, že zastarelo. Če bi hoteli res slediti vsem svetovnim trendom, bi morali imeti vso opremo novo vsaki dve leti. Laparoskopska kirurgija je seveda drug način, da naredimo isti osnovni poseg na način, ki je veliko bolj prijazen otroku. V svetu delajo ogromno raziskav o tem, koliko je to res bolj prijazno



Prim. Diana Gvardijančič na svetovnem kongresu otroških kirurgov.

otroku, koliko je to kirurgu lažje. Načeloma uvajamo pri nas tiste laparoskopske metode, ki so že študijsko dokazane, smiselne.

Predvsem pa je lahko dobro operirati in poskrbeti za otroka, če imaš ob sebi dobro ekipo. Tako s strani anesteziologov kot tudi instrumentark je to pri nas super.

Transplantacija črevesja je nekaj, kar še ni tako razširjeno po svetu in Evropi. Ali bo kdaj postala tako razširjena dejavnost, kot so ostale transplantacije organov: srca, jeter, ledvic. Če ne, zakaj ne?

Zavrnitev presajenega črevesja je zelo huda reč, nobena od študij do sedaj še ni našla popolnega odgovora, zakaj pride do tega. Menim, da ni problem samo na ravni otroške kirurgije. Moj cilj je pravzaprav prej poskrbeti za otroke v taki meri, da do takih potreb ne bi prišlo. Če je problem v kratkem črevesju, je to morda rešljivo s podaljševanjem črevesja, ne s transplantacijo. Transplantacija ni prva misel, treba je prej poskrbeti za to, da do tega sploh ne pride.

Vas navkljub dolgoletnemu delu še kaj preseneti med operacijo?

Včasih me preseneti, da diagnostiko vodiš v eno smer, med operacijo pa ugotoviš, da diagnostika ni dala pravega rezultata, to se še kdaj zgodi. Največkrat takrat, ko nimamo neke prav izdelane ideje po diagnostičnih postopkih.

Prej ste povedali, da razumevanje otroške kirurgije ni samo v starem smislu, da moraš biti odličen tehnik, ampak je veliko več. Ali lahko to natančneje pojasnite?

Otroška kirurgija ni samo tehnika, ni samo, ko boš prerezal, kako boš zašil, kako boš prijel. Moraš najprej dobro premisliti, kaj lahko otroku ponudiš, kakšen poseg, kako bo otroku to koristilo, ne samo za diafragma, za želodec, za pilorus... Kakršen koli poseg delaš pri otroku, pojasniš to najprej staršem. Pomembno je, da bo potem imel bolj kakovostno življenje in bo socialno sprejemljiv. Kirurg mora razmisliti o tem, kaj je smisel

njegove operacije. Standardni poseg za nekaj ni nujno najboljši, poglobiti se je treba v problem, ki ga ima otrok, in najti dobro rešitev za ta problem, ne najti operacijo, ki ti najbolj paše, ki je najbolj idealna za tvoje zmožnosti tehničnega početja.

Na koncu bi vas vprašal, kakšne hobije imate, kaj vas razveseljuje in izpopolnjuje izven vašega delovnega okolja?

Ko povsem odklopim kirurgijo, če jo kdaj, je zagotovo moj prvi hobi hrana. Ne samo zato, da se dobro najem, ampak da se učim o začimbah, ki jih uporabljajo po vsem svetu, da se jih učim uporabljati. Prav tako tudi z užitkom kuham, spoznavam in okušam jedi iz raznih delov sveta. Vozim se z biciklom skoraj

vsakodnevno v službo, včasih si vzamem podaljšan vikend in s kolesom raziskujem slovenske pokrajine – Prekmurje, Zasavje... Poleti z užitkom plavam in veslam. Sem ta prav »Slovenc«, na Triglavu sem že bila, ampak gor ne grem več, rajši še kam drugam – je še polno lepih mest, hribov, pokrajin, ki jih moram obiskati.

Spoštovana prim. Diana Gvardijančič, najlepša hvala za pogovor in vaše misli. Želim vam še veliko uspehov in zadovoljstva pri uspešnem delu z otroki, ki vas potrebujejo.

E-naslov: stefan.grosek@kclj.si

Dober zdravnik je motiviran zdravnik

Pogled mladega zdravnika; intervju z Janezom Dolinarjem, dr. med.

Polona Lečnik Wallas

Z mladim zdravnikom Janezom Dolinarjem sem se pogovarjala preko elektronske pošte, enostavno ni šlo drugače; specialistično kroženje, družinske obveznosti, prvomajski prazniki... Njegova osebna zgodba je navdušujoča; komaj 31-leten ima tri otroke, je poročen ter opravlja specializacijo iz anesteziologije, reanimatologije in perioperativne medicine, trenutno pa je na kroženju v Centru za intenzivno terapijo v UKC Ljubljana. V prostem času poje v pevskih zborih, ansamblu, ukvarja se s filatelijo, rad hodi v gore, aktiven pa je tudi v Komisiji za mlade zdravnike. Kakšno je njegovo mnenje o nekaterih aktualnih problemih mladih, smo ga povprašali v intervjuju.

Kako je treba po vašem mnenju uravnotežiti družinsko življenje in karierno pot? Kako vam uspeva?

Družina mi je v večje veselje kot breme. Ob otroški igri pozabim na osnovne življenjske parametre, da je življenje lahko minljivo, ko pa doma vse kriči, se smeji in veseli. Včasih se manj spi – ali zaradi študija ali zaradi bolezni otrok. Zaradi narave dela in odsotnosti enega od staršev se z ženo, ki je ravno tako zdravnica, nisva odločila za gradnjo svoje hiše, ampak za obnovo večstanovanjske, da lažje še kakšna odrasla oseba priskoči na pomoč... Mladi zdravniki potrebujemo namreč podporo širšega okolja. Meni bi bilo precej lažje, če bi imele bolnišnice za otroke svojih zaposlenih in krožečih na voljo vrtec. Tako pa se mi zjutraj ob sedmih ob prihodu v službo zdi, da je že polovica dneva za mano. Odločitev za družino je zelo osebna odločitev ne samo posameznika, ampak para. Kar jaz



Na turneji po Severni Ameriki z ansamblom.



Delo v operacijski dvorani je zahtevno, a zanimivo.

počnem in kako razporedim svoj prosti čas, najprej vpliva na mojo družino. Otroci težko razumejo, da se moramo zdravniki po prihodu domov izobraževati, učiti. So pa prioritete glede na okoliščine različne. Večkrat se je treba sprosti prilagajati in ne preveč komplicirati. Ženina pomoč in razumevanje sta tu dobrodošla.

Kako ste se odločili za študij medicine in kaj je tisto, kar vas privlači pri opravljanju vašega poklica?

Ob koncu gimnazije sem premišljeval, kaj bi rad v življenju delal in na kateri študij bi se za to moral vpisati. Na informativni dan sem šel še na FDV, smer novinarstvo, kjer nisem imel dobrega občutka, česar pa za Medicinsko fakulteto nisem mogel trditi. In tam sem pristal. Zdelo se mi je, da bom tudi po končanem zelo zanimivem študiju še vedno imel precej možnosti, kaj bom delal. Ali z ljudmi ali v laboratoriju ali akademsko kariero ali na terenu ali v zdravstvenem domu. Pri zdravljenju duha in telesa. Pri delu pa bom lahko uporabljal sebe celega, tako z rokami in glavo, spremenil stvari na boljše, našel rešitev za težave. In ne samo s pacienti, ampak tudi organizacijsko. S kolegi specializanti anesteziologije smo tako precej dejavni v naši sekciji, ki se zavzema za izboljšanje specializacije iz anesteziologije. Pridružil sem se tudi Komisiji za mlade zdravnike, ker se s podobnimi težavami srečujejo tudi specializanti drugih specialnosti.

Dobrega zdravnika odlikuje srčnost in razum. So po vašem mnenju te lastnosti ovira ali prednost?

Nujne za uspešnega zdravnika! Kdo je na primer za mojo babico dober zdravnik? Tisti, ki je načitan o vsem z njegovega področja, pelje stroko dalje, a pacienta komaj opazi, da je tam? Ali drugi, ki pozna aktualne smernice, se pa s pacientom pogovori o njegovih težavah, skrbeh in je prijazen? Ta prijazen! Za drugo ji je vseeno, saj je zdravnik in nekaj mora že vedeti. Seveda potrebujemo oba in s sodelovanjem lahko oba veliko pridobita, največ pa pacienti.

Kateri zgledi so tisti, ki vlečejo mladega zdravnika: ugled, denar ali predanost delu?

Vsak ima svojo predstavo dobrega zdravnika. Za nekatere je bolj pomemben zaslužek, za druge zadovoljstvo ob dobro opravljenem delu, spet tretji izpostavijo družbeni status. Mislim, da vsi hodimo v službo zato, da zaslužimo plačo in hkrati po najboljših močeh pomagamo pacientom. Ko pogledam nazaj v študentska leta, bi morda rekel, da vsega po malo. Zagotovo je dober zdravnik tudi motiviran zdravnik – kakšen je njegov največji osebni motiv, je stvar posameznika.

Je za vas znanje vrednota?

Vsekakor. Da je znanje dejansko denar, sem dokončno ugotovil ob obnovi hiše, ko sem svoje znanje lahko odlično uporabil ob argumentaciji o neustrezno opravljenih delih. Takrat je to dejansko pomenilo nižji račun in popravilo napak. V medicini je znanje še toliko bolj pomembno, ker se

ukvarjamo s pacienti, pri katerih pa ni veliko, če sploh kaj možnosti popravkov napak. Znanje je drago, a hkrati lažje dostopno preko elektronskih medijev, kot še pred nekaj leti.

Komisija za mlade zdravnike ni nekaj novega, pa vendar v preteklosti ni povsem zaživela. Ob spremenjenih družbenih razmerah pa je zopet prisotna težnja po močnejši vlogi mladih. Kako deluje komisija, kdo ali kaj jo sestavlja ter kako organizacijsko delujete? Kakšni so vaši cilji, kaj konkretno želite doseči?

Do pred kratkim je bila pot diplomanta medicinske fakultete jasna. Pripraviš, strokovni izpit, sekundariat in v tem času trije razpisi. V enem si našel nekaj, kar te je zanimalo, in verjetno si nekaj tega v okviru sekundariata tudi že delal. Takrat je sistem deloval in lahko rečem, da so bile potrebe po komisiji povsem drugačne kot dandanes. S spremenjeno situacijo na področju zaposlovanja mladih zdravnikov, z mrzličnim zmanjševanjem stroškov na vseh koncih in krajih in hkrati brez jasne strategije razvoja tako kadrov kot navsezadnje celotnega zdravstva, so se spremenile tudi razmere za mlade zdravnike. Poleg reševanja posameznih problemov se čedalje pogosteje od nas pričakuje tudi nove, sveže ideje, česar sem osebno zelo vesel.

Komisija je sestavljena trenutno iz štirih članov, vsi smo specializanti, a različnih specialnosti. Želja je, da se nam v prihodnosti pridruži še kakšen član ali dva, da bo delo lažje. Prav tako bi radi v naše delo vključili tudi študente zadnjih letnikov medicinskih fakultet, ki se že spogledujejo z zdravniško službo in se bodo v kratkem srečali z istimi problemi, kot jih imamo mladi zdravniki. V prvi fazi želimo, kolikor je to sploh mogoče, pomagati reševati problem brezposelnih mladih zdravnikov in mladih zdravnikov specialistov, ki po končani specializaciji ostanejo brez službe. To je enostavno nesprejemljivo. Vendar je vseh problemov tako veliko, da smo oblikovali posamezne

delovne skupine, ki se bodo lažje spopadala z določeno tematično oz. področjem.

Družbene razmere so se precej spremenile. Če je bilo do tega trenutka vedno jasno, da služba po opravljenem študiju za zdravnike bo, zdaj ni več tako. Kako mladi doživljajo to situacijo in kako komentirate problem zaposlovanja mladih zdravnikov?

Že nekaj let je tako, da si po končanem študiju za pripravništvo v Ljubljani moral čakati več kot pol leta. Tako je bilo tudi leta 2009, ko sem bil sam pred to odločitvijo. Ker sem že imel družino, enostavno nisem mogel čakati in sem šel opravljat pripravništvo s SB Novo mesto. Na koncu se je to izkazalo kot prednost, saj sem dejansko veliko delal in konkretni ljudje na konkretnih oddelkih so lahko videli, iz kakšnega testa sem. Ob delu na anesteziji se je nekega dne utrnila misel, da je to področje zanimivo in da me očitno veseli, in tako sem precej nepričakovano pristal na področju, ki ga poprej niti nisem dobro poznal. Po strokovnem izpitu še nisem imel specializacije in sem delal na čisto drugem področju. A ne nazadnje tudi drugačno delo prispeva veliko dobrega v koš mojih izkušenj, me dopolni na nekem področju.

Naj povem drugače. V času študija sem nekaj časa delal v trgovini z gozdarsko opremo. Videl sem, da skoraj za vsako delo obstaja zaščitna oprema in če bi jo ljudje dosledno uporabljali, bi bilo bistveno manj poškodb. Tako sem enkrat gozdarju, ki je obiskal trgovino, lahko tudi konkretno povedal, kaj se zgodi ob nesreči, če nimaš čelade, zaščitnih hlač, rokavic, ustrezne obutve... Imel sem priložnosti delati tudi v zasebnem sektorju v zdravstvu. Tam sem dobil čudovite izkušnje, kako je pacient središče zdravstvenega sveta. In zadovoljen pacient ima precej manj težav, je pozitivno naravnani in tudi delo z njim je za osebe lažje.

Problem zaposlitve je za vse mlade zdravnike težko razumljiv, saj je pomanjkanje zdravnikov jasno in to kažejo tudi statistični podatki. Je pa treba priznati, da je stopnja brezposelnosti izven območja kliničnih centrov nižja ali je ponekod celo ni. Zakaj se mladi težko odločajo za delo izven naših osrednjih ustanov, je zgodba zase.

Razpis za 200 specializacij se zaključuje. Kar nekaj besed je padlo zaradi zahteve Ministrstva za zdravje, da se kot kriterij izloči volontiranje. Kako vi gledate na to?

V Komisiji za mlade zdravnike smo enotni, da ni prav, da se je razpis spremenil tako na hitro. Na sestanku z mladimi zdravniki, ki je bil v Domus Medica, so prisotni jasno izrazili, da ne želijo hitrih sprememb in da zaradi različnih mnenj o volontiranju le-to do nadaljnjega ostane. Če bi ti mladi zdravniki vedeli, da njihovo volontiranje ne bo prispevalo k lažji »osvojitvi« zelene specializacije, bi tisti čas gotovo raje delali nekaj, s čimer bi dejansko služili denar. Tako se je krivica, da nekateri niso imeli možnosti volontiranja, samo prelevila v krivico, da so drugi volontirali za narodov blagor. Pritisk ozke skupine mladih zdravnikov je tako samo uveljavil novo stanje, ki nekaterim bolj ustreza.

Kako komentirate izjavo vaših kolegov, ki pravi: »Ne morejo nas prisiliti, da bomo šli v družinsko medicino; od ljudi, ki so bili med najboljšimi dijaki in so dali skozi enega najtežjih faksov, pričakovati skrajšanje življenjske dobe za 25 let, izgorevanje na enem najtežjih delovnih mest, biti izpostavljen pritožbam in nespoštljivemu odnosu s strani države...«

V resnici mlad zdravnik z diplomo vidi delo na primarnem nivoju le med vajami družinske medicine pri svojem mentorju in delo svojega oz. osebnega družinskega zdravnika svoje razširjene družine. Meni se vaje in izpit iz družinske medicine zdijo zelo dobro zasnovani. Po tistem, kar sem lahko videl, menim, da imajo specializanti družinske medicine edini v okviru delovnega časa v obliki modulov čas za sistematično izobraževanje! Težava je v organizaciji dela. Ta je pa problematična tako na primarnem kot na višjih nivojih zdravstva. Eden izmed mojih kolegov, ki je v našem letniku diplomiral med prvimi, danes pa je že specialist, je lepo rekel, da imamo pri nas zelo dobro znanje, učimo se iz istih knjig kot ameriški zdravniki, a vse se ustavi pri organizaciji in zavarovalnici. Res, da izbira specializacije ne more biti prisiljena, a dejansko se je v preteklosti glede razbremenitve zdravnikov najmanj premaknilo ravno na področju družinske medicine in so tu največje potrebe še danes. S sistematičnim reševanjem tega problema verjamem, da se lahko trend obrne.

Mladi drugače gledate na zdravstveni sistem, na uveljavljene strukture, na sistem izobraževanja. Kaj je točno tisto, kar vas najbolj moti, in kakšni so vaši predlogi?

Glavni problem je, da o večini zadev odloča ministrstvo, roko čez denar drži ZZZS, Zdravniški zbornici ostanejo postopki in je posledično priročno nakovalo. Pogosto sploh ne vemo, kdo je za kaj pristojen. Ko pride na dnevni red nižanje plač, smo mladi prvi na vrsti, čeprav na pre mnogih oddelkih opravimo večino dela. Poleg tega je podiplomsko izobraževanje, razen redkih izjem, zastarelo in potrebno prenove. Prenova mentorskega sistema po zgledu zahodnih držav, prenova programov kroženja in bolj enakomerna razporeditev krožečih zdravnikov specializantov bi bil dober začetek boljše poti. Želel bi si imeti več izobraževanj v okviru delovnega časa, čeprav se zdi to mnogim nepojmljivo. Poglobljena prevetritev kroženj in več možnosti kroženj tudi v manjših ustanovah bi gotovo razbremenilo klinične oddelke, kjer se ponekod kar tare specializantov.

Poleg tega bi bila pomembna sprememba boljša vpetost mentorja v razvoj in izobraževanje specializanta. Morala bi biti predvsem partnerja, ki stremita k istemu cilju – čim bolj učinkovito in čim krajše izobraževanje. To so samo nekateri izmed mnogih predlogov.

Na kakšen način menite, da bi vas moral že obstoječi sistem vključiti ali upoštevati?

Če bi se država ali bolje rečeno politika zavedala, koliko v resnici stane izobraževanje enega zdravnika in kakšna je vrednost dobrega zdravnika za družbo, verjamem, da danes ne bi bilo brezposelnih zdravnikov. V resnici ni nihče naredil raziskave, koliko državo

stane en izšolan zdravnik in je nezaposlen. Vsak dober podjetnik svojega zaposlenega, ki ga je sam izobrazil in prilagodil svojemu podjetju, varuje in spoštuje. S takim zdravim pogledom vključnost mladih ne bi bila vprašanje, saj smo navsezadnje enakovreden partner. Žal še vedno preveč kolegov misli, da bomo mladi podirali in rušili, čeprav želimo stvari le premakniti na bolje.

Ali menite, da so vaši interesi na ZZS dovolj dobro zastopani? Kaj je tisto, kar bi vi še izboljšali?

Mislim, da ne. Težavo z zaposlovanjem vidim kot tempirano bombo, ki je tiktakala že dolgo časa, a je eksplodirala ravno zdaj zaradi omejitev v javnem sektorju. Hitre rešitve ni, saj denarja za to ni. Specifika dela je taka, da diplomant medicinske fakultete nima delovnega mesta, kjer bi lahko delal in služil denar. Tako ostane le vztrajanje na začrtani poti proti specializaciji in službi ali pa obrat v povsem drugo, nemedicinsko področje.

Za precej mladih je Zdravniška zbornica nujno zlo, ki jemlje članarino in pošilja Isis. Zdaj pa počasi videvam tudi prednosti in moč, saj združuje vse zobozdravnike in zdravnike. Mladi se počasi skušamo vključevati v različne odbore in telesa ter tudi tako spoznavati delo in pomen zbornice ter zraven aktivno sodelovati. Močne nas lahko naredi le enotnost.

Veliko se govori o begu možganov. Tudi na forumu je opaziti kar nekaj povpraševanja po informacijah mladih za odhode v tujino. Kdo so ti mladi in kakšni so njihovi razlogi? Kako vi gledate na odhode v tujino, se vam zdi to dobra priložnost za slovenske zdravnike?

Beg možganov je zaskrbljujoče dejstvo, ki je za vsako državo resen opozorilni znak, da je nekaj zelo narobe. Zagotovo je velik vzrok precej nižje plačilo doma kot v razvitejših državah in hkrati neurejene delovne razmere, v zadnjem času pomanjkanje delovnih mest. Mladi čedalje pogosteje v Sloveniji ne vidimo kakšne resne perspektive za razvoj in napredovanje, tako poklicno kot družbeno. Kako tudi bi, ko pa se že zadnjih nekaj let govori in dela le na nizanju plač in kontroli zdravnikov? Vabilo za delo v tujini sem tudi osebno prejel in če bi bila življenjska situacija drugačna... Ne vem, morda bi se odločil tudi za to možnost. Osebno



Najlepši čas je doma, z družino.

mi družina, družinske in prijateljske vezi pomenijo preveč, da bi se odločil za odhod v tujino. Za slovenske zdravnike je vsekakor tujina dobra priložnost in mamljiva ponudba. Na področju moje specializacije so tako vrata odprta v večini razvitih držav.

Kaj pričakujete od ZZS?

Zdravniška zbornica mora prevzeti vlogo povezovanja zdravnikov in naših organizacij in mislim, da zaenkrat gre v tej smeri. Čeprav je njena vloga deljena, je lahko povsem ustrezno tudi zaščitnica in borka za pravice zdravnikov. Mladi zagotovo to pričakujemo od zbornice. S svojim ustrojem zaposlenih je na nek način servis, ki ga slabo poznamo in ne uporabljamo. Na obveščanju se je že kar nekaj naredilo in verjamem, da se bo še. Vključevanje mladih zdravnikov je prav tako eden izmed dobrih načinov tako spodbujanja sodelovanja kot aktiviranja članov. Mladi želimo pomagati na mnogih področjih – morda nimamo izkušenj, a imamo voljo in polno glavo idej. Brez podpore zbornice vsakogar prej ali slej mine veselje pri sodelovanju.

Kaj si želite za svoje mlajše kolege in kaj jim želite sporočiti ali svetovati?

V prvi vrsti naj se uredi problem zaposlovanja mladih zdravnikov. Čeprav je še (pre)mного drugih težav, ki pestijo diplomante, pripravnike, specializante, mlade specialiste, je brezposelnost najbolj boleč problem. Vsi se zavedamo, da denarja ni, da je država v gospodarskem krču, a hkrati vsi vemo, kje se meče denar z lopato skozi okno.

Vsem kolegom polagam na srce, naj se oglašajo, dajejo predloge, naj bodo aktivni. Vabim jih k sodelovanju v Komisiji za mlade zdravnike. V preteklih tednih je s strani različnih medijev prišlo kar nekaj prošenj za komentar, intervju, sodelovanje v oddajah. Želeli so slišati pogled mladega zdravnika in tu sem pogrešal pripravljenost kolegov za sodelovanje.

Kako doživljate medije in širšo javnost? Je potrebno z novinarji sodelovati, obveščati ali odbijati?

Brez sodelovanja z mediji je vsako javno delovanje skoraj brezpredmetno. Dobro in plodno sodelovanje z novinarji vidim kot pomembno nalogo tako Zdravniške zbornice kot nas zdravnikov. Navsezadnje se vse vrti okoli reklam in zakaj ne bi za svoj dober glas skrbeli tudi zdravniki? Veščin komuniciranja znamo zagotovo premalo.

Če pod pojmom mediji in širša javnost mislimo le spremljanje vsakodnevnih novic in poročil, potem mnenje o medijih ne dosega visoke ravni, saj je največkrat v ospredju senzacija. Vendar ob osebni stiku z novinarji vidim, da so veseli, če lahko normalno sodelujejo in jih jemljemo kot partnerje. Če so stvari urejene, je interes skupen.

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

Med medicino in upodabljajočo umetnostjo

Duševne bolezni in slikarstvo

Zvonka Zupanič Slavec

Uvod

Upodabljajoča umetnost pri umetnikih z duševno boleznijo je téma, ki ponuja široke horizonte in terja veliko znanja, da bi lahko pisec kredibilno podal svoja spoznanja. Pregledovanje splošne literature o vplivu duševnih bolezni na umetniško ustvarjanje ponuja predvsem klišejske poglede, kot na primer, da so umetniki pogosto psihično neuravnovešeni. Raziskovalci, ki so se poglobljeno ukvarjali s to vsebino, menijo, da gre za mit, ki nima trdne osnove. Znanstvene študije, ki bi to potrdile, tudi ne obstajajo, zato zapisane trditve ni mogoče dokazati.

Res pa je, da je bilo med svetovno znanimi umetniki nemalo takih, ki so trpeli tudi zaradi duševnih bolezni, od bipolarnе motnje do shizofrenije ter drugih psihičnih bolezni, ki so vplivale na njihovo ustvarjalnost. Med umetniki je neredka tudi prekomerna uporaba poživil, pa naj bo to alkohol, zdravila ali psihoaktivne snovi. Več je hospitalizacij v psihiatrične ustanove, pa tudi samomorov. To potrjujejo umetniški geniji, kot so na primer: slikarji Francisco Goya, Vincent van Gogh in Pablo Picasso, skladatelji Ludwig van Beethoven, Robert Schumann in Richard Wagner, pisatelji Lord Byron, Ernest Hemingway, Edgar Allen Poe, Virginia Woolf in drugi. Njihova življenja so raziskovalci preučevali in jih popisali v delih, vrednih branja (*Creativity & Madness* in *Touched With Fire* - Jamison, 1993). S patologijo znamenitih osebnosti se je ukvarjal tudi dunajski patolog Hans Bankl (*Woran sie wirklich sterben*) in jih popisal v dveh obsežnih monografijah.

Psihiatri, ki so preučevali vpliv bipolarnе motnje na umetnike, menijo, da bi lahko silna energija, ki preveva takega umetnika v času manije, vplivala na njegovo takratno eruptivno ustvarjalnost, drznost in izrazno drugačnost del v takem obdobju. Po drugi strani pa se še predobro zavedamo, da je vsaka uspešna ustvarjalnost povezana s trdim in vztrajnim delom, kar terja ustvarjalčevo disciplino. Pa tudi notranja umirjenost mora biti zadostna, da umetnik svoja dela konča. Torej bi načelno umetnik s hujšo duševno boleznijo težje uspeval v svojem poslanstvu. Kljub zapisanim predpostavkam pa so nekateri duševno bolni veliki slikarji ustvarili izjemne slikarske opuse, ki navdušujejo ljubitelje upodabljajoče umetnosti. Poglejmo po dva primera iz slovenskega in mednarodnega slikarskega prostora.

Rihard Jakopič

Naslovna stran tokratne Izide prikazuje alkoholika, kot ga je naslikal značajsko izjemno močan slovenski impresionist Rihard Jakopič (1869–1943). Alkoholni opoj je bil in ostaja stalnica v slovenskem kulturnozgodovinskem prostoru, zato lahko take obraze med Slovenci srečujemo tudi danes. Jakopič



Slika Riharda Jakopiča z naslovom Alkoholik iz leta 1901 (olje na platno, velikost 54 x 39 cm, Narodna galerija Slovenije, inv. št. 1386; foto Bojan Salaj).



Jožef Petkovšek – *Doma* – nedokončana slika, kjer materi manjka roka (vir: Wikipedija).



Amadeo Modigliani: Ženski akt. Strokovnjaki imenujejo njegov način slikanja oči – mrtve oči (vir: Wikipedia).

pa je bil za svoj čas prav tako zdravstveno obremenjen s takrat še neobvladljivo epilepsijo, ki ga je na njegovih poteh doma in po svetu večkrat spravila v neprijeten položaj. V njegovi skrbno negovani bradi so se skrivale številne brazgotine po poškodbah ob nenadnih padcih ... A slikar je z močjo duha premagoval nevšečnosti »svete bolezni« in ustvaril zavidanja vreden slikarski opus, v katerem ni kali patologije.

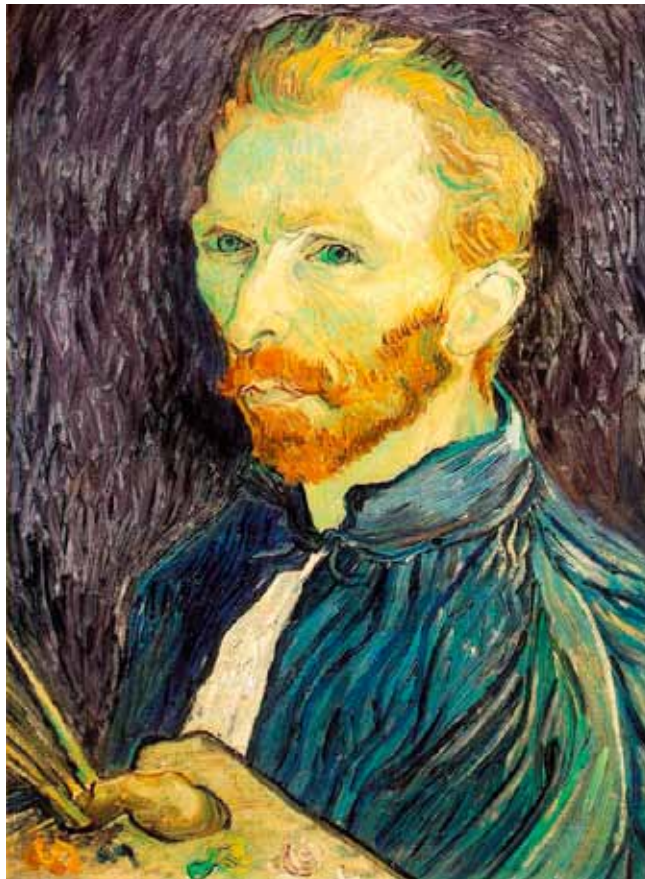
Jožef Petkovšek

Kot kontrast Jakopičevemu z boleznijo nezaznamovanemu slikarstvu pa je likovno delo v Verdu pri Vrhniki rojenega Jožefa Petkovška (1861–1898). Bil je eden najbolj samoniklih slovenskih slikarjev. V njegovem delu so sledi hudega popivanja, a tudi duševne bolezni, ki jo je v zadnjem desetletju njegovega kratkega življenja spremljalo nemalo hospitalizacij v ljubljanski bláznici na Studencu, kjer je tudi umrl. Njegova sicer čudovita ekspresivna žanrska in krajinska dela so zaradi zapisanega većinoma nedokončana. Tako na primer na njegovi najbolj znani sliki *Doma* materi manjka roka, ker je preprosto ni uspel naslikati.

Petkovškova izjemna notranja sla po slikanju ga je gnala v München, kjer se je izpopolnjeval v Ažbetovi slikarski šoli, a je zaradi pitja in bolezni ni uspel končati. Pri 29 letih je bil sodno razglašen za neprištevnega in mu je bil dodeljen varuh. Z boleznijo je bil dedno obremenjen, saj sta bila duševno bolna tudi njegova polsestra in polbrat, na stara leta pa je zbolel tudi oče. V trenutkih bláznosti je Jožef Petkovšek uničil precej svojih slik.

Amadeo Modigliani

Med mednarodno prepoznavnimi slikarji pripada posebno mesto Italijanu Amadeu Modiglianiju (1884–1920), rojenemu v italijanskem Livornu. Pri 22 letih se je preselil v Pariz in tam začel svoje boemsko življenje. Slikal je ženske podobe z izjemno dolgimi obrazi in vratovi, kar je postalo zanj prepoznavno. Tudi Modigliani se je podobno kot Petkovšek predajal pijančevanju, poleg tega pa je užival narkotike in na



Vincent van Gogh: Avtoportret (vir: Google pictures).

Montmartru živel razuzdano življenje. To mu je pri 35 letih izkopal prerani grob, umrl je v večšini za posledicami tuberkuloze.

Vincent van Gogh

Duševna bolezen je bila podobno kot Petkovšku življenjska spremljevalka tudi nizozemskemu slikarju Vincentu van Gogh (1853–1890), ki velja za največjega flamskega slikarja po Rembrandtu. Skupaj s Paulom Gauguinom in Paulom Cézannom sodi med najpomembnejše svetovne postimpresioniste, sam pa je bil začetnik ekspresionizma in modernih slikarskih tokov 20. stoletja.

Van Gogh se ni pravzaprav nikoli šolal za slikarja; bil je prodajalec v trgovini z umetniškimi predmeti in nato pridigar v Belgiji. Slikati je začel šele pri 27 letih, in to temaçne žanrske motive, med katerimi je najbolj znano delo Jedci krompirja (1885). Ko je prišel v stik s pariškimi impresionisti, so postale njegove barve svetle in nato je v Arlesu, kamor se je preselil leta 1888, razvil svoj prepoznaven stil. Tam se je tudi spoprijateljil s Paulom Gauguinom. Van Goghov stil se je odmaknil od impresionističnega, postal je predhodnik ekspresionizma in modernega slikarstva. Iz njegove ustvarjalne dediščine so črpali nadaljnji veliki slikarji, kot npr. Henri Matisse. Vincent

van Gogh je v svojem kratkem desetletnem ustvarjalnem obdobju naslikal kar 900 slik in okoli 1100 skic! Njegovo življenje pa je bilo zaznamovano z duševno razvrzanostjo, za katero strokovnjaki menijo, da je bila bipolarna motnja. Bolezen ga je leta 1889 pripeljala tudi v psihiatrični zavod Saint-Remy, kjer je v slikanju prenehal uporabljati barve. Van Goghova izjemna produktivnost naj bi bila povezana z maničnim razpoloženjem. V enem izmed bolezenskih napadov si je slikar celo odrezal del enega uhlja in ga podaril prostitutki, ki jo je imel rad. Ko je leta 1890 ponovno zapadel v hudo duševno stisko, zase ni našel izhoda in si je vzel življenje.

Van Gogh je ves čas živel na robu bede, podpiral ga je le brat Theo, ki ga je resnično razumel. Zanimiv je podatek, da je Van Gogh zaslovel šele 11 let po smrti, ko so njegove slike razstavili v Parizu. Neverjeten je tudi podatek, da so leta 1990 na dražbi prodali eno njegovo sliko za okoli 80 milijonov dolarjev! Dražje so prodali le še neko Picassovo sliko.

Sklep

Na podoben način bi lahko opisali še kopico slikarjev, predvsem Francisca Goyo, ki jim je bila duševna bolezen težka življenjska sopotnica. V nenehnem boju

z njo so ustvarili bolj ali manj zaznamovana dela, ki ostajajo človeštvu dragocena dediščina velikih slikarskih genijev. Brez bolezni bi bili njihovi opusi gotovo še veliko večji, in to predvsem zato, ker so tukaj predstavljeni slikarji umirali v cvetu življenja, večinoma stari okoli 35 let.

Literatura:

1. Rafael Ogrin: Slikar Jožef Petkovšek. Prispevki za njegov življenjepis. Kronika, časopis za slovensko krajevno zgodovino. 1954, letnik 2, številka 2: 100–104.
2. http://en.wikipedia.org/wiki/Creativity_and_mental_illness
3. Goodnick, PJ (ed.). Mania: clinical and research perspectives. American Psychiatric Press, Washington, 1998.
4. Schlesinger, Judith. 2009. Creative misconceptions: A closer look at the evidence for the »mad genius« hypothesis. Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts, Vol. 3, No. 2, 62–72.
<http://www.cejournal.org/GRD/ArtMD.pdf>
5. Art, Mental Illness and the Expressionist Voice:
<http://lifeofchuckles.wordpress.com/2011/01/11/art-mental-illness-and-the-expressionist-voice/>
6. The portraits of Amedeo Modigliani
<http://www.bethlyonbarnett.com/2011/11/25/pinky-says-the-portraits-of-amedeo-modigliani/>

E-naslov: zvonka.slavec@gmail.com



Diagnostični center Bled

Ob 20-letnici delovanja (1992–2012)

Zvonka Zupanič Slavec, Marija Gorenšek Moškon

Strokovno, zaupno in prijazno zdraviti bolne ter preprečevati zdravim, da bi zboleli.

Poslanstvo Diagnostičnega centra Bled

Minilo je 20 let, odkar je novonastala država Slovenija v svoje zdravstvo ponovno vpeljala zasebno zdravniško prakso, ki je bila po drugi svetovni vojni prepovedana. Prvo koncesijo je leta 1992 pridobil zdravnik internist gastroenterolog dr. Milan Gorenšek, ki je po 20-letnem delu na ljubljanski gastroenterološki interni kliniki čutil, da želi s svojim znanjem in izkušnjami samostojno in prožneje opravljati diagnostične preiskave pri abdominalnih internističnih bolnikih ter se je zato odločil za samostojno pot. Potreboval je veliko poguma, da je prvi stopil v neznano, na pot zasebne prakse, kjer je bilo po polstoletnem zatišju treba na novo vzpostaviti sistem. Ni bila le zdravstvena politika tista, ki se je za to morala spremeniti in vpeljati koncesije za zasebne zdravnike, spremeniti se je moralo tudi zdravstveno zavarovanje, ki je umestilo delo zasebnih zdravstvenih ustanov v svoj seznam prejemnikov plačil zdravstvenih storitev, in še marsikaj drugega. Pa tudi bolniki so morali začeti razmišljati drugače in sprejemati zdravstvene ponudbe tudi izven javnih zdravstvenih ustanov.

Dve desetletji po nastanku Diagnostičnega centra Bled, ki si je v tem času ustvaril ugled profesionalne, strokovno, organizacijsko urejene in bolniku prijazne ustanove, je prav, da se ozremo na njegovo prehojeno pot in mejnike na njej. Popisani so tudi v monografiji, ki sta jo v marcu objavili avtorici zapisa.

Prva zasebna zdravstvena ustanova v Sloveniji leta 1992 odpre vrata

Nove možnosti za zasebno zdravstvo v začetku devetdesetih let so internista gastroenterologa **dr. Milana Gorenška** zaradi svoje intenzivnosti potegnile v tok dogajanja. Nova zdravstvena zakonodaja je začela veljati marca 1992. Ponovna uvedba zdravstvenega zavarovanja, ki se je ločilo od proračuna države, je nakazovala verjetnost, da bi se zdravstvene storitve plačevale bolj redno in iz skladov, namenjenih le zdravstvu. Dr. Gorenšek je poznal zdravstvene in zavarovalniške sisteme Zahodne Evrope in je v želji po učinkovitejšem razvoju, predvsem pa



Dr. Milan Gorenšek in minister za zdravje dr. Božidar Voljč ob odprtju Diagnostičnega centra Bled 18. decembra 1992.

boljši organiziranosti specialistične zdravstvene dejavnosti, odšel na Ministrstvo za zdravstvo. Ideje, že v naprej pripravljene in podprte z natančnimi izračuni, je predstavil takratnemu ministru, zdravniku **doc. dr. Božidarju Voljču**, in njegovi ekipi. Ob želji ministrstva, da zasebna iniciativa čim prej zaživi, so se nad njegovim **vizionarskim pogledom** navdušili in ga podprli. Med drugim je dr. Gorenšek predlagal, **da bolniki konca tedna ne bi preživljali v zdravstveni ustanovi**, ampak bi jih v petek odpustili in bi s preiskavami, če bi bile potrebne, nadaljevali v ponedeljek. Ko je dr. Gorenšek dobil zeleno luč na Ministrstvu za zdravje, se je obrnil na takratnega generalnega direktorja Zavarovalnice za zdravstveno zavarovanje Slovenije **Franca Koširja**, univ. dipl. prav., in njegovega pomočnika zdravnika **Draga Petriča**, ki je vodil **ekonomiko v zdravstvu** in imel na tem področju veliko izkušenj. Sledili so **sestanki in premnogi izračuni**, ki so bili takrat in kasneje podlaga za izračune gastroenteroloških preiskav za celotno Slovenijo.

Nova zdravstvena zakonodaja, ki je bila sprejeta marca 1992, je omogočala opravljanje javne zdravstvene službe zdravnikom zasebnikom na podlagi koncesije, ki jo je pod zaporedno številko 1 dne 20. julija 1992 dobila novoustanovljena družba **Endoskopija, d. o. o.**, predhodnica družbe **Diagnostični center Bled, d. o. o.** Vodil jo je **internist gastroenterolog dr. Milan Gorenšek**.



Življenja polni dr. Milan Gorenšek je bil ne le *spiritus agens*, ampak tudi *spiritus movens* diagnostičnega centra, Bled pa je z njim ponovno vstopil v tradicijo zdravstvenega turizma, ki jo je tam sredi 19. stoletja začel veliki švicarski naturopat Arnold Rikli (1823–1906).



Stavba, imenovana Vila Bogatin, po vršacu v Julijcih, je sedež Diagnostičnega centra Bled (skrajno desno). V ozelenjenem okolju blejskega jezera, s cerkvijo in gradom v svoji veduti, že na zunaj prijazno nagovarja uporabnike (foto Miran Kambič).

Pogum in vera vase

Dne 1. avgusta 1992 je bila podpisana prva pogodba z **Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije**. Finančno in programsko je povsem na novo opredeljevala obseg dela, materiala in storitev vseh zdravstvenih posegov, ki jih je opravljal Diagnostični center Bled. Le-te so na Bledu že ob koncu leta 1992 izvajali na visoki strokovni ravni, ki je bila konkurenčna samemu Univerzitetnemu kliničnemu centru v Ljubljani. S to pogodbo so bila zagotovljena prva sredstva tej zasebni ustanovi in s tem stabilnejše poslovanje. Za vse to pa ni bil dovolj le goreč entuziazem dr. Gorenška, ampak so bila potrebna ogromna



Dr. Milan Gorenšek med endoskopskim pregledom bolnika. S čutom za tridimenzionalnost, izjemno ročno spretnostjo, predvsem pa obsežnim znanjem je izboljšal endoskopske preglede.

finančna sredstva za opremo in vzpostavitev programov. Ker pa se je vodstvo Diagnostičnega centra Bled odločilo, da ne bo izvajalo le diagnostike prebavil, ampak tudi sečil, so morali za ta program kupiti nujno potrebno opremo. Za nakup aparata za neinvazivno zunajtelesno drobljenje kamnov ESWL (*Extracorporeal shock wave lithotripsy*) so tako nujno potrebovali izjemno veliko denarja. Dr. Gorenšek je verjel vase in delo svojih sodelavcev in je kljub velikemu tveganju podpisal lastno menico ter zaupal, da se bo vse srečno končalo.

Strokovnost, vpeta v posel

Takrat so se projektu Diagnostičnega centra Bled pridružili številni poslovneži, ki so s finančnimi vložki in poslovnimi izkušnjami pomagali in svetovali dr. Gorenšku. Najbolj se je angažiral prijatelj Milanovega brata Mira Zoran Jankovič, ki je na prvi skupščini hotela Jelovica izpeljal skupaj z dr. Gorenškom najem celotne dependance hotela Jelovica (Pod skalo 4), Vile Bogatin z 21 eno- in dvoposteljnimi hotelskimi sobami, kjer je še danes sedež Diagnostičnega centra Bled. Poslovneži, ki so pristopili v začetku, so narisani na karikaturi Boruta Pečarja. Nekateri so vložili gotovino, drugi aparature, tretji delo in programe, vsi pa so bili veliki entuziasti in so skupaj z zamislimi »očeta« Diagnostičnega centra Bled dr. Milana Gorenška verjeli v nastajajoči program. Verjeli so tudi, da **slovensko zdravstvo potrebuje nove ideje in poti**, da se približa strokovnosti in dobri organiziranosti evropskih zdravstvenih centrov.

Blejskemu delovanju se pridruži ljubljansko

Leta 1998 se je dr. Milan Gorenšek odločil, da diagnostično dejavnost razširi z Bleda v Ljubljano, od koder je prihajalo



Karikatura Boruta Pečarja ob odprtju Diagnostičnega centra Bled leta 1992. Na njej so: Mirko Rimahazi, Marija Gorenšek Moškon, Milan Gorenšek, Miro Gorenšek, Milan Seme, Edvard Mikelj, Miloš Kovačič, Miran Rems, Ivo Pušnik, Boris Levičar, Tone Železnikar in Zoran Jankovič.

veliko bolnikov. Z nakupom ambulant na Peričevi ulici 37 v Ljubljani in ustanovitvijo hčerinske družbe **Medicinski center Lipa** so prenesli del programa v Ljubljano, v neposredni bližini, na Peričevi ulici 31, pa je že imela svoje prostore predhodnica Diagnostičnega centra Bled, družba Endoskopija, d. o. o. Takrat je Center tudi zelo intenzivno iskal parcelo v Ljubljani, kjer bi zgradil nov, sodoben diagnostični center. Zelo primerna je bila t. i. »Vinska trtica«, gostilna na Bohoričevi ulici v neposredni bližini Kliničnega centra. Gradnja je bila načrtovana za leto 1999. Takrat pa sta se osrednja nosilca projekta razšla, odnos so se ohladili in spor je bil presežen šele s smrtjo dr. Milana Gorenška.

Diagnostični center Bled je v Ljubljani leta 2008 kupil in opremil nove prostore v **Vili Urbani** blizu ljubljanske tržnice na Barvarski stezi 4. Ker so že od začetka sodelovali pri gradnji, so si zagotovili ordinacijske prostore, ki ustrezajo vsem sodobnim standardom v medicini. Vselili so jih junija 2010, ko so vanje



Pogled na Diagnostični center Bled z jezerske strani.

preselili ljubljansko podružnico iz Bežigrayskih dvorov (Peričeva 37). Septembra 2008 se je namreč hčerinsko podjetje Diagnostičnega centra Bled, Medicinski center Lipa, priključilo matični ustanovi in se preimenovalo v Podružnico Ljubljana. Na novi lokaciji so s strokovno usposobljenim osebjem in najsodobnejšo medicinsko opremo omogočili izvajanje diagnostičnih in terapevtskih posegov predvsem v **gastroenterologiji** (koloskopija, ezofagogastroduodenoskopija, endoskopski ultrazvok) in **urologiji** (specialistični urološki pregledi, fleksibilna in rigidna video cistoskopija, transrektalni pregled prostate z ultrazvokom, uroflowmetrija, elektrostimulacije). Poleg tega pa izvajajo še **kardiološke** preglede in preiskave (ultrazvok vratnih arterij, obremenitveni test na cikloergometru, ultrazvok srca), dihalne teste za ugotavljanje okužbe z bakterijo *Helicobacter pylori*, **alergološke** preiskave, diagnostiko **osteoporoze** z merjenjem kostne gostote in **preventivne** zdravstvene preglede.

Podružnica v Kostanjevici

Ker je bil dr. Gorenšek zelo navezan na domači kraj, je septembra 2000 odprl tudi manjšo diagnostično enoto v **Kostanjevici na Krki**, kjer je najel polovico prostorov prvega nadstropja



Novi prostori ljubljanske podružnice Diagnostičnega centra Bled v Vili Urbani so bili predani namenu leta 2010.





Prostori podružnice v Kostanjevici na Krki (leta 2012).

tamkajšnjega zdravstvenega doma ter vpeljal program gastroenterološke in urološke zdravstvene dejavnosti. Prostore je sodobno opremil in začel v njih izvajati specialistično dejavnost v sklopu podjetja Endoskopija, d. o. o., ki je bilo v lasti njegove družine. Leta 2000 so dobili koncesijo za tamkajšnje delo. Ambulante, ki so jih kasneje pripojili k Diagnostičnemu centru Bled, so zelo dobro obiskane ter pacientom dolenske regije in drugim nudijo gastroenterološko in urološko diagnostično in terapevtsko obravnavo.

Zdravstveno osebje v službi bolnika

V vseh letih delovanja so se v Diagnostičnem centru Bled nenehno strokovno izpopolnjevali, iskali modernejše načine zdravljenja, uvajali strokovne novosti iz sveta ter s posebno skrbjo spremljali bolnike, ki so množično prihajali v njihove ambulante. V povprečju so jih **letno sprejeli okoli 25.000**, danes več kot 30.000, med njimi jih je približno četrtina obravnavanih hospitalno. V času obstoja so opravili tudi okoli 5.000 preventivnih pregledov. Ažurnost in kakovost njihovih rezultatov jim zagotavljata tudi lastni histopatološki in biokemični laboratorij.

Dr. Milan Gorenšek je posebno pozornost namenjal stikom z bolniki: pri tem ni prenašal pomanjkljivosti, zato je zaposlene vzgajal v tople, razumevajoče, prijazne in vedno na pomoč bolnikom pripravljene sogovornike. Bolnik je moral imeti vedno občutek, da ga zdravstveno osebje sprejema z vsemi občutki tesnobe in strahu pred neugodno diagnozo, pred neprijetno preiskavo, pred tem, da se mu zaradi bolezni lahko življenje v trenutku spremeni. Ustanoviteljeva žena Marija Gorenšek Moškon, mag. farm., se spominja, da je njen soprog endoskopske medicinske sestre pozival, naj pridejo zjutraj v njegovo pisarno, če se jim je kaj neprijetnega zgodilo, so slabo spale, bile razdražene, in so lahko vso nejevoljo in žalost zilile nanj. Nikoli pa ni dovolil, da bi to občutil en sam bolnik! Tako je Diagnostični center Bled po zaslugi svojih prijaznih zaposlenih, ki so med seboj dobro povezani in organizirani, dobil sloves strokovne in humane ustanove.



Zdravniki Diagnostičnega centra Bled leta 2005 s takratno direktorico Marijo Gorenšek Moškon, mag. farm. (tretja z desne).

Povezovanje slovenskega zasebnega zdravstva

Ustvarjalnost dr. Milana Gorenška in ambicije vsega kolektiva so Diagnostični center Bled gnale v nove projekte in jih pripeljale do razgovorov s specialistom plastične in rekonstrukcijske kirurgije, **doc. dr. Janezom Bajcem**, zasebnikom, ki je leta 1997 odprl **Kirurški sanatorij Rožna dolina** v Ljubljani in se je z dr. Gorenškom pogosto posvetoval ob ustanavljanju lastnega sanatorija. Obe ustanovi sta se dogovorili za sodelovanje in sta postali mala delničarja druga pri drugi. Kasneje sta se ustanovi sporazumno odločili, da se umakneta iz medsebojnega lastništva.

Celostna obravnava gastroenterološkega bolnika – povezovanje z zdraviliščem Rogaška Slatina

Drugi zelo obsežen in pomemben povezovalni korak Diagnostičnega centra Bled je bil ob koncu leta **2001** vstop v **Zdravilišče Rogaška – Zdravstvo, d. o. o.**, Center za preprečevanje, zdravljenje in rehabilitacijo gastrointestinalnih in presnovnih bolezni. Ta velik korak je bil za dr. Milana Gorenška, ki se ga je lotevala bolezen, po mišljenju njegove soproge zanj usoden. Sama se nad zamislijo ni navduševala, ker se ji je zdelo, da je projekt preobsežen. Delovanje Zdravilišča Rogaška – Zdravstvo, d. o. o., je bilo na prelomu tisočletja vse slabše. Vsi odločujoči posamezniki – lastniki hotelov Donat in Sava – so bili med seboj sprti. Upravljalavec družbe je bila takrat Slovenska razvojna družba (SRD).

Dr. Gorenšek se je pogovarjal z direktorjem Zdravilišča Rogaška – Zdravstvo, d. o. o., gastroenterologom prof. dr. Bojanom Tepežem, ki je bil najbolj goreč zagovornik te povezave. Kot specialist gastroenterolog je prof. Tepež poznal strokovnost in opremljenost Diagnostičnega centra Bled. V njihovi viziji

razvoja je videl veliko dobrobit za nadaljnji razvoj Zdravilišča Rogaška – Zdravstvo, d. o. o., ki je v tistih letih stagniralo. Zavedal se je pomena povezovanja med diagnostiko, terapijo in rehabilitacijo bolnikov z boleznimi prebavil. V letu 2001/2002 je Diagnostični center Bled kot večinski lastnik vstopil v Zdravilišče Rogaška – Zdravstvo, d. o. o., in dr. Gorenšek se je z njemu lastno gorečnostjo začel spopadati z velikimi programskimi in organizacijskimi problemi. Spet so sledili številni pogovori z zaposlenimi, preračunavanja in analize, ki so bile potrebne pred ključnimi odločitvami. Praktično čez noč se je znašel pred dejstvom, da se čez osem mesecev začne obnavljati Zdraviliški dom v Rogaški. V tistem času je bilo treba izseliti 80 postelj hospitalnega oddelka s standardom 8, ki je bil edini v Sloveniji, namenjen zdravljenju abdominalnih bolnikov po težkih operacijah trebušne slinavke, žolčnika, onkoloških operacijah in terapijah, in ga ima Zdravstvo, d. o. o., Rogaška. Po dolgih usklajevanjih je dr. Gorenšek spoznal Francija Žiraka iz Rogaške, ki je ravno takrat pridobil gradbeno dovoljenje za prizidek k Apart Hotelu Slatina. Uskladila sta načrte in v samo osmih mesecih je bil prizidek zgrajen!

Nemogoče je mogoče! Dr. Milan Gorenšek ni poznal besedic ni mogoče. Za vsako situacijo je našel rešitev, za katero pa je moral navdušiti svoje sodelavce, da so mu jo pomagali uresničiti.

Gradbišče je bilo kot mravljišče, nad delavci pa sta dneve in noči bdela Milan Gorenšek in Franci Žirak. Prizidek je bil pravočasno zgrajen in leta 2003 je sprejel prve bolnike.

Tako je v Rogaški čakala na prenovo še steklena stolpnica (6.000 m² in Pivnica zdravilne vode Donat), v katero se je v zadnjih 40 letih malo vlagalo. Arhitektka Majda Kregar je začela pripravljati obnovitvene načrte tudi za to stavbo, ki pa so bili po Gorenškovi smrti spremenjeni.

Leta 2003 so lastniki Diagnostičnega centra Bled speljali tudi dolgo zeleno zamisel po lastni restavraciji in so v neposredni bližini centra na Bledu uredili restavracijo Labod, ki nudi predvsem zdravo in lahko hrano. Namenjena ni le njihovim bolnikom, ampak tudi zunanjim gostom.



Zdravilišče Rogaška – Zdravstvo, d. o. o. – nov prizidek.

Celotna skupina podjetij Diagnostičnega centra Bled je tako rasla skozi čas in konec leta 2010 imela 203 zaposlene. V skupino spadajo podjetja Diagnostični center Bled, d. o. o., Zdravilišče Rogaška – Zdravstvo, d. o. o., in Zdravilišče Rogaška Zdravstvo – Hoteli, d. o. o. (po abecednem vrstnem redu).

Sklep

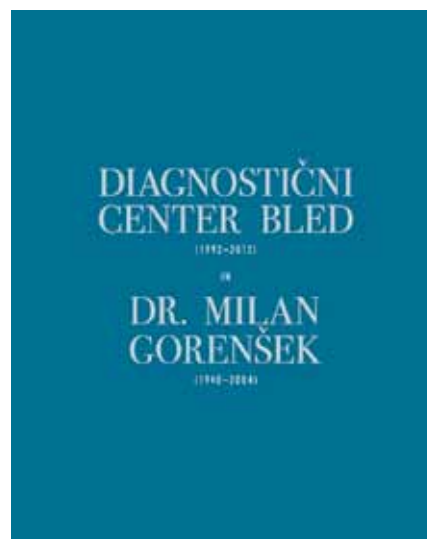
Diagnostični center Bled je nastal iz čvrste zamisli vizionarja sodobnega slovenskega zasebnega zdravstva dr. Milana Gorenška (1940–2004). Z ustvarjalno močjo, odličnim strokovnim znanjem in garaškim delom je dokazal, da se da v zasebnem zdravstvu prožneje, hitreje, bolj prijazno, pa tudi ceneje izvajati diagnostiko in tudi nekatere terapevtske postopke na področjih endoskopske gastroenterologije in urologije. Tem področjem so v Diagnostičnem centru Bled ob lastni radiološki dejavnosti ter patohistološkem in biokemičnem laboratoriju dodali še kardiološko dejavnost, ambulanto za prehransko preobčutljivost, ortopedsko, tireološko, ginekološko ambulanto, ambulanto za osteoporozo (denzitometrija) in menedžerske preventivne preglede. Trudijo se optimizirati organizacijo svojega delovanja, bolnikom ponuditi najboljšo strokovno in človeško pomoč, ob tem pa racionalno gospodariti.

Zdravnik dr. Milan Gorenšek je bil pionir zasebnega zdravstva v novi državi Sloveniji, njegovi nasledniki delo nadaljujejo, njihov vzor pa je opogumil številne druge, da jim sledijo.

Izjava o konfliktu interesov

Prva avtorica članka izjavljam, da sem ga napisala na željo družbe Diagnostični center Bled, d.o.o.

E-naslov: zvonka.slavec@gmail.com



Naslovnica jubilejne knjige iz leta 2013, avtoric Zvonke Zupanič Slavec in Marije Gorenšek Moškon.

Predstavitev knjižnega opusa prim. dr. Velimirja Vulikića v Zdravniški zbornici, 8. aprila 2013

Vito Vrbič

Lani je imel v Zdravniški zbornici predstavitev svojih pesmi zobozdravnik Andrej Rant, letos pa je bila predstavitev dr. V. Vulikića kot zobozdravnika, ki piše knjige. Obe predstavitvi sta bili v prijetnem okolju avle ZZS, ki je zelo primerna za take prireditve.

Prim. dr. V. Vulikić je v Ljubljani končal leta 1948 Sanitetno oficirsko šolo in leta 1963 študij stomatologije, na VMA v Beogradu pa je opravil magisterij leta 1971 in doktorat znanosti 1984. Vse do upokojitve leta 1978 je služboval v Ljubljani. Že doslej smo ga poznali kot plodovitega pisca zgodovine zobozdravstva, saj je v reviji *Isis* objavil o tem sklop 14 nadaljevanj. Njegova bibliografija obsega preko 140 enot. V 30 letih je objavil 26 knjig, šest od teh obravnava zgodovino zobozdravstva, preostale so proza. Zanj ga je že zgodaj (leta 1960) opogumil književnik France Bevk, ko mu je dejal: »Vaša črtica Ob zori kaže pisateljski talent«.

Predstavitev je odprla podpredsednica ZZS in predsednica Odbora za zobozdravstvo Sabina Markoli, dr. dent. med., vodil pa jo je prof. dr. Matjaž Rode, dr. dent. med. Precej dolg pogovor med voditeljem in intervjuvancem je potekal o njegovem življenju, šolanju, začetkih pisateljevanja, opusu nekaterih, za zobozdravnike zanimivih knjig in predstavitvi nekaterih iz velikega kupa knjig, katere je slavjenec prinesel seboj.

Na vprašanje, katere od njegovih knjig predstavljajo vrh njegovega opusa, jih omeni pet:

- **Ob stoletnici rojstva prof. dr. Jožeta Ranta** je leta 1985 napisal biografski roman, ki je hkrati zgodovina slovenskega zobozdravstva po letu 1933. Legendarni profesor Rant je bil ustanovitelj Stomatološke klinike in Društva zobozdravstvenih delavcev Slovenije, ki je združevalo vse, pred drugo svetovno vojno zelo nasproti si stoječe zobozdravstvene poklice. Ob izidu knjige mu je bil postavljen doprnski kip v avli Stomatološke klinike. Knjigo sta sofinancirala tudi Ministrstvo za zdravje in MF v Ljubljani.
- **Drugi pomemben zobozdravnik je bil čeljustni kirurg akademik prof. dr. Franc Čelešnik**, ustanovitelj Klinike za ustno in čeljustno kirurgijo in prvi predsednik Združenja evropskih čeljustnih kirurgov. Knjiga je izšla v založbi Inštituta za zgodovino medicine MF. Ob izidu knjige mu je bila postavljena spominska plošča na rojstni hiši v Podkorenu pri Kranjski Gori.
- **Zobozdravstvo na Slovenskem do leta 1940** V knjigi so omenjeni prvi začetki zobozdravstva pri nas (od leta 1814 v Ljubljani), celotna zobozdravstvena bibliografija in končno seznam vseh do tedaj pri nas delujočih zobozdravstvenih delavcev (219 zobozdravnikov, 89 dentistov, 289 zobnih tehnikov in 46 zobnih asistentk).
- **Zobozdravstvo v NOB na Slovenskem** Knjiga je nastala tako, da je avtor v arhivih zbiral gradivo za



Prim. dr. V. Vulikić, prof. dr. M. Rode in podpredsednica ZZS Sabina Markoli, dr. dent. med. (desno).

Zbornik sanitetne službe v NOB in pri tem nabral 3.500 strani gradiva. Raziskavo je razširil in jo zagovarjal kot predmet doktorske disertacije na VMA v Beogradu, leta 1985 pa je knjigo izdala Partizanska knjiga v 3.000 izvodih.

• **Pregled 140-letne zgodovine zobozdravstva na Slovenskem (1814-1954) v sliki in besedi**

V knjigi je opisal zgodovino slovenskega zobozdravstva v tem obdobju in ji dodal bogat slikovni material. Tisk knjige je financiralo Društvo zobozdravstvenih delavcev Slovenije.

Dr. V. Vulikić je tudi soavtor monografije Zdravniške zbornice na ozemlju Slovenije 1893-2012.

Avtor je doslej izdal dve avtobiografski knjigi, tretjo, zelo obsežno, pa pripravlja že več let.

Za svoje delo je prejel 21 priznanj od različnih organizacij in ustanov.

Glede na res obširno predstavitev je morda ta zapis preskromen. Vendar pa, predstavitev je predstavitev, to pa je le zapis o njej.

VULIKIĆEVA KNJIŽNA DELA

1. Priročnik za bolničarje – zobne asistente, 1969.
2. Zobozdravstvo v NOB na Slovenskem, 1985.
3. V zrcalu Račnega potoka, 1989.
4. Zobozdravstvo na Slovenskem do leta 1940, 1991.
5. Pota njegove mladosti, 1991.
6. V pajkovi mreži, 1992.
7. Beg iz pekla, 1993.
8. Senator s Sv. Trojice, 1993.
9. Prof. dr. Jože Rant, oče slovenskega zobozdravstva, 1995.
10. Bratje Pirnat, 1997.
11. Kirurgovo življenje, 1998.
12. Mož dveh domovin – Kamničan v Torontu, 1998.
13. Trideset dni med Slovenci v Melbournu, 1999.
14. Glasbenik Stane Habe – Vrhničan v Domžalah, 2000.
15. Dr. Milan Dolenc, slovenski veterinar, 2002.
16. V iskanju sreče, 2002.
17. Ljudje izpod vrha Svete Trojice, 2003.
18. Kamniški kulturnik in mecen, Josip Nikolaj Sadnikar, 2005.
19. 50 let Gasilske zveze Domžale (urednik in soavtor), 2006.
20. Večni bojevnik, psihater dr. Janez Rugej, 2006.
21. Domžalska leta prof. Matije Tomca, 2006.
22. Utrinki iz življenja vojaškega zobozdravnika, 2007.
23. Gregor Ahčin, slovenski kiropraktik, 2010.
24. 60 let Poletnega gledališča na Studencu – kronika, 2011.
25. Pregled 140-letne zgodovine zobozdravstva na Slovenskem (1814 – 1954) v sliki in besedi, 2012.

Strokovni izlet članov Medikohistorične sekcije SZD s študenti medicine na Dunaj

Elko Borko

V soboto, 13. aprila 2013, je topel jutranji veter napovedal težko pričakovani začetek letošnje pomladi. Pred UKC v Mariboru so se že pred šesto uro zbrali člani Medikohistorične sekcije SZD, Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije – Maribor, Zdravniškega društva Maribor in Pokrajinskega muzeja Ptuj-Ormož, ki so se prijavi na strokovni izlet pod naslovom »Medicinski Dunaj«. Med njimi je bila skupina študentov medicine Univerze v Mariboru, ki so jih organizatorji povabili na skupen ogled medicinskih znamenitosti Dunaja, klub temu, da v učnem programu Medicinske fakultete Univerze v Mariboru tovrstno strokovno izobraževanje ni predvideno. Tako so stroške potovanja pokrili donatorji, druge izdatke pa starejši člani strokovnih društev, ki so bili veseli, da so med nami tudi študentje medicine, ki bodo kmalu vstopili v zdravniške vrste in tako postali naši mlajši strokovni sodelavci.

Zbrane udeležence izleta je pred odhodom pozdravil Aleš Arih, direktor Pokrajinskega muzeja Ptuj-Ormož, znani turistični delavec in soorganizator izleta »Medicinski Dunaj«, ki se je udeležencem opravičil, da zaradi obiska iz tujine ne more sodelovati pri ogledu dunajskih znamenitosti. Takoj zatem nas je turistični avtobus podjetja Globus hitro popeljal do avtoceste. V začetku potovanja je udeležence in zlasti študente Medicinske fakultete nagovoril predsednik Zdravniškega društva Maribor Davorin Dajčman, dr. med., in za svoj pozdrav

dobil glasno odobravanje. Po obveznih pozdravih in obveznem medsebojnem spoznavanju nas je naš član, arheolog Ivan Tušek – Pajo, ki ga kot dolgoletnega vodiča Planinske zveze Maribor poznajo ljubitelji in udeleženci strokovnih potovanj, seznanil z osnovnimi podatki Avstrije, njeno zgodovino in predvsem znamenitostmi Dunaja. 47 udeležencem, med katerimi je bilo 18 študentov medicine, je razdelil natipkan program z glavnimi



Prof. Elko Borko je udeležencem izleta na Dunaj predstavil dr. Christana Fialo, ustanovitelja muzeja kontracepcije in splava.



Obiskovalci na ogledu dela stare dunajske splošne bolnišnice (AKH).

povzetki svojega nagovora. Ta program nam je bil ob ogledu Dunaja v veliko pomoč, saj smo iz njega lahko obnovili številne podrobnosti zanimivih dogodkov, oseb in druge podatke. Drugi del potovanja je bil dopolnjen s predavanjem doc. dr. Gregorja Pivca, ki je udeležencem zelo natančno predstavil zgodovino dunajske medicine in vse dosežke prve in druge dunajske medicinske šole. Že ob 10. uri smo prišli do stavbe, v kateri je muzej kontracepcije in splava. Ta edinstveni muzej, ki ga je ustanovil dr. Christian Fiala, prikazuje zgodovino najpomembnejših spoznanj v razumevanju fiziologije spočetja pri človeku.

Ustanovitelj muzeja dr. Fiala nam je na zanimiv način prikazal ta odkritja. Njegovo zanimivo vodenje skozi razvojna obdobja ugotavljanja rodnosti je temeljilo na vsakokratnih družbenih osnovah, ki so vedno v odvisnosti s pravno ureditvijo v posameznih državah. Prav lepo je prikazal strokovni, človeški in kulturni razvoj kontrole človeške rodnosti, ki je v zadnjem stoletju napredoval od detomora, najrazličnejših oblik splava, pa do danes, ko je postala sodobna kontracepcija etično-kulturno sprejemljiva in medicinsko povsem uporabna metoda urejanja rodnosti. Po njegovem mnenju je za zgodovino pomembna ugotovitev, da pravna ureditev številnih problemov načrtovanja družine ni enako hitro in učinkovito sledila razvoju medicinske znanosti. Zanimiv je bil tudi ogled zasebne ginekološke ordinacije, ki jo vodi dr. Christian Fiala in se nahaja v isti stavbi. Sestavlja jo pet večjih prostorov, prostornost sobe za razgovor, ordinacije, operacijske sobe in seveda sama opremljenost ordinacije pa je izvabila vzdihne občudovanja naših ginekologov. Po dvournem ogledu tega zanimivega muzeja in zasebne vzorčne ordinacije smo se zahvalili dr. Fiali za enkratno doživetje in odlično vodenje po razstavi. V spomin na naš obisk mu je vodja izleta prof. Borko poklonil najstarejšo slovensko knjižico o kontracepciji, ki je izšla leta 1940 v Sloveniji in jo je napisal dr. Kolja Halfar z naslovom: »*O nerodovitnih dneh žene in Smuldersovi metodi*«, ter kratek film iz leta 1974 o prekinitvi nosečnosti

z Menstrualno regulacijo. Iz poročila o izletu povzemam, da so bili študenti medicine zelo zadovoljni z ogledom muzeja.

Zanimiva je bila tudi enurna avtobusna krožna vožnja po Dunaju pod vodstvom neumornega vodiča Tuška. Sledil je ogled velikega predela stare dunajske splošne bolnišnice (Allgemeines Krankenhaus – AKH), kjer se je izkazal naš zgodovinar doc. Gregor Pivec. Zelo podrobno je opisal zgodovino te bolnišnice, ki je začela z delom leta 1784 in je predstavljala temelj in materialno osnovo takrat vodilne dunajske šole, ki si je pridobila svetovno veljavo in jo ohranila vse do konca prve svetovne vojne.

Seveda so bile vse pozornosti deležne posamezne stavbe in njihova zgodovina. Obvezno je bilo tudi skupinsko slikanje pred



Narrenturm (norišnica) – stavba, v kateri je bila leta 1784 ustanovljena prva psihiatrična bolnišnica, od leta 1971 pa je v stavbi znani Patološko-anatomski muzej Univerze na Dunaju.

spomenikom dr. Theodorja Billrotha in predavanje o kirurških posegih v trebuhu. Po tako napornem programu se je seveda prileglo kosilo v restavraciji Gangl, ki je ena od večjih in lepo urejenih restavracij v kampusu tega dela dunajske univerze. Po mnenju večine je bilo kosilo zelo okusno, obilno, postreženo na nekoliko poseben način, v pletenih košaricah.

Sledil je daljši sprehod po Dunaju. Po programu smo si ogledali Hofburg, ki je bil rezidenca habsburških monarhov, danes pa je sedež predsednika avstrijske republike. Zastava, ki je plapolala nad to zgodovinsko stavbo, nam je sporočala, da je predsednik Heinz Fischer doma. Med ogledom tega mesta v malem smo se ustavili tudi na kraju, kjer je po pripovedovanju našega pisatelja Frana Levstika Martin Krpan posekal lipo in si izdelal kij, s katerim je premagal Brdavska. Pot je vodila mimo ostankov rimske Vindobone, ki so skladno vključeni v podobo modernega mesta, do palače Dorotheum, znane stavbe dražb in moderne umetnosti, zgrajene leta 1901 v neoklasicističnem slogu, s čudovito notranjo uredenostjo, in nato do Plečnikove arhitekturne mojstrovine – hiše tovarnarja Zacherla, ki jo je ustvaril leta 1905. Pred vhodom v izjemno oblikovano stavbo so ob stoletnici rojstva našega velikega slovenskega arhitekta postavili relief in napis v slovenskem in nemškem jeziku, tako da je stavba vredna ogleda tudi zaradi te pozornosti našemu umetniku.

Pot nas je vodila do Štefanove katedrale, v kateri nas je najbolj zanimal spomenik našemu rojaku Juriju Slatkonji, ki je bil prvi dunajski škof, kot zborovodja in skladatelj pa je leta 1498 ustanovil še danes znani pevski zbor dunajskih dečkov. Med ogledom te katedrale nas je množica turistov razdelila v manjše skupine in nekateri so si privoščili znamenito dunajsko kavo in saher torto, ki jo je zaradi obilice smetane oboževal iz zgodovine poznani minister Meternich. Drugi so si ogledovali velemestni utrip in množico turistov, ki je to soboto preplavila

dunajske ulice. Bili smo veselo presenečeni, da smo se ob dogovorjenem času zbrali v avtobusu, ki nas je popeljal po dunajskih cestah do Schönbrunn, kjer smo se za trenutek ustavili, nato pa nadaljevali z vožnjo proti Sloveniji.

Kot je že v navadi, smo vožnjo popestrili z zanimivimi predavanji. Prof. Zmago Turk nas je seznanil z današnjimi pogledi na integralno medicino, prof. Franc Janžekovič pa je predstavil dunajski prirodoslovni muzej, ki ima številne predmete z našega narodnostnega področja. Seznanil nas je tudi z življenjem in delom svetovno znanega ornitologa dr. Otmarja Reiserja, ki je svoje raziskave o pticah iz okolice Maribora objavil v posebni knjigi in ki je leta 1936 umrl na posestvu v okolici Maribora. Prav tako je bilo zanimivo predavanje prof. Dušanke Mičetić Turk o zgodovini pediatrije.

Tako je strokovni izlet v stalnem aktivnem pogovoru prišel do svojega konca. Izlet smo zaključili s skupno večerjo v gostilni Danica v Miklavžu blizu Maribora. Med številnimi nagovori, med katerimi so udeleženci poročali o svojih vtisih, je največjo pozornost vzbudila zahvala predstavnika študentov Tadeja Horvata, ki je podal pobudo, da bi se že študentje medicine kot podmladek vključili v Zdravniško društvo in tako dobili možnost, da bi sodelovali pri delu društva, kot je npr. možnost obiska predavanj in drugih strokovnih srečanj. Organizatorji strokovnega izpopolnjevanja smo zadovoljni z odzivom študentov, ki so v svojem pisnem poročilu med drugim zapisali: »S srcem, polnim prijetnih izkušenj in spodbud spoštovanih zdravnikov, smo se odpravili proti domu. Besede so nas spodbudile, da premislimo, kako se dvigniti iz množice povprečnosti in se razviti v osebnosti, ki ne bodo medicine le razumele, ampak njeno umetnost udeleževali v svojem strokovnem delovanju.«

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

Antropologija že drugič na kongresu preventivne medicine Slovenije

Maruška Vidovič

Pred petimi leti smo bili biološko-medicinski antropologi prvič povabljeni, da s samostojnim mednarodnim simpozijem sodelujemo na kongresu preventivne medicine Slovenije. Naša prizadevanja pri tem sodelovanju in vsi naši antropološki prispevki so bili sprejeti z zanimanjem, tako da smo se odločili, da se bomo za naslednji, peti kongres, ki je bil v Portorožu, še bolj potrudili – in uspelo nam je. Vsestransko partnerstvo med medicinskimi znanostmi, ki ga že dalj časa uspešno razvijamo, nam je prineslo tudi določene vzajemne organizacijske prednosti; antropologi smo dobili dvorano, zdravniki preventivne medicine pa so imeli priložnost v večjem številu in na enem mestu slišati izbrane in aktualne prispevke moderne biološko-medicinske

antropologije, kar je prav gotovo naredilo kongres preventivne medicine še bolj zanimiv.

Na programu *Samostojnega mednarodnega znanstvenega dogodka: Promocija antropološke znanosti; Biološko-medicinska antropologija – antropologija prihodnosti* je bilo 18 prispevkov odličnih tujih strokovnjakov. Vsebine holističnih bioantropoloških raziskav so bile zelo različne, na visoki znanstveni ravni in zelo pestre, obsegale so od morfologije do molekularne genetike in njihove aplikacije. Simpozij je nazorno pokazal smeri in trende razvoja moderne biološke medicinske antropologije, katere poznavanje postaja vse bolj aktualno tudi za medicino in je vsesplošni interes javnega zdravja.



Nekaj predavateljev ob prihodu.

Dogodek je bil izrazita promocija naše antropološke znanosti v mednarodnem znanstvenem okolju. S tem dogodkom smo pokazali, da se področje biološko-medicinske antropologije pri nas na Inštitutu za varovanje zdravja RS uspešno razvija in uspešno mednarodno povezuje. Opozorili smo na pomen biološko-medicinske antropologije kot antropologije prihodnosti.

Srečanje smo imenovali tudi »antropološko srečanje – srečanje prijateljstva«, ker so se ga udeležili profesorji znanih svetovnih univerz, od katerih smo se učili in si izmenjavali izkušnje, profesorji in raziskovalci, ki so z nami delali v izoliranih populacijah Slovenije (iz Hrvaške, različnih delov Amerike in Avstralije ter Evrope) in nam s svojim znanjem in izkušnjami pomagali razvijati moderno biološko-medicinsko antropologijo ter utrditi uspešna sodelovanja. Ob delu na terenu in ostalih raziskovalnih aktivnostih smo postali dobri prijatelji. Raziskave v Selški dolini, od katerih smo jih kar nekaj naredili skupaj z omenjenimi tujimi strokovnjaki, imajo neprecenljivo antropološko vrednost v evropskem in svetovnem merilu. Rezultati raziskav pa prinašajo tudi številne koristi za prebivalce doline, za kakovost njihovega življenja, posredno pa tudi za prebivalce celotne Slovenije.

Še prav posebno veseli in počaščeni smo bili, da je prišel na srečanje profesor iz daljne Avstralije. V sodelovanju z njim smo naredili zanimive raziskave »hormonalnega stresa« v Selški dolini, v zaprti hribovski dolini, ki že dalj časa uspešno služi kot naš idealen raziskovalni model izoliranih populacij in ki bo z modernizacijo in pospešenimi komunikacijami kmalu izgubil to posebnost. Profesorja, ki je imel izjemen odnos do ljudi, s katerimi smo se srečevali med raziskavo v dolini, se radi spominjajo tudi prebivalci podratitovških vasi, ki so bile vključene v raziskavo. V Portorožu nam je predstavil antropološke raziskave o preživetju, rasti in razvoju otrok iz ruralnega vzhodnega Timorja, enega najrevnejših predelov Azije.

Na srečanju je bil predstavljen koncept globalnega zdravja v sodelovanju z antropologijo in javnim zdravjem. Američani iz

Massachusettsa, skupaj s katerimi smo naredili raziskave menopavze z biokulturne perspektive in medpopulacijskimi primerjavami v Selški dolini, so tokrat predstavili rezultate raziskav o menopavzi in spremljajočih pojavih s Havajev v primerjavi z našimi rezultati. Med nami so bili tudi turški antropologi s predstavitevijo o nasledstveni debelosti. Avstrijci so predstavili fenotipsko plastičnost in vplive nanjo ter geometrično morfometrijo. Naši hrvaški kolegi, s katerimi neposredno in najdlje sodelujemo in skupaj s katerimi smo naredili prve in številne raziskave v kontekstu populacijskih struktur v Selški dolini, so predstavili zgodovino bioantropoloških raziskav populacijskih struktur in njihovih aplikacij v medicinski genetiki, razlike med ženskami in moškimi pri srčnih bolnikih, prehranske navade v povezavi z globalizacijo in antropometrične indikatorje debelosti pri Romih. Predstavili so tudi sekularne trende v višini in teži pri mladostnikih, raziskave populacijskih struktur otoških populacij, analiziranih s pomočjo kompleksnih fenotipskih značilnosti, in več zelo obširnih populacijsko genetskih raziskav, ki so ugotavljale populacijsko diferenciacijo in genetsko substrukuro populacij JV Evrope in njihovo genetsko zgodovino – raziskav, v katere smo vključeni tudi z vzorci iz Slovenije. Prvič so bili predstavljeni nekateri nam nepoznani antropološko-zgodovinski, socio-kulturni fenomeni v zaostalih okoljih, ki so vezani na rojstvo četrte deklice. Zelo opazna so bila tudi predavanja o rasti in razvoju ruskih kolegov. Sarajevski antropološki genetiki pa so predavali o DNA identifikacijskih temah skeletnih ostankov. Predstavljene so bile tudi naše raziskave v zvezi s staranjem v Selški dolini, ki jih izvajamo v sodelovanju z Američani iz Ohia.

Pokazali smo arhivske televizijske posnetke RTV Slovenije, ki so bili prikazani tudi na CNN, o naših prvih raziskovalnih začetkih, terensko delo na obširnem projektu v Selški dolini. Posnetki so pokazali kratek intervju v zvezi z obolenji otrok, izpolnjevanje vprašalnikov, odvzem dermatoglifov, antropometrijo ter merjenje fizioloških in drugih funkcij na terenu. Ob tem je bilo tudi večkrat poudarjeno, kako potrebno je pohiteti s tovrstnimi raziskavami v izoliranih populacijah, ki ponazarjajo tako imenovani »naravni eksperiment«, kajti sicer bo ta dragocena možnost za vedno izgubljena.

Antropološko srečanje je bilo zelo uspešno, izmenjali smo dragocene izkušnje in nova znanja. Vsi smo bili zadovoljni: organizatorji, predavatelji in slušatelji. Ob zaključku smo naredili veliko novih načrtov za naša nadaljnja sodelovanja in prihodnje srečanje.

Ker smo morali za izvedbo antropološkega znanstvenega dogodka dobiti vsa sredstva sami, se želim na tem mestu najlepše zahvaliti donatorjem, ki so nam s finančno pomočjo omogočili srečanje: lokalnim donatorjem iz Selške doline, ki se nam vedno odzovejo in so nam pomagali tudi tokrat, še prav posebno pa podjetju Knauf Insulation iz Škofje Loke, ki je za izvedbo srečanja prispevalo veliko finančno pomoč.

E-naslov: maruska.vidovic@ivz-rs.si

9. literarno srečanje v divaški knjižnici
ob 50. obletnici Magajnovе smrti

O rodovniku zdravnika psihiatra in pisatelja Bogomirja Magajne (1904–1963)

Jožica Planinc

V uvodnih besedah literarnega srečanja dne 27. marca 2013 v krajevni knjižnici v Divači, na dan 50. obletnice smrti pisatelja in zdravnika Bogomirja Magajne, je direktorica Kosovelove knjižnice iz Sežane **mag. Magdalena Svetina Terčon** prisotne spomnila na pomen tega Gornjevremca v lokalnem in širšem okolju ter napotila, da skozi oči bralca primerjamo Magajnov svet s svojim svetom, ko spoznavamo sebe in svoje korenine.

V nagovoru je predsednik slovenskega bralnega društva **dr. Zoltan Jan**, velik poznavalec in raziskovalec Bogomirjevega literarnega dela, opozoril, da obrazi še tako pomembnih osebnosti zbledijo, izginjajo iz našega spomina, če zanimanje zanje usiha, če ne oživljamo njihovega izročila in nenehno ne odkrivamo neodkritih plasti njihovega dela: npr. delo Bogomirja Magajne kot psihiatra (še je zanimiv in aktualen Magajnov zapis, ko si je sam iniciral mamilo), raziskati bi veljalo njegov prispevek na področju, ko mu zlasti v težkih povojnih razmerah, po letu 1946, ni bilo težko prosvetljevati ljudi na področju zdravlja in boleznih s številnimi poljudnoznanstvenimi članki. Dr. Zoltan Jan je poudaril, da je bil Magajna velik humanist, saj se je dejansko boril za življenje vsakega posameznika.

V svoji raziskavi *Magajnov rod skozi 13 generacij* je **rodoslovec Robert Fonda** prikazal prisotnost Magajnovega rodu v Vremški dolini že nad 500 let, in sicer: 1. Magajna – hišno ime Čemparjevi v Dolnjih Vremah, 2. Magajna – hišno ime Peračevi v Famljah, 3. Magajna – hišno ime Bridčevi in hišno ime Oštarijevi v Gornjih Vremah. Iz slednjega rodu: Magajna – Oštarijevi, izvirja pisatelj in zdravnik Bogomir Magajna.

Rodoslovec Tino Mamić se je v svoji raziskavi z naslovom *Magajnov rodovnik in neznane podrobnosti iz življenja njegove družine* dotaknil podrobnosti iz življenja Bogomirjeve starejše sestre Marije, ki je bila rojena 1896 v Gornjih Vremah, odšla s trebuhom za kruhom v Ljubljano, se poročila, živela v Ljubljani v Trnovem – pred vojno je Bogomir tri leta stanoval pri svoji sestri Mariji Pirc, ker je bil brez službe. Iz rodne Primorske se je umaknil pred fašizmom. Pisateljeva nečakinja Danica pravi, da je bil velika dobričina, ljudi po okolici je obiskoval in zdravil brezplačno. Malo pred vojno je dobil zaposlitev na oddelku za psihiatrijo na Poljanski cesti. Bolnikom je pomagal še tako, da jim je sam kupoval zdravila. Doma je bil iz Gornjih Vrem in

kot italijanski državljan je bil s pričetkom vojne vpoklican v italijansko vojsko. Ko se je po kapitulaciji Italije vrnil domov v Vreme, so ga zajeli partizani in ga poslali v partizansko bolnišnico pod Snežnikom, kjer je ostal do konca vojne. Potem je bil z dekretom poslan v psihiatrično bolnišnico na Studencu, naredil je specializacijo in tam služboval. Po drugi svetovni vojni je Bogomirjeva sestra Marija s hčerko Danico, potem ko je prestala strašno izgubo moža in dveh sinov, živela v bedi – obiskoval, tolažil jo je samo Bogomir, materialno pa je pomagala sestra Danica iz Amerike. Tino Mamić je izpostavil tudi povezavo med sodobnikom Primorcema Bogomirjem Magajno in rodoljubom Filipom Terčeljem, ki je leta 1934 zbežal čez mejo v Jugoslavijo ter v Ljubljani opravljal službo hišnega duhovnika v umobolnici (op. avtorice: Filip Terčelj, roj. 2. 2. 1892 v Vipavski dolini, ubit 1946 – duhovnik, rodoljub, mučenec – preganjan od »črnih« in »rdečih«, zaprt – predlagan za beatifikacijo).

Predsednica bralnega društva Primorske in pobudnica vsakoletnih Magajnovih srečanj ob obletnici pisateljeve smrti **Nadja Mislej Božič** je vsebinsko preletela vsa srečanja doslej, povezovalka bibliotekarka **Tanja Bratina Grmek** pa je zaključila tradicionalno srečanje z obetom, da bo ob jubilejnem – 10. srečanju prihodnje leto izšel zbornik o tej temi.

Spomin na Bogomirja Magajno je še živ in njegovo delo izziv.



Jedkanica, grafika, avtorica: Tinca Stegovec, naslov: Dr. Bogomir Magajna, nastala 1951, vir: NUK.



Pisatelj, pesnik in esejist Ivko Spetič Magajna nadaljuje literarno pot svojega strica Bogomirja Magajne. In ni naključje, da naslovnico pesniške zbirke, Spetičeve dvanajste knjige, ki je izšla lani, krasi mandala – roža življenja, ki jo je leta 1917 narisal 13-letni Bogomir, poznejši pisatelj in zdravnik (foto: Jožica Planinc).



Lani restavrirani in v divaško knjižnico preneseni kip Bogomirja Magajne (1904–1963), ki ga je leta 1989 izdelal kipar Bojan Štokelj (foto: Jožica Planinc).

Bogomirjevo literarno pot nadaljuje njegov nečak, pisatelj, pesnik in esejist **Ivko Spetič Magajna**, ki oživlja spomin na svojega strica, skrbi za njegovo zapuščino in za spominsko sobo v rojstni hiši v Gornjih Vremah, ki je na voljo za ogled. Lani je izšla Spetičeva deseta knjiga z naslovom *Krogočasje*. Zanimivo: za naslovnico te pesniške zbirke je avtor izbral iz Magajnove zapuščine risbo mandala, katere avtor je 13-letni Bogomir.

V krajevni knjižnici v Divači so lani uredili stalno razstavo Magajnovih del ter postavili na novo restavrirani kip pisatelja in zdravnika Bogomirja Magajne, ki ga je izdelal kipar Bojan Štokelj.

Magajnov rojstni dan, 13. januar, je občina Divača proglasila za občinski kulturni praznik.

Po domačem zdravniku in pisatelju so poimenovali Magajnovo bralno značko – projekt, v katerega so vključeni varovanci zavoda koprskega VDC (projekt Zaznamovan sem – berem več).

V Obzorniku zdravstvene nege je bil objavljen Bogomirjev esej *V kraljestvu meskalina* (prva objava: Modra ptica, letnik VIII, 1936–37, 220–227), kar kaže na aktualnost Magajnovega dela tudi v današnjem času. Poznavalec življenja in dela Bogomirja Magajne **prof. dr. Janko Kostnapfel** je zapisal: »Ponatis zato, ker sodimo, da utegne strokovna vsebina sestavka zaradi zlorabe drog v svetu bralce zanimati in jih poučiti.«

»Ko sem prečital dr. Šerkovo razpravo, me je zamikalo, da bi vpliv meskalina poiskusal na sebi. Posrečilo se nam je dobiti tastrup in

dr. Hribar mi ga je iniciral v hrbet. Poskusu so prisostvovali prof. Šerko, dr. Hribar, dr. Cunder. ... V odmoru, ko so me nekaj časa pustili samega, je prišel k meni prof. Šerko. Prav tedaj sem zagledal čudovito skupino planin, zelo podobno Martuljkovi skupini. Snežne piramide so bile obrobljene z ognjeno zlato barvo. ... Nepozabno pa bo občutje veselja in popolne sreče, ki se je večala od ure do ure in se stopnjevala v nepopisno ugodje, v neko popolno blaženost, podobno morda oni, ki jo obljublja religije za večno plačilo. ... Sredi najbujnejših halucinacij, je bilo to doživetje tako popolno, da bi se brezbrizno nasmehnil, če bi moral tisti hip umreti. Če doživljajo nekateri shizofreniki kaj podobnega, potem je razumljivo, zakaj se ne menijo za okolico. ... Preostane nam še vprašanje, kakšen pomen imajo poizkusi z meskalinom. Brez dvoma imajo veliko vrednost za spoznanje ene izmed najzametnejših duševnih bolezni shizofrenije. ... – Pisatelje in umetnike pa bo zanimal predvsem odnos opisanih pojavov do umetniškega ustvarjanja.» (Bogomir Magajna – odlomki iz eseja V kraljestvu meskalina.)

Obraz pisatelja in zdravnika Bogomirja Magajne ne bo zbledel, dokler bomo voljni odkrivati plast za plastjo v njegovem literarnem izročilu in v njegovih medicinskih spoznanjih. Dokler bomo zajemali iz njegovega izročila, toliko časa bo aktualen za spoznavanje nas samih in za iskanje poti naprej.

E-naslov: jozica.planinc@gmail.com

Novost za klinične zdravnike in mikrobiologe

Uvajanje testiranja občutljivosti za protimikrobna zdravila po smernicah EUCAST v Sloveniji

Iztok Štrumbelj, Andrej Golle, Miroslav Petrovec, Mateja Pirš, Mario Poljak, Katja Seme

V tem kratkem prispevku je le oris vsebin, ki jih vsebujejo smernice. Odgovori na številna vprašanja bodo na voljo na **4. Likarjevem simpoziju, ki bo 19. junija 2013 v Ljubljani** – vljudno vabljeni. Srečanje je namenjeno širšemu krogu udeležencev, **saj bodo na njem predstavljene teme, ki so temelj za razumevanje pomembnih vsakodnevnih mikrobioloških izvidov, antibiogramov.**

Živimo v obdobju, ko je odpornost bakterij postala urgenten globalni problem. Mednarodne smernice za testiranje občutljivosti so prvi korak k spoznavanju in merjenju problema.

Kako nastanejo smernice za testiranje občutljivosti za protimikrobna zdravila

Prva stopnja je določitev minimalnih inhibitornih koncentracij (MIK-ov) posameznega antibiotika za posamezne vrste bakterij z ustrezno standardizirano dilucijsko metodo. MIK je najmanjša koncentracija antibiotika, ki *in vitro* zaustavi razmnoževanje bakterij. Ko so znane MIK, je potrebno določiti »mejno vrednost« (angl. »breakpoint«), to je MIK, ki ima določen pomen.

Za različne namene so izredno pomembne **ekološke mejne vrednosti** MIK (»ECOFF«), ki pa se ne uporabljajo za klinične namene.

Za usmerjanje zdravljenja pri bolniku uporabimo **klinične mejne vrednosti** MIK, ki jih praviloma izražamo v znanih kategorijah občutljivost (S), intermediarna občutljivost (I) in odpornost (R).

Zapleteni proces določanja kliničnih mejnih vrednosti je opisan na spletni strani www.eucast.org/setting_breakpoints. Navedimo le vrsto podatkov, ki so potrebni za proces odločanja: odmerki in indikacije zdravila, distribucije MIK pri različnih vrstah mikroorganizmov, farmakološki in farmakodinamični podatki – ki se strnejo v simulaciji Monte Carlo, in podatki o kliničnih preskušanjih in izkušnjah.

Ko so znane mejne vrednosti MIK, se lahko s primerjavo MIK in zaviralnih con določi tudi mejne vrednosti con za disk-difuzijski antibiogram, ki je najpogosteje uporabljena metoda za določanje občutljivosti bakterij za antibiotike. Ta proces izvedejo ekspertne organizacije, na primer ameriška organizacija CLSI (*Clinical Standards Laboratory Institute*) in evropska organizacija EUCAST (*European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing*). Za umerjanje komercialnih metod za

antibiogram (npr. gradientna difuzija antibiotika iz lističev; avtomatske strojne metode) poskrbijo proizvajalci, ne omenjene organizacije.

Rezultati so odvisni od uporabe metod, ki jih omenjeni organizaciji natančno predpišeta. Končni rezultat je včasih odvisen od posebnih metod za določanje mehanizmov odpornosti (npr. odpornost proti vankomicinu), vedno **pa je odvisen od identifikacije mikroorganizmov**, ki mora biti včasih bolj, včasih manj natančna – včasih zadostuje identifikacija do rodu, včasih pa je nujno poznati vrsto (species) mikroorganizma.

Na tej točki se klinična mikrobiologija sreča s kliničnim zdravnikom. Vsega se namreč ne da izraziti z znamenitimi črkami S, I in R. Gre za več področij: intrinzična odpornost posameznih vrst, prenosljivost rezultata enega testiranega antibiotika na druge antibiotike, omejitve pri posameznih bakterijskih vrstah, pomen mehanizmov odpornosti (včasih za klinično kategorizacijo, včasih za potrebne epidemiološke ukrepe), omejitve veljavnosti rezultata na zgolj sinergistično delovanje posameznih antibiotikov ali na posamezne organske sisteme (npr. sečila ali okužbo osrednjega živčevja ali izven njega), opozorila na možen hiter razvoj odpornosti pri posameznih vrstah...

Uvedba EUCAST-smernic v Sloveniji

Pri nas zaenkrat uporabljamo ameriške smernice CLSI, drugod v Evropi pa že močno prevladujejo evropske smernice EUCAST, ki jih bomo v Sloveniji uvedli **1. januarja 2014** – do takrat moramo mikrobiologi poleg uvedbe novih mikrobioloških metod poskrbeti tudi za dobro obveščeno kliničnih zdravnikov. Uvedbi EUCAST-a je namenjen 4. Likarjev simpozij, ki v ospredje postavlja teme, kjer se srečata klinična mikrobiologija in lečeči zdravnik.

EUCAST deluje kot stalni odbor v sklopu Evropskega združenja za klinično mikrobiologijo in infekcijske bolezni (ESCMID – *European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*), tesno pa je povezan z ECDC (*European Centre for Disease Prevention and Control*) in evropsko agencijo za zdravila (EMA – *European Medicines Agency*).

EUCAST postavlja evropske smernice za antibiogram – delo odbora bo predstavljeno na simpoziju, opisano pa je tudi v množici dokumentov, ki so prosto dostopni na spletni strani EUCAST-a (www.eucast.org). V Sloveniji se z metodami za ugotavljanje občutljivosti za protimikrobna zdravila, pa tudi

s spremljanjem odpornosti, ukvarja SKUOPZ – Slovenska komisija za ugotavljanje občutljivosti za protimikrobna zdravila (www.imi.si/strokovna-zdruzenja/skuopz), ki ima v skupščini EUCAST svojega predstavnika.

Vsebina srečanja

Organizatorju srečanja, Sekciji za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe Slovenskega zdravniškega društva, je uspelo pridobiti izjemne predavatelje iz tujine. Prvi predavatelj, prof. dr. Gunnar Kahlmeter, dr. med., je vodil EUCAST od leta 2001 do 2012, nato je postal predsednik ESCMID-a. Drugi predavatelj bo prof. dr. Rafael Canton, dr. med., ki je predsednik EUCAST-a od aprila 2012. Skupaj bosta imela pet polurnih predavanj. Enako zanimivo bo predavanje predstavnice iz Hrvaške, države, ki v EUCAST-u aktivno sodeluje že nekaj let.

Prof. Kahlmeter in prof. Canton bosta predstavila EUCAST, njegovo zgodovino in sedanost, razširjenost uporabe smernic EUCAST v Evropi in svetu ter spletno stran, ki vsebuje toliko za klinične mikrobiologe in klinične zdravnike uporabnih vsebin, da je voden sprehod po teh straneh skorajda nujen.

Od MIK, ekoloških in kliničnih mejnih vrednosti bosta prešla na uporabnost in omejitve metode disk difuzije.

Dve predavanji se bosta dotaknili zapletenih področij, ki sta nujni za razumevanje antibiograma in za komunikacijo med mikrobiologi in kliniki ter za smiselno antibiotično zdravljenje in epidemiološke ukrepe. Prvo področje so bakterijski

mehanizmi odpornosti, ki so pomembni za javno zdravje, drugo pa intrinzična odpornost in interpretativno poročanje pri testiranju občutljivosti.

Sledilo bo predavanje hrvaške predstavnice (ime še ni znano), ki bo predstavila izkušnje in posledice uvedbe smernic EUCAST v sosednji državi.

Zadnje predavanje bo opisalo potek uvajanja smernic EUCAST v Slovenijo.

Srečanje se bo zaključilo z okroglo mizo, v kateri bodo poleg gostov iz tujine sodelovali slovenski zdravniki, specialisti klinični mikrobiologi – prof. dr. Katja Seme, mag. Iztok Štrumbelj, Andrej Golle, in specialisti infektologi – prof. dr. Bojana Beović, prof. dr. Franc Sterle in doc. dr. Tatjana Lejko Zupanc.

Zaključek

Gre za posebno priložnost, slovenskim strokovnjakom lahko dostopno, strnjeno obravnavo vsebin, ki nam jih bodo predstavili vrhunski evropski strokovnjaki in so imele na nedavnem evropskem kongresu kliničnih mikrobiologov in infektologov množično občinstvo (23. ECCMID, Berlin).

Program in prijavnica sta na spletni strani Sekcije (www.imi.si/strokovna-zdruzenja/strokovna-srecanja/4-likarjev-simpozij). Udeležba na srečanju je brezplačna, obvezna pa je predhodna prijava. Predavanja bodo v angleščini.

E-naslov: iztok.strumbelj@zvv-ms.si

Tahikardija pri otroku in mladostniku – rezultati katetrške ablacije v Ljubljani

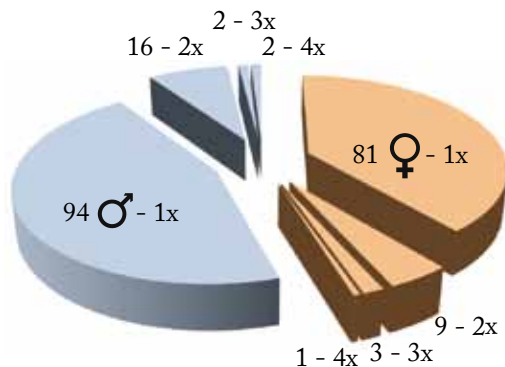
Prispevek s 5. delavnice klinične aritmologije in invazivne kardialne elektrofiziologije v Ljubljani, 14. december 2012

Matjaž Šinkovec

Decembra 2012 smo že petič doslej organizirali delavnico klinične aritmologije in invazivne kardialne elektrofiziologije z mednarodno udeležbo, ki je bila tokrat posvečena obravnavi aritmij pri otrocih in mladostnikih. Na delavnici smo predstavili lastne rezultate katetrške ablacije tahikardij. Te rezultate želimo na kratko predstaviti tudi s tem prispevkom.

Katetrška ablacija je pri otroku zahtevnejša kot pri odraslem. Vzrokov je več. Aritmogeno tkivo je lahko obsežnejše in ima drugačne lastnosti, kot jih vidimo pri odraslem. Neredko je žilni pristop zaradi anatomskih razmer zahtevnejši. Uporabimo lahko le manjše število in včasih tudi manjše velikosti elektrodnih katetrov, zato je diagnostika težja. Ablacijski poseg opravimo pri večini

majših od 16 let v splošni anesteziji, torej potrebujemo še pomoč anesteziologa. V splošni anesteziji je velikokrat težko sprožiti tahikardijo, kar pa je obvezni del elektrofiziološke preiskave. Poleg tega pri otroku ni zaželen daljša izpostavljenost rentgenskemu sevanju, zato moramo poseg opraviti z malo slikovne podpore. Nadalje pričakujemo, da se bo zahtevnost posegov v bodoče še povečala. Opažamo namreč, da opravijo v velikih centrih vse več kompleksnih ablacijskih posegov v sklopu prirojene strukturne srčne bolezni ali po večjih kirurških rekonstrukcijskih posegih (1–3). Tako imajo »običajnih« posegov (sindrom Wolff-Parkinson-White (WPW), krožeča tahikardija A-V vozla (AVNRT), žariščna atrijska tahikardija ipd.) le še približno 50 odstotkov. Za



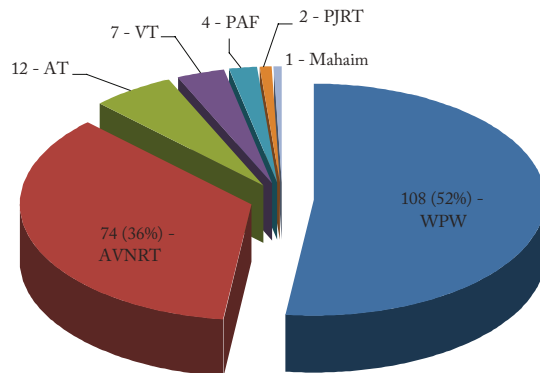
Slika 1. Število ablacijskih posegov po spolu in po ponovitvah posega pri osebah, mlajših od 26 let. Ablacijski poseg smo opravili 141-krat pri 114 fantih in 112-krat pri 94 dekletih, v obdobju od leta 1995 do vključno 2011.

♀ - fantje, ♂ - dekleta

zahtevnejši ablacijski poseg pri otroku so nujne nekatere nove tehnološke rešitve, kot sta npr. elektroanatomska kartografija (CARTO, NavX) in magnetna navigacija ablacijskega katetra na daljavo (stereotaksa). Vsi ti razlogi narekujejo, da mora biti pediatrični elektrofiziolog izkušen operater.

Preučili smo podatke 254 otrok in mladostnikov, 143 fantov (56 odstotkov) in 111 deklet, mlajših od 26 let, povprečne starosti 19 let (8–25), pri katerih smo od leta 1989 do vključno 2011 opravili 317 elektrofizioloških preiskav zaradi opredelitve tahikardij. Več kot 90 odstotkov bolnikov je imelo normalen ehokardiografski izvid. Samo posamezni bolniki so imeli pridruženno strukturno bolezen srca, ki je bila lažje stopnje (Duchennova mišična distrofija, dilatacijska kardiomiopatija, korigirana transpozicija velikih arterij, sindrom Andersen-Tawil, Ebsteinova bolezen in aritmogena kardiomiopatija desnega ventrikla). Ablacijski poseg smo nato opravili pri 208 osebah, 114 fantih (55 odstotkov) in 94 dekletih (45 odstotkov) (slika 1), na 235 ablacijskih mestih (slika 2). Netipično AVNRT smo ugotovili pri 13 odstotkih bolnikov z AVNRT. Pri večini mlajših od 16 let smo opravili poseg v splošni anesteziji. Pri 8/74 bolnikov z AVNRT (11 odstotkih) smo povzročili med ablacijo prehodni A-V blok, zaradi katerega pa ni bilo potrebno vsaditi trajnega srčnega spodbujevalnika. Druhih pomembnejših zapletov nismo imeli. Dolgoročna uspešnost ablacijskega zdravljenja je 92-odstotna (191/208). Opis elektrofiziološke preiskave in ablacijske metode presega namen tega prispevka.

Rezultati in varnost ablacijskega zdravljenja tahikardij so v naši skupini otrok in mladostnikov primerljivi z rezultati v svetu. Po podatkih velikih registrov se je, leto dni po sprva uspešnem ablacijskem posegu, tahikardija ponovila pri 4,8 odstotka otrok z AVNRT in pri 12,9 odstotka z WPW (4). Največkrat so ugotovili recidiv pri desni septalni legi akcesorne poti (24,6 odstotka) in na desni prosti steni (15,8 odstotka). Akutnih zapletov je bilo do 4 odstotka. Trajni A-V blok so povzročili



Slika 2. Dvestoosem fantov in deklet, pri katerih smo opravili katetrsko ablacijo, je razvrščenih po vrsti tahikardije. Največ je bilo bolnikov s tahikardijami v sklopu sindroma WPW – 52 odstotkov.

WPW – sindrom Wolff-Parkinson-White; AVNRT – krožca (reentri) tahikardija A-V vozla; AT – žariščna atrijska tahikardija; PAF – paroksizmalna atrijska fibrilacija; VT – ventrikularna tahikardija; PJRT – permanentna junkcijska reciprokantna tahikardija; Mahaim – poseben tip preekscitacije

pri 1,2 odstotka otrok, najpogosteje pri ablaciji AVNRT (2,1 odstotka) in septalni legi akcesorne poti (3,0 odstotka) (5).

Indikacija za ablacijski poseg pri otroku temelji na značilnostih tahikardije, kot so hemodinamska nestabilnost, težji simptomi s pogosto zdravniško intervencijo, perzistentna ali repetitivna oblika tahikardije, neuspešno farmakološko zdravljenje ali zdravljenje s stranskimi učinki in pogosti napadi (npr. več kot 1–2-krat letno).

Kadar razmišljamo o ablacijskem posegu pri otroku, moramo upoštevati tudi starost oz. telesno težo. Pri otrocih, starejših od 6 let oz. težjih od 25 kg, lahko že uporabimo običajne elektrodne katetre in žilne pristope, kar nam olajša poseg.

Literatura:

- Walsh EP. Interventional electrophysiology in patients with congenital heart disease. *Circulation* 2007; 115: 3224–34.
- Pflaumer A, Chard R, and Davis AM. Perspectives in interventional electrophysiology in children and those with congenital heart disease: electrophysiology in children. *Heart Lung Circ* 2012; 21: 413–20.
- Van Hare GF. Pediatric electrophysiology series--catheter ablation in children. *Heart Rhythm* 2009; 6: 423–5.
- Van Hare GF, Javitz H, Carmelli D, Saul JP, Tanel RE, Fischbach PS, et al., and Pediatric Electrophysiology Society. Prospective assessment after pediatric cardiac ablation: demographics, medical profiles, and initial outcomes. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2004; 15: 759–70.
- Van Hare GF, Javitz H, Carmelli D, Saul JP, Tanel RE, Fischbach PS, et al. and Pediatric Electrophysiology Society. Prospective assessment after pediatric cardiac ablation: recurrence at 1 year after initially successful ablation of supraventricular tachycardia. *Heart Rhythm* 2004; 1: 188–96.

E-naslov: matjaz.sinkovec@kclj.si

Akutna stanja 5

Poročilo s strokovnega seminarja z mednarodno udeležbo

Matej Strnad, Petra Klemen

V zgodnjih pomladanskih dneh, med 21. in 23. marcem, se je v Mariboru odvijal peti strokovni seminar z mednarodno udeležbo *Akutna stanja: znamenja, simptomi, sindromi, diferencialna diagnoza in ukrepanje*. Srečanje, ki ga je organizirala Služba nujne medicinske pomoči Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor, je bilo namenjeno zdravnikom družinske medicine, urgentne medicine, internistom in drugim zdravstvenim delavcem, ki se pri svojem delu srečujejo z oskrbo kritično bolnih in poškodovanih oseb. Letošnji seminar smo posvetili spominu na prijatelja, izjemnega sodelavca in strokovnjaka s področja urgentne medicine v Sloveniji, prim. prof. dr. Štefka Grmeča, dr. med., ki je bil ustanovitelj in idejni vodja vseh dosedanjih srečanj. Tudi tokrat smo ostali zvesti konceptu obravnave nujnih stanj na ravni simptoma in sindroma s pomočjo praktičnih algoritmov diagnosticiranja ter ukrepanja.

Uvodno predavanje je pripadalo dvema odličnima strokovnjakoma s področja oživljanja, prof. dr. Marku Noču in prof. dr. Raulu J. Gazmuriju iz Rosalind Franklin University of Medicine and Science v Čikagu, ZDA. Predstavila sta novosti na področju oživljanja s poudarkom na hitri poti obravnave bolnika s srčnim zastojem po uspešnem oživljanju na terenu, pomen hipotermije in predloge za nadaljnje raziskave na tem področju.

Zaključili smo, da potrebujemo enotna načela na nacionalni ravni za ohlajanje bolnikov in dostopnost do perkutane invazivne srčne diagnostike po uspešnem oživljanju. Naslednji sklop je bila že tradicionalna predstavitev smernic temeljnih in dodatnih postopkov oživljanja odraslih in otrok. Tokratna novost, ki je pri udeležencih naletela na zelo dober odziv, je bila predstavitev oživljanja v živo na odru ter sprotno komentiranje vseh postopkov med oživljanjem. Prvi dan predavanj smo zaključili z nevrološko obarvano tematiko. Predstavljen je bil algoritem obravnave akutnega glavobola, možganske kapi in vrtoglavice s poudarkom na pasteh in zmotah pri zdravljenju teh bolnikov. Polni vtisov s poučnih predavanj smo dan zaključili s prijetnim druženjem ob slavnostni večerji in plesu.

Naslednji dopoldan smo obravnavali bolezenska stanja, s katerih zdravljenjem se urgentni zdravnik redkeje srečuje, so pa v diferencialni diagnostiki zelo pomembna. Tako smo se seznanili z akutno porfirijo, tirotoksično in adrenalno krizo ter obravnavali nujna stanja v hematologiji, revmatologiji in onkologiji.

Novost na srečanju je bil sklop predavanj za medicinske sestre, zdravstvene tehnike in diplomirane zdravstvenike, ki so nepogrešljivi del ekip NMP in brez katerih uspešnega izhoda pri bolniku ne bi bilo. Uveljavljeni strokovnjaki s področja zdravstvene nege so v nizu predavanj razpravljali o problemih,

s katerimi se srečujejo pri delu: v primeru množičnih nesreč, pri sodelovanju z ostalimi službami na primarni in sekundarni ravni, pri oskrbi bolnika v terminalnem obdobju in o pristojnostih, ki jih imajo na področju NMP.

Sledil je zelo zanimiv in živahen sklop debatnih skupin s prikazi raznovrstnih primerov prsne bolečine, akutnega koronarnega sindroma, srčnega popuščanja in pljučne embolije. Na zanimiv način so bili predstavljeni algoritmi obravnave in podane rešitve za preprečevanje napak pri diagnosticiranju in zdravljenju. Zadnji sklop smo posvetili obravnavi poškodovancev s hudo poškodbo glave, »crush« in »blast« poškodbami.

Tudi tokrat nismo prezrli vedno bolj aktualnega področja v urgentni medicini – ultrazvočnega



Učna delavnica torakalne drenaže in punkcije.

diagnosticiranja nujnih stanj. Organizirali smo pregledni tečaj, na katerem smo predstavil ultrazvok pljuč, pregled FAST, pregled ven spodnjih okončin in pregled abdominalne aorte za izključitev anevrizme. Udeleženci so tečaj z navdušenjem sprejeli in se nanj množično odzvali.

Zadnji dan smo tradicionalno zaključili z učnimi delavnicami, kjer smo se urili v razreševanju življenjsko ogrožajočih zapletov (oskrbi pnevmotoraksa, sinhronizirani kardioverziji in elektrostimulaciji srca, oskrbi politravmatiziranega bolnika, porodu na terenu ter dodatnih postopkih oživljanja odraslih in otrok).

Srečanje je ponovno pokazalo, da je primarna oskrba bolnikov neizbežen in bistven člen pri optimalnem izhodu zdravljenja naših bolnikov. Njihova usoda je v veliki meri odvisna od medsebojnega sodelovanja in spoštovanja zdravnikov različnih specialnosti, zato so srečanja, kot je bilo to, nujna in nepogrešljiva. Upamo, da bo tudi naslednji seminar, Akutna stanja 6, tako zanimiv in dobro obiskan, kot je bil tokratni.

E-naslov: stnad.matej78@gmail.com

22. simpozij Medicina in pravo

Pravica do življenja in do dostojne smrti, Etika v medicinski znanosti

Simpozij posvečen prof. dr. Antonu Dolencu

Jelka Reberšek Gorišek

Konec marca smo zdravniki in pravniki v Mariboru organizirali že tradicionalni simpozij Medicina in pravo. Tokrat že dvaindvajsetič in ga posvetili nedavno umrlemu prof. dr. Antonu Dolencu. Njemu v spomin je bilo že veliko napisanega, saj je bil izjemen strokovnjak v patologiji in sodni medicini, na področju medicinske etike in deontologije, neizmerno angažiran pri stanovskem uveljavljanju zdravništva doma in tudi izven naših meja. Vendar širine njegovega duha to udejstvovanje ni povsem zadovoljevalo. Njegovo dušo je izpopolnilo kulturno udejstvovanje, zlasti slikarstvo. Bil je izjemen zdravnik, velik humanist, predvsem pa srčno dober človek. Že od študentskih let dalje sem rada obiskovala njegove slikarske razstave, kasneje pa naju je družilo dolgoletno aktivno delo v Slovenskem zdravniškem društvu in tudi na simpozijih Medicina in pravo. Pri organizaciji prvega simpozija Medicina in pravo je bil prof. Dolenc naš iskren podpornik in aktiven udeleženec vseh naših simpozijev, dokler mu prihoda v Maribor ni preprečila bolezen. Pa tudi iz bolniške postelje je spremljal naše delo in njegove konstruktivne misli so nam bile spodbuda pri nadaljnjem delu. Bil je glasen govornik in njegovih misli, pogosto tudi vizionarskih, ni bilo mogoče preslišati. In takšen nam ostaja v spominu.

Tema prvega dne letošnjega simpozija je bila Pravica do življenja in do dostojne smrti. Zelo aktualna tema, kar nam je potrdila oba dneva polna dvorana poslušalcev v prostorih mariborske Univerze. O pravici do življenja in do dostojne smrti so razpravljali ugledni strokovnjaki različnih specialnosti in tudi z različnimi pogledi. Pravica do življenja se nam zdi samoumevna, čeprav ni vedno tako. Pravica do smrti je gotovo najbolj pravična, saj se ji do sedaj ni še nihče izognil. Kako pa je s pravico do dostojne smrti? Pravica do dostojne smrti ne zajema samo strokovnih, etičnih, moralnih, verskih in kulturoloških vrednot,

temveč tudi socialno-ekonomske pogoje in angažiranost celotne družbe, ki ne samo, da mora prepoznati pravico do dostojne smrti, ampak to tudi z družbeno angažiranostjo omogočiti. Spoštovanje pravice do dostojne smrti je tudi odraz družbe, v kakšni želimo živeti. Akad. prof. dr. Jože Trontelj je izjemno občuteno predavanje Pogled na skrb za umirajoče, zaključil z mislimi: »Pomoč umirajočemu torej ni usmrtitev, ampak dobra blažilna oskrba. Obveljati pa mora deontološki in etični sporazum, da izgubljenega življenja ne skušamo podaljševati v bolnikovo škodo. Pomembno je tudi, da storimo vse potrebno za ohranitev osebnega dostojanstva in samospoštovanja umirajočega. Tudi s tem bomo na zgleden način podprli humanizem in etičnost naše družbe.«

Zelo zanimivo predstavitev je imel akad. prof. dr. Ivo Šlaus, po izobrazbi fizik iz Zagreba, na temo Človeški kapital kot zelo pomemben kapital in evtanazija. Prof. Šlaus je tudi predsednik Svetovne akademije znanosti in umetnosti. S temo Odločanje o lastnem življenju kot polju pravne svobode, je nadaljeval pravnik doc. dr. Tomaž Keresteš. Predstavil je problem odločanja o lastnem življenju na meji med reguliranimi in pravno nereguliranimi družbenimi razmerji in zagovarjal tezo, da v družbi obstaja t.i. polje pravne svobode, torej področje delovanja posameznega subjekta, ki je pravno neregulirano. Zdravnik prof. Vojko Flis je na zelo jedrnat način tudi s prikazi primerov predstavil argumente zagovornikov za in proti evtanaziji in pomoč bolniku pri samomoru. O kazenskopравниh vidikih evtanazije je razpravljala pravnik mag. Aleksander Karakaš in na splošno predstavil, kaj je mogoče pričakovati od kazenskega prava, ki ga evtanazija prav tako ne more zaobiti.



Organizatorji srečanja, z leve prof. Vesna Rijavec, prof. Vojko Flis, mag. Viktor Planinšec, akad. prof. dr. Felix Unger iz Salzburga, predsednik Evropske akademije znanosti in umetnosti (vabljeni predavatelj), in prim. Jelka Reberšek Gorišek.



Z leve: varuhinja človekovih pravic Vlasta Nussdorfer, prof. Krešimir Pavelič, vodja oddelka za biotehnologijo Univerze na Reki, akad. prof. Boštjan Žekš, akad. prof. Jože Trontelj, predsednik SAZU, prof. Lučka Lorber, prorektorica na Univerzi Maribor.

Z izjemnim poslušom in empatijo zdravnika in širino razmišljanja pisatelja je o svetosti življenja in evtanaziji govoril prof. dr. Lojze Ihan. Zakaj ima družba interes uveljavljati družbeni tabu o nedotakljivosti (svetosti) življenja in ali je človek vsaj ob soočenju s smrtjo osvobojen družbenih etičnih obvez, sta bili vprašanji, ki ju je v predavanju zastavil prof. Ihan in nanju tudi odgovoril. Po bogato razmišljaljočem predavanju prof. Ihana o svetosti življenja smo prisluhnili zelo znanstvenemu prispevku prof. dr. Krešimirja Paveliča z Reke, našega stalnega predavatelja na vseh simpozijih, ki nas vsako leto obogati z novimi dosežki medicine na področju molekularne biologije. Njegov tokratni prispevek je bil Programirana in inducirana smrt: nanomedicina kot argument proti evtanaziji. Realnost, ki deluje kot znanstvena fantastika.

Stanje sodne prakse ob pravici ne biti rojen je s primerjalnopравnim pogledom predstavil pravnik mag. Miha Žebre in se v zelo aktualnem predavanju spraševal o stanju sodne prakse v zvezi s kontroveržno doktrino »wrongful life/birth«, ki črpa svojo dinamiko iz strokovnega razvoja medicinske znanosti s področja prenatalne diagnostike, etično pa njen razvoj zaznamujeta moralni koncept človekovega dostojanstva ter krščansko pojmovanje svetosti človeškega življenja od samega spočetja dalje. Pogled filozofa prof. dr. Friderika Klampferja na evtanazijo je bil usmerjen v razmišljanje, da mora biti možnost predčasnega končanja življenja (neozdravljivo bolne osebe) brez kazenskopравnih posledic za vpletene v načelu na razpolago vsem – skratka, vpisana v sam zakon.

Stališča katoličanov do evtanazije je predstavil teolog dr. Tadej Strehovec s stališčem o oskrbi t. i. terminalnih bolnikov, kjer je mogoče bolnikom in umirajočim zagotoviti temeljne človekove pravice ter etično dopuščeno pomoč in oskrbo. Simpoziju se je pridružila tudi novoizvoljena varuhinja človekovih pravic Vlasta Nussdorfer in s pogledom varuhinje spregovorila o odločanju o nadaljevanju ali opustitvi zdravljenja. Srčika njenega nagovora je bila ohranitev človeškega dostojanstva umirajočega ter pravica do dostojne smrti. Umiranje z dostojanstvom je bila tudi tema treh predavateljic iz Fakultete za zdravstvene vede: dr. Jadranke Stričević, doc. dr. Majde Pajnkihar in doc. dr. Ane Habjanič. Predstavile so vlogo in pomen paliativne nege in ohranitev dostojanstva umirajočih. Sklop predavanj prvega dne je zaključil dr. Borut Holcman, profesor pravne zgodovine in cerkvenega prava s predavanjem: Če hočemo zdraviti, se moramo k zdravljencu obrniti.

Dan bogatih razmišljanj in razprav, usmerjenih predvsem k etičnim vrednotam ob umirajočih, smo zaključili z zelo vedrim in veselim programom v štajerskem gostišču. Ob kapljici rujnega, dobri kulinariki in ob veselih zvokih glasbe smo zaplesali in se povesečili tudi pozno v noč.

Sobotna tema je bila namenjena Etiki v medicinski znanosti. V uvodnem predavanju je akad. prof. Trontelj, predsednik SAZU in tudi predsednik Komisije RS za medicinsko etiko, spregovoril o obsežnem polju medicinske znanosti s ključnim vprašanjem, ali je vse, kar medicina zmore, tudi etično sprejemljivo. In na številna vprašanja podal tudi odgovore na podlagi dolgoletnih izkušenj dela na področju medicinske etike in s karizmo strokovnjaka, ki so mu etične vrednote življenjsko vodilo.

Za izjemno predstavitev na področju etike v znanosti je poskrbel pravnik akad. prof. dr. Joseph Strauß iz Münchna s predavanjem Medicina med znanstvenim napredkom in etiko – ali koliko etike potrebuje medicina, koliko etike prenese medicina?

Poudarek je dal predvsem področju molekularne biologije. Na primerih patentiranja izumov, ki se nanašajo na genomske sekvence DNK in npr. humane zarodne celice, je poskušal postaviti teze, da mora biti etika kompetentno informirana, da mora zavestno prevzemati odgovornost za jutri in pojutrišnjem, če naj medicinska znanost optimalno deluje v korist pacientov. Prof. Strauß je svetovno priznan strokovnjak, zlasti na področju avtorskega prava.

Med nami je bil tudi predsednik Evropske akademije znanosti in umetnosti akad. prof. dr. Feliks Unger iz Salzburga, ki je govoril predvsem o vlogi univerz na področju evropskega zdravstva in medicine, s posebnim poudarkom na etičnih vrednotah. O avtonomiji znanosti je razpravljal prof. dr. Ludvik Toplak, prorektor Univerze Alma Mater Europaea v Salzburgu in ustanovitelj Evropskega središča v Mariboru. »Znanost je danes podvržena številnim pritiskom, zlasti ekonomskim, politično-ideološkim in še drugim interesom. V medicini je zahvaljujoč visoko razviti profesionalni kulturi, kljub turbulencam, uspelo zadržati visoko stopnjo etične odgovornosti, ki pa jo je potrebno trajno potrjevati,« so bile zaključne misli prof. Toplaka.

Področje forenzične medicine in etičnih vrednot na tem področju je bila glavnina razprave prof. dr. Jožeta Balažica, predstojnika Inštituta za sodno medicino v Ljubljani. Poudaril je, da se je zanimanje za človeški biološki material in trupla močno povečalo, in se v delu svojega predavanja dopolnjeval s predavanjem prof. Šlausa. Tudi pri uporabi biološkega materiala

in človeških trupel morajo veljati najvišje etične norme, je bila vodilna misel tudi prof. Balažica.

Sobotno srečanje je zaključil teolog akad. prof. dr. Jože Krašovec z mislimi: »Novi tehnološki in tehnokratski pogoji so svet spremenili v globalno vas: znanstvenike, mislece in teologe vabijo k tesnemu sodelovanju in profesionalni solidarnosti. Vprašanje avtoritete in zaupanja do znanstvenikov in voditeljev je še toliko bolj postalo temeljni etični problem. Javnost od znanstvenih in akademskih voditeljev pričakuje popolno predanost stroki, profesionalno pristojnost in budnost do nosilcev oblasti.«

Vabilu na letošnji simpozij so se odzvali izjemni strokovnjaki različnih področij iz domovine in tujine, kar štejemo za veliko priznanje našemu delu. Da je bila izbrana tema zelo aktualna in tudi družbeno pomembna, nam je potrdila tudi prisotnost akad. prof. dr. Žekša, ki se je udeležil simpozija kot predstavnik kabineta predsednika države.

Najpomembnejše sporočilo letošnjega simpozija je polemični interdisciplinarni pristop pri vzpodbujanju in ohranjanju etičnih vrednot. Etičnih vrednot v medicini se učimo že v študentskih letih, utrjevati in nadgrajevati pa jih je treba vse življenja, da bo stranpoti čim manj. Razprave in zaključki srečanja bodo gotovo v pomoč pravnikom in zdravnikom pri poklicnem delu, zlasti pa še zdravnikom pri presojanju in odločitvah o nadaljšanju življenja neozdravljivo bolnim. Ob simpoziju je izšel zbornik povzetkov, v pripravi pa je monografija izbranih poglavij.

E-naslov: jelkarebersekgorisek@gmail.com

Drugo srečanje DiaMind (Diabetes & Mind)

Jurij Hanžel

Tudi na drugem srečanju DiaMind (Diabetes & Mind) z mednarodno udeležbo, ki je potekalo 4. aprila v Mestnem muzeju v Ljubljani, je bila rečca nit opolnomočenje ljudi s sladkorno boleznijo. V prvem delu so udeleženci sodelovali v dveh izkustvenih delavnicah, v drugem pa prisluhnili trem krajšim predavanjem. Pester nabor tem je pritegnil 100 udeležencev različnih poklicev: od zdravnikov in medicinskih sester, prek psihologov in dietetikov do psihoterapevtov in študentov medicine.

Po pozdravnem nagovoru soorganizatorja srečanja in predsednika društva DRZNI (Društvo za Znanost in Izobraževanje, <http://www.drzni.si/diamind/>) dr. Mihe Kosa smo se udeleženci razdelili v dve skupini, ki sta se izmenoma udeležili dveh izkustvenih delavnic, ki sta ju vodila prof. Bob Anderson in prof. Laurie Ruggiero.

Prof. Bob Anderson je psiholog in profesor medicinskega izobraževanja na Univerzi v Michiganu v ZDA. V svoje delo

z ljudmi, ki imajo sladkorno bolezen tipa 2, je kot prvi uvedel pojem opolnomočenja. V tem kontekstu opolnomočenje pomeni proces, v katerem oseba razvije svojo lastno sposobnost, da postane odgovorna za svoje odločitve (1). Opolnomočena oseba ima dovolj znanja za sprejemanje racionalnih odločitev, dovolj sredstev (v najširšem pomenu besede) za njihovo izvedbo in dovolj izkušenj, da oceni učinkovitost svojih dejanj (1). Svojo bolezen vodi in obvladuje bolnik, zdravstveni delavec pa mu je pri tem le v pomoč. Klasični način vodenja sladkorne bolezni, pri katerem zdravstveni delavec svetuje in odreja, bolnik pa skuša izpolniti navodila, ima lahko namreč ravno nasproten učinek – nejevoljo bolnika in še slabšo urejenost sladkorne bolezni kot prej. Na papirju in v teoriji se zdi opolnomočenje imenitno, pravi izziv pa se skriva v prenosu v prakso. Prve korake k temu smo naredili med izkustveno delavnico, obogateno z igro vlog, ogledom videoposnetkov pogovorov med bolniki in izobraževalci ter razpravo v manjših skupinah. V drugem delu delavnice pa je profesor predstavil patofiziologijo debelosti in kajenja – to

znanje je zelo koristno za razumevanje številnih ovir, s katerimi se v vsakdanji klinični praksi spopada vsakdo, ki ima opravka s tovrstnimi bolniki.

Prof. Laurie Ruggiero je strokovnjakinja s področja javnega zdravja, ki predava na Univerzi Illinois v Čikagu. Med izkustveno delavnico je prek razprave in nazornih ponazoritev primerov prikazala uporabo transteoretičnega modela (stopenjske spremembe vedenja) pri ljudeh s sladkorno boleznijo. Model sloni na spoznanju, da so ljudje različno motivirani za spremembo svojega vedenja. Učne metode za doseganje sprememb v vedenju pa morajo biti prilagojene stopnji motivacije. Ločimo pet stopenj v procesu spreminjanja vedenja. Prva je prekontemplacija – na tej stopnji oseba nima namena spremeniti svojega vedenja v naslednjih šestih mesecih. Sledi faza kontemplacije, v kateri ima oseba namen spremeniti svoje vedenje v prihajajočih šestih mesecih, vendar ne prej kot v 30 dneh. Naslednja je faza priprave, v kateri ima oseba namen svoje vedenje spremeniti v prihajajočih 30 dneh in ima za to izdelan načrt, ki ga je že začela uresničevati. Četrta faza je faza delovanja, ko je oseba v zadnjih šestih mesecih dosegla spremembo vedenja, zadnja pa je faza vzdrževanja, v kateri oseba že šest mesecev ali dlje vzdržuje doseženo spremembo vedenja. Ko pri nekom ugotovimo, na kateri stopnji je, to ni etiketa, ampak kačipot, ki nas usmerja, kako pristopiti k tej osebi, da bi dosegla spremembo vedenja, ki bi bila prava prav zanjo (2).

Po odmoru je sledilo predavanje soorganizatorke srečanja, diabetologinje dr. Karin Kanc. Prvi del naslova predavanja »Facing a «difficult patient« – a mindfulness-based approach« (Soočanje s »težavnim bolnikom« – s čuječnostjo podprt pristop) je dajal vtis, da bo predavateljica postregla z nasveti, kako kljub »težavnemu značaju« bolnika doseči, da ta spremeni svoje vedenje. Toda prvi vtis je bil varljiv – predavanje je ponazorilo, kako naj si zdravstveni delavec pomaga po srečanju s takšnim bolnikom, ki je lahko povzročilo kopičenje negativnih čustev. Ob pomoči



Jette Ostan Vejrup in Karin Kanc v igri vlog zdravnice in terapevtke (foto: Borut Likar).

igralko Jette Ostan Vejrup v vlogi zdravnice po srečanju z bolnico, ki ni upoštevala njenih navodil in jo je zato vznemirila, je v vlogi psihoterapevtke ponazorila, kako uporabiti čuječnost za obvladovanje stresa. Biti čuječen pomeni namensko usmeriti pozornost izključno na sedanji trenutek, sprejemati dogajanje, pa čeprav je neprijetno, in se obenem izogibati presojanju. Z rednim uporabljanjem čuječnosti naj bi človek razvil sposobnost, da se v danih okoliščinah odločimo, kaj bomo storili, ne pa da se odzovemo impulzivno ali avtomatično. Čuječnost pomaga spremeniti miselne vzorce in tako lahko pripomore tudi k sproščanju, predvsem pa pomaga pri zavedanju in s tem obvladovanju čustvenih in miselnih odzivov posameznika.

Prof. Ruggiero je v svojem predavanju predstavila izvirne pristope k ljudem s sladkorno boleznijo. Opisala je model t.i. Community health workers ali laičnih vrstniških izobraževalcev, ki so ga v Čikagu preizkusili v praksi (3). Z vključevanjem vrstniških izobraževalcev v izobraževanje o sladkorni bolezni so uspeli doseči več ljudi, ki se sicer na pogovore o različnih vidikih sladkorne bolezni ne bi odzvali. Ugotavljajo tudi, da je tak pristop med ljudmi zelo priljubljen, učinkovit ter ne nazadnje finančno zelo ugoden.

Prof. Arie Nouwen, ki ima kot klinični psiholog veliko izkušenj s kognitivno-vedenjsko terapijo, je predstavil nekaj pristopov tovrstne terapije za ljudi s sladkorno boleznijo. Poudaril je pomen mišljenja, ki vpliva na naše čustvovanje, kar je temeljna podmena kognitivnega modela. Opozoril je na negativne avtomatske misli – misli z negativno vsebino, ki privrejo na dan avtomatično, oseba pa jih pogosto sprejme kot resnico brez razmisleka ali ovrednotenja. Ponazoril jih je s primeri, aktualnimi za ljudi s sladkorno boleznijo: razmišljanje »vse ali nič« (»Če ne morem brezhibno voditi sladkorne bolezni, se sploh nima smisla truditi.«), pretirano posploševanje (potem ko se prek praznikov ni držal diete: »Ničesar nikoli ne naredim prav, vedno bom debel.«), filtriranje (»Zdravnik je rekel, da je bila večina meritev sladkorja v redu, vendar vem, da jih je bilo nekaj previsokih; gotovo misli, da sem brezupen primer.«), izničevanje pozitivnega (potem ko je izgubil 3 kg: »Shujšal sem samo zato, ker sem bil bolan, gotovo bom vso težo spet pridobil nazaj.«), sklepanje iz čustev (»Počutim se krivega, torej sem gotovo nekaj naredil narobe.«), branje misli in »prerokovanje« (oseba se počuti žalostno in osamljeno: »Moja žena me nima več za pravega moškega, odkar imam to bolezen.«) in katastrofiziranje (»Naredil bom kakšno napako in vsi se mi bodo posmehovali.«). Prepoznavanje in modifikacija negativnih avtomatskih misli pogosto pripelje do izboljšanja čustvenega doživljanja. Prof. Nouwen je že obljubil, da bo na 3. DiaMindu, ki je načrtovan za april 2014, vodil izkustveno delavnico o kognitivno-vedenjski terapiji pri ljudeh s sladkorno boleznijo.

Kot študentu medicine mi je srečanje dalo priložnost, da natančneje spoznam in tudi preizkusim nekatere tehnike, ki smo jih s teoretičnega vidika omenili pri

pouku psihiatrije in sporazumevanja. Upam, da bodo prihodnja srečanja nudila podobno uporabne vsebine in še več priložnosti za praktični preizkus le-teh.

Literatura:

1. Anderson B., Funnell MM. The Art of Empowerment. Alexandria: American Diabetes Association, 2005.

2. Ruggiero L. Helping people with diabetes change behaviour. *Diabetes Spectrum* 2000; 13: 125–132.
3. Al Nawas D., Kanc K. Vrstniški izobraževalci za sladkorno bolezen in prostovoljci – širitelji. *Isis* 2013; 22 (5): 76–78.

E-naslov: jurij.banzel@gmail.com

15. Simpozij zobnih bolezni in endodontije na Bledu

Maja Gluvič

Sekcija za zobne bolezni in endodontijo je 12. in 13. aprila 2013 v Festivalni dvorani na Bledu organizirala že 15. Simpozij zobnih bolezni in endodontije. Program predavanj dvodnevne simpozija je podal sodobne načine zdravljenja zob s področja zobnih bolezni, kariologije in endodontije. Predstavljene so bile aktualne teme iz konzervativnega zobozdravstva, kariologije ter endodontije, namenjene obogatitvi strokovnega znanja ter ponovitvi nekaterih postopkov, ki se uporabljajo pri vsakodnevem kliničnem delu. Na simpozij so bili vabljeni tudi tuji predavatelji, udeležilo pa se ga je več kot 400 udeležencev.

V petek, 12. aprila 2013, se je po prihodu in registraciji udeležencev simpozij uradno začel s pozdravnimi besedami predsednice sekcije za zobne bolezni in endodontijo prof. dr. Janje Jan. Po že ustaljeni navadi je potekala podelitev Brenčič-Logarjeve nagrade za najboljšo/-ega študentko/-ta dentalne medicine preteklega leta, katero je letos prejela Natalija Škrlep.

Prvi sklop predavanj je obsegal teme s področja kariologije. L. Gregorc in N. Kutin sta nam predstavili oceno tveganja za karies in zobne erozije pri pacientih z gastroezofagealno refluksno boleznijo (GERB). Rezultati raziskave, ki je potekala na Centru za zobne bolezni v sodelovanju s KO za gastroenterologijo UKC Ljubljana, so pokazali soodvisnost med prisotnostjo erozij in časom gastroezofagealnega refluksa. Pomembno je hkratio zdravljenje tako GERB-a kot tudi okvar na zobeh ter interdisciplinarno sodelovanje obeh strok.

V naslednjem predavanju nam je prof. V. Vrbič podal epidemiologijo zobnega kariesa v Sloveniji v obdobju od 1987 do 2013. Od začetka preiskave v letu 1987 je vrednost KEP-a (karies, ekstrakcije, plombe) padla z začetne 5,1 na 1,66 v letu 2008, nato pa začela ponovno naraščati in v letu 2013 znaša 1,89. Rezultati kažejo, da se je povprečno število zalitih zob zmanjšalo ter da se stanje zobnega zdravja pri mladini slabša.

Sledila je predstavitev mednarodnega kazalnika za detekcijo in ovrednotenje karioznih lezij (*angl. International Caries Detection and Assessment System – ICDAS*). V predavanju nam je prof. J. Jan lepo predstavila nastanek in napredovanje karioznega procesa. Nova spoznanja so vodila k razvoju kazalnika ICDAS,

ki loči šest stopenj lezije glede na njen obseg in globino na posamezni zobni površini. Kazalnik ICDAS uporabljamo v klinični praksi in pri raziskavah, z njim pridobimo podatke, ki nam pomagajo postaviti diagnozo in prognozo, ter omogoča celostno obravnavo kariesa pri posameznem pacientu. Kazalnik ICDAS je že vključen v evropski učni načrt kariologije in dodiplomski program Medicinske fakultete v Ljubljani.

T. Samec nam je v svojem predavanju predstavil možnosti konzervativne obravnave bolnika z zobno erozijo. Predstavljeni so bili vzroki in razsežnost pojava zobne erozije, diagnostične metode, preventivni ukrepi in možnosti konzervativnega zdravljenja zobne erozije. Predstavljen je bil tudi preprost kazalnik BEWE (Basic Erosive Wear Examination), ki se priporoča za prepoznavo obsega zobne erozije. Lepo je bil predstavljen primer oskrbe pacienta z zobno erozijo v transkaninem sektorju z izdelavo navoska in pripravo silikonskega predložka.

Sledilo je predavanje iz anatomije, in sicer nam je I. Štamfelj podrobno predstavil zgornji stalni kočnik z nadštevilno korenino, njegove anatomske posebnosti in primere endodontskega zdravljenja. Nadštevilne korenine zgornjih stalnih kočnikov imajo tako klinični kot bolezenski pomen, saj olajšujejo razvoj in napredovanje paradontalne bolezni, otežujejo endodontsko zdravljenje, pa tudi ekstrakcija takega zoba je pogosto otežena.

Naslednje je bilo predavanje doc. A. Fidlerja o podlaganju amalgamskih in adhezivnih plomb. Predstavljeni so bili različni materiali in njihove glavne značilnosti ter klinični postopki podlaganja plomb. Poudarjen je bil pomen dentina, ki najbolje (za)ščiti pulpo. Na koncu so bila podana klinična priporočila, in sicer, da je treba ohraniti čim več dentina, da se za podlaganje uporabljajo materiali, ki se vežejo na dentin in s tem zaprejo dentinske tubule ter zaščitijo pulpo pred vdorom bakterij. Pri globokih kavitetah uporabljamo materiale s kalcijevim hidroksidom, ki jih nanašamo v tanki plasti in jih vedno prekrijemo z manj topnim materialom, ki zagotavlja dobro zaporo dentina.

Sledila so predavanja tujih predavateljev. V prvem nam je M. Lenhard predstavil tehniko izdelave direktnega inleja oz. onleja s t.i. bulk-fill materialom. Prednosti in slabosti te tehnike so bile

predstavljene ob različnih kliničnih primerih. Izpostavljeno je bilo, da so t.i. bulk-fill materiali dostopni samo v nekaterih barvnih odtenkih in se dograditve zob večkrat ne ujemajo z naravno barvo zoba. V naslednjem predavanju nam je D. Pasqualini predstavil minimalno invazivni pristop v sodobni endodontiji ter nov sistem za strojno širjenje kanalov, to je Protaper Next, ki je naslednik sistema Protaper Universal. Njegove prednosti so, da prinaša izboljšano varnost ter skrajša čas oblikovanja koreninskega kanala. Izdelan je iz novega Ni-Ti materiala (M-WIRE). Predstavljena so bila tudi navodila za klinično uporabo sistema Protaper Next.

R. van Duinen nam je predstavil rezultate svojega kliničnega dela s plombami iz SIC v transkaninem sektorju. Poudaril je, da so plombe iz amalgama in kompozita toksične za naš organizem. Plombe, narejene iz SIC, pa so biokompatibilne in biomimetične. Predstavil je novo tehniko izdelave plomb iz SIC s pomočjo LED polimerizacijske lučke, s katero material pridobi trdnost in je tako primeren za uporabo v transkaninem sektorju. Udeležencem simpozija je podal zavajajoče mnenje o uporabi sredstev za zalivanje fisur na osnovi kompozitov ter vsebnosti BPA v omenjenih sredstvih in njegovem škodljivem učinku pri otrocih.

Zadnje predavanje prvega dne je pripadlo vabljenemu predavatelju dr. G. Debelianu, ki je avtor treh poglavij v knjigah o endodontiji. Napisal je več kot 50 raziskovalnih in kliničnih člankov. Njegovo izvrstno predavanje je bilo osredotočeno na kontrolo infekcije koreninskega kanala ter mehanične instrumentacije le-tega. Poudaril je pomen ponovnega endodontskega zdravljenja in uporabo različnih raztopin za spiranje kanov ter njihovo antimikrobno delovanje. Predstavil je tudi rezultate uspešnosti endodontskega zdravljenja v svoji zasebni praksi. Prikazal je analizo velikosti in morfologijo apikalne odprtine ter podal, da je treba apikalno odprtino instrumentirati do velikosti #35/#40. S svojim predavanjem je navdušil polno dvorano udeležencev, tako da je po predavanju potekala dinamična razprava o aktualnih vprašanih s področja sodobne endodontije.

Drugi dan simpozija je bil dopoldanski sklop predavanj namenjen konzervativnemu zobozdravstvu. V uvodnem predavanju je bila predstavljena dezinfekcija kavitete pred izdelavo plombe. Predstavila sem sredstva za dezinfekcijo kavitete ter njihova klinična navodila za uporabo. Pred izdelavo plombe se priporoča dezinfekcija kavitete zaradi zmanjšanja števila preostalih bakterij ter manjšega tveganja za zaplete po izdelavi plombe.

B. Simončič je predaval o aproksimalni stopnici in medzobni papili. Najpogosteje nam obliko gingivalne stopnice narekuje karies, nanjo pa vpliva tudi izbira materiala. Izbira plombirnega materiala ne vpliva na stanje medzobne papile. Odločilno vlogo pri stanju medzobne papile ima natančna obdelava materiala in prilagoditev anatomskega značilnostim posameznega zoba v medzobnem prostoru.

Sledilo je za naše vsakdanje klinično delo zanimivo predavanje o popravilu ali menjavi plomb. T. Hitij je prikazal različne postopke in materiale za popravilo plomb. Odločitev, zamenjati ali popraviti plombo, je skupna odločitev zobozdravnika in

pacienta. Zobozdravnik je dolžan pojasniti pacientu prednosti in slabosti obeh možnosti.

Vedno aktualno temo o uporabi dentalnih amalgamov nam je podal prof. M. Rode. Predstavil nam je delo različnih svetov in komisij v Sloveniji in v Evropski uniji, ki preučujejo varnost dela z amalgamom v zobozdravstvu. Amalgam je varen material in poudarja se pomen dobre klinične prakse. Nadaljnja odločitev o opustitvi ali uporabi dentalnih amalgamov v državah EU bo znana v letu 2013.

V drugem sklopu so bila predavanja namenjena aktualnim temam s področja endodontije. V prvem predavanju je I. Križnar lepo predstavil klinične vidike oskrbe endodontsko zdravljenih zob. Za dolgoročno preživetje zoba je po uspešnem endodontskem zdravljenju potrebno zagotoviti ustrezno oskrbo zobne krone, ki temelji na ohranitvi čim več kronskega in koreninskega dentina. Prikazani so bili različni vidiki in klinični postopki konzervativne ali protetične oskrbe zoba po endodontskem zdravljenju, njihove indikacije ter rezultati kliničnih raziskav.

Sledilo je predavanje N. Jevnikar o diagnostičnih izzivih v endodontiji. Pri diagnostiki endodontskega zdravljenja nam je ob klasičnih rentgenskih posnetkih v zadnjem času v veliko pomoč računalniška tomografija s stožčastim snopom (CBCT). Prikazani so bili klinični primeri, pri katerih je le CBCT pokazal vzroke za predhodno neuspešno endodontsko zdravljenje, ki jih na običajnih rentgenskih posnetkih ne vidimo.

Prof. K. Cankar nam je z vidika endodonta predstavila dilemo – endodontsko zdravljenje ali zobni vsadek. Smiselno je najprej opraviti ponovno endodontsko zdravljenje, če to ni uspešno ali izvedljivo, se odločimo za kirurški poseg. Kadar je prognoza zoba slaba zaradi protetičnih ali paradontoloških vzrokov, se odločimo za ekstrakcijo zoba in vstavev zobnega vsadka.

V naslednjem predavanju nam je M. Grošelj zanimivo in poučno predstavila endodontsko zdravljenje zob z obliteratedo pulpino votlino. Preparacija obliteratedo kanalov je težka in časovno zamudna. Potrebno je dobro poznavanje anatomije, pomembne so izkušnje, potrpežljivost in odločitev, kdaj in v katerih kliničnih primerih končati preparacijo, kajti velikokrat je zdravljenje obliteratedo kanalov uspešno tudi, kadar niso obdelani do apikalne odprtine, upoštevana pa so vsa druga načela endodontskega zdravljenja.

Vedno aktualno vprašanje o ponovnem endodontskem zdravljenju, njegovih indikacijah in možnostih nam je predstavila L. Nemeth. Indikacije zanj so prisotnost kliničnih znakov, nastanek ali povečanje periapikalne radiolucence ter neustrezna polnitev pred nadaljnjo konzervativno ali protetično oskrbo. Predhodno endodontsko zdravljen zob lahko obravnavamo konzervativno ali kirurško, na odločitev pa vpliva več dejavnikov. Klinične raziskave dolgoročno niso pokazale razlik med uspešnostjo obeh metod zdravljenja.

Sledilo je predavanje R. Juriča o akutni eksercerbaciji med endodontskim zdravljenjem, ki je redek zaplet in ga ob začetku zdravljenja ni mogoče zanesljivo predvideti. Pomembno je, da bolnika opozorimo na manj ugoden potek zdravljenja ter na znake in simptome, ki zahtevajo ponovni obisk v ambulanti. Ob pojavu akutne eksercerbacije je ključnega pomena diagnostični postopek, s katerim izključimo neendodontske vzroke. Nadaljnje zdravljenje je odvisno od jakosti bolečine in obsežnosti vnetja. Potrebno je biti v stiku z bolnikom, da se prepričamo o umiritvi simptomov in znakov akutne eksercerbacije.

Zadnje predavanje je bilo namenjeno endodontskemu zdravljenju zgornjih sekalcev. I. Potočnik nam je predstavil pogoste napake pri izdelavi dostopne kavitete. Sledil je pregled anatomskih značilnosti korenin in njihov vpliv na uspešnost zdravljenja in nastanek zapletov. Prikazana je bila tudi notranja resorpcija korenine, ki je pri zgornjih sekalcih pogostejša kot pri drugih zobeh. Endodontsko zdravljenje korenine z notranjo resorpcijo je zahtevno, a z uporabo sodobne tehnologije uspešno, kar nam je bilo prikazano na kliničnih primerih.

Ob zaključku srečanja se je razvila zanimiva razprava med udeleženci srečanja in predavatelji. Ob srečanju je bil izdan zbornik s preglednimi prispevki predavateljev, ki so ga prejeli vsi udeleženci. Prav tako so vsi udeleženci prejeli delovno različico endodonto stripa, ki je namenjen pacientom in na humoren način prikazuje pomen in potek endodontskega zdravljenja zoba.

Vsem organizatorjem velja priznanje za organizacijo in izvedbo strokovno intenzivnega in zanimivega srečanja.

Sredi devetdesetih let prejšnjega stoletja je bila izpostavljena bojazen o varnosti uporabe kompozitnih materialov za zalivanje fisur. Postavljena je bila hipoteza o izpiranju bisfenola-A in bisfenola-A dimetakrilata iz kompozitnih materialov za zalivanje fisur in posledičnem estrogenskem učinku. Vendar sta leta 1999 Soderhom in Mariotti dokazala, da je kratkoročno tveganje za morebitne estrogenske učinke pri zalivanju s kompoziti nepomembno. Leto dni kasneje so Fung in sodelavci objavili rezultate njihove raziskave: bisfenola-A, ki se morda sprosti v ustni votlini iz kompozitov, namenjenih zalivanju zob, ni moč zaznati v sistemskem obtoku. Zato zaključujejo, da se ne absorbira. Tudi pregledni članek avtorjev Kloukos in sodelavci iz leta 2013 ugotavlja, da nekatere raziskave poročajo o prisotnosti bisfenola-A v slini, predvsem v prvi uri po aplikaciji kompozitnega materiala za zalivanje fisur, nobena pa ni potrdila prisotnosti bisfenola-A v vzorcih krvi preiskovancev.

Doc. dr. Alenka Pavlič, dr. dent. med., Katedra za otroško in preventivno zobozdravstvo, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Hrvatski trg 6, 1000 Ljubljana

E-naslov: gluvicmaja@yahoo.com

Sestanek Sveta EBCOG

Izmenjava specializantov v okviru ENTOG – Bratislava, maj 2013, in EUROPERISTAT

Živa Novak Antolič

Predsednica EBCOG (*European Board and College of Obstetrics and Gynecology*) Chiara Benedetto je naredila ogromno, da je EBCOG, ki združuje nacionalna združenja porodničarjev in ginekologov iz 33 držav, prepoznaven v Evropi in svetu. Vztrajno tke povezave z združenji na področju porodništva in ginekologije in tudi z drugimi področji medicine. Zelo veliko organizacij in združenj si želi sodelovati z EBCOG, kar kaže, da se mu prepoznavnost vztrajno veča. Glede na to, da je predsednica svetovne organizacije FIGO (Mednarodna federacija porodničarjev in ginekologov) tudi ženska, bo sodelovanje zanesljivo zelo uspešno.

V Glasgowu, kjer bo od 7. do 10. maja 2014 23. kongres EBCOG, bodo organizacije nastopile skupaj. Rok za oddajo izvlečkov za kongres je 15. november 2013, za zgodnjo prijavo pa 1. februar 2013. Poudarek, kot je na kongresih EBCOG uveljavljeno že od Torina 2006, bo na praktičnem usposabljanju v 12 različnih HOT (*hands on topics*) in 10 različnih tečajih s področja porodništva in ginekologije. Zelo zanimiva novost bo simulacijski otok sredi razstavljalcev. V kotizacijo bodo vključene

tri delavnice/tečaji po izbiri. Ker bo mesto na delavnici/tečaju dobil tisti, ki se bo hitreje prijavil, se izplača pohiteti. Organizacija štiri subspecializacij na področju porodništva in ginekologije pa tako že dolgo zgledno sodelujejo in imajo volilno pravico v EBCOG. **Od 16. do 19. oktobra bo v Berlinu 22. kongres ESGE** (*European Society of Gastrointestinal Endoscopy*).

V EBCOG imamo posebnega predstavnika za povezavo z Evropskim parlamentom in Evropsko komisijo: na seji Sveta EBCOG, ki je bila 11. maja 2013 v Bratislavi, je kar malo potarnal o teži naloge, ki jo je dobil. Zanimivo je poudaril, da samo osebni stiki kaj pomenijo in dosežejo (ena nič zame, na delavnicah TTT učim ravno to!). Politika hoče specifične podatke za pogovor; glede na to, da **bo 27. maja izšlo drugo poročilo EUROPERISTAT** (podatki 26 držav EU ter Islandije, Norveške in Švice) na področju zdravja žensk in otrok, bo pogovor res lahko zelo usmerjen. Na leto v Evropi rojeva več kot 5,25 milijona žensk in se rodi še več otrok. V Sloveniji smo zelo dobri, kar zadeva neonatalno umrljivost (le Islandija,

ki ni v EU, ima nižjo). Ob prvem poročilu EUROPERISTAT, ki je izšlo leta 2010 s podatki za leto 2004, smo bili v Sloveniji ponosni tudi, da imamo najnižji odstotek carskih rezov – seveda ob primerljivih drugih rezultatih. To prvo mesto smo izgubili. Na področju maternalne umrljivosti pa je številka zaskrbljujoča. V 29 državah je povprečje 6,2/100.000 živorojenih. V Sloveniji je maternalna umrljivost 14,6/100.000 živorojenih.

Vse se spreminja: na sejah ne dobimo več vode v plastenkah, pač pa v steklenicah; podatki o toksičnosti plastike in o vseh pridobitvah modernega časa hitro prodirajo v svetovljansko Bratislavo. WiFi je v hotelu in restavraciji brezplačen (isti dan sem videla poročila s podatki o anketi. Hoteli, kjer ena nočitev stane tudi več kot 1000 evrov, posebej zaračunajo še 20 evrov za WiFi! Bi sploh smeli reči »tehnologijo narodu?«).

Dr. Tahir Mahmood, ki bo naslednji predsednik EBCOG (*pre-sident elect*), je zelo modro pregledal vse obstoječe dokumente EBCOG in se odločil, da bo naredil red. Posledično bomo morali narediti red tudi v Sloveniji, saj nimamo krovne organizacije, katere predstavnik bi sedel v Svetu EBCOG. Na sestankih Sveta EBCOG sem kot vodja delovne skupine za delavnice **Učenje učiteljev po Evropi (training the trainers, TTT)**. Do sedaj je bilo 49 delavnic v več državah (v Turčiji, 34 v Sloveniji, na Portugalskem, Nemčiji, 6 v Litvi, 6 v Italiji, Grčiji), načrtujemo pa delavnico v Ukrajini (kjer je 46 milijonov ljudi in 12.000 ginekologov) ter seveda še več delavnic v Sloveniji.

Na seji Sveta EBCOG sem predstavila tako imenovani opomnik (*checklist*) za izvedbo delavnic. Kot sem se naučila v delavnicah razmišljanja, dr. Edward de Bono vedno poudarja: misli na vse! (*Consider all factors, CAF*). Pri organizaciji TTT je kar veliko dela, preden se vodje lahko z užitkom predamo delu z zelo aktivnimi udeleženci. Mislimo na to, da se bodo udeleženci zanesljivo pojavili (vsak naj ima vnaprej izbrano zamenjavo), da so iz čim bolj različnih oddelkov, da je datum določen zelo vnaprej, saj morajo uskladiti vse obveznosti. Možnosti za velikost delavnic so različne: ali osem udeležencev in en vodja, ali več udeležencev in več vodij. V Litvi sem imela aprila štiri dvodnevne in eno enodnevno delavnico eno za drugo. Bila je huda in dobra izkušnja. Poleg tega urejamo tudi ustrezno lokacijo, opremo, hrano in kavo in potrdila. Zdravniška zbornica Slovenije za TTT prizna 7 kreditnih točk. Za TTT v EU je prav tako mogoče dobiti kreditne točke od UEMS.

Seveda so pomembne finance; znanje je dragoceno, ne drago – to miselnost sprejemamo. Znanje je nekaj, česar ti nihče ne more odvzeti. Prepričanje, da bi morali predajati znanje zastoj, ne sodi v današnji čas: ali pa mogoče menite, naj z luknjami v podplatih, potem ko sem se na mesto delavnice pripeljala z avtobusom, zastoj in entuziastično predajam znanje ljudem v Armanijevih oblekah, z roleksi na rokah, ki so se pripeljali s ferariji? Se dogaja.

Opomnik bo v veliko pomoč. Organizacija, preden se delavnica začne, dejansko pobere ogromno časa in živcev. To je šlo, s težavo in z veliko dela zame, dokler je bilo delavnic malo. Sedaj

želje kar dežujejo in za organizacijo je bolje, da se z njo ukvarjajo lokalni organizatorji po jasnih navodilih.

Upam, da bo krovna organizacija porodničarjev in ginekologov, ki je v Sloveniji nimamo, redno plačevala članarino EBCOG – ko sedaj na zaslonu pokažejo neplačnico Slovenijo, gledam v tla. Generalni sekretar EBCOG je z neobstojem krovne organizacije seznanjen in bo sprejel potrebne ukrepe. Tem bolj, ker mu bo pomagal zakladnik EBCOG; ta bo brez dvoma izterjal članarino od organizacije, ki si je vzela pravico zbirati denar od kotizacij na kongresu za vsa številna društva, organizacije in združenja na področju porodništva in ginekologije v Sloveniji, ki bodo na kongresu predstavila svoje delo. Vsekakor bo po kongresu zaslužen denar od kotizacij in sponzorjev pravično razdeljen med društva, organizacije in združenja, mar ne? Saj se tudi na evropski ravni pogovarjamo predvsem o denarju: kje ga dobiti, kako ga zaslužiti, kako ga porabiti in kako se izogniti tistim, ki nas hočejo opehariti!

Posebna značilnost bodočega predsednika EBCOG je, da se zelo učinkovito povezuje s politiko. V ta namen je tudi zelo aktiven pri oblikovanju Standardov obravnave na področju porodništva in ginekologije. Standardi obravnave za porodništvo so bili tiskani v lanskem zborniku Novakovih dni; sicer pa bodo dostopni zelo kmalu na spletni strani www.ebcog.org.

Dr. Mahmooda je posebej pohvalil predsednik RCOG (*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*) dr. Anthony Falconer z besedami: »Lepo, da si si postavil zrcalo predse in ga vprašal zrcalce, zrcalce na steni povej...«. Dober nasvet tudi za nas! Tako samorefleksijo doc. dr. Maja Rus Makovec že dolgo uči v okviru naših nadaljevalnih TTT2, pa delavnic DESA za učitelje tutorje, pa delavnic DALACARTE za oddelke. Priporočam tudi širše in na višjih ravneh.

Dr. Anthony Falconer je bil hud na vse nas, da pri govorjenju o specializacijah pozabljamo omeniti **pacientke**, ki so center vsega; pokaral nas je tudi, da ne mislimo na **javno zdravje**. Zaskrbljen je nad nesorazmerno povečano težo subspecializacij na račun osnovne specializacije. Posebej je poudaril, da moramo več razmišljati o **profesionalizmu**. Si lahko predstavljate, v kakšen užitek mi je bilo reči predsedniku RCOG, da smo na Medicinsko fakulteto Univerze v Ljubljani že začeli uvajati predmet profesionalizem! Prof. dr. Wolfgang Umek z Dunaja bo 6. decembra organiziral srečanje o profesionalizmu na njihovi univerzi in me je povabil predavati. Tudi nova članica Izvršnega odbora EBCOG, dr. Angélique Goverde, ki je v SCTA (*Standing Committee for Training and Assessment*) odgovorna za spremembo programa osnovne specializacije porodništva in ginekologije, je poudarila izjemen pomen generičnih kompetenc. Te so poleg strokovne kompetence na področju medicine sposobnosti komunikacije, sprejemanja odločitev skupaj s pacienti (*shared decision making*), vodenja, organizacije in varnosti pacientov, cenovne učinkovitosti in kakovosti ter odgovornosti. S profesorjem ginekologije in izobraževanja, Feddejem Scheelejem, sta napisala strategijo glede spremembe programa specializacije – zelo uporabna bi bila tudi za Slovensko zdravniško

društvo, ki se je lotilo enakega posla. Časi se spreminjajo. Zahtevajo spremembe vsebin. Kako modri smo pri nas, da smo take in podobne vsebine že začeli učiti v okviru TTT in drugih delavnic!

Drugi novi član Izvršnega odbora EBCOG, dr. Rudi Campo, sicer predsednik ESGE, je ogromno naredil na področju simulacijskega učenja psihomotoričnih veščin pred začetkom endoskopskega operiranja. Naj ponovim, da smo v okviru Komisije za podiplomsko usposabljanje in nato Sveta za izobraževanje ZZS že sprejeli pravilo, da brez opravljenega tečaja na simulatorju specializant ne more začeti endoskopsko operirati pacientov.

Prof. Klaus Vetter, predsednik SCTA, je povedal nekaj misli o sedanji generaciji y. Med drugim je omenil, da običajno delajo več stvari naenkrat in da imajo težave soočiti se s težavami drugih ljudi. Zanimive so raziskave, ki so pokazale, da empatija študentov medicine v času študija upada! Sama nisem preučevala značilnosti generacij x, y in z. Če drži zgoraj navedeno, je za

generacijo y Edward de Bono kot naročen, saj nas uči osredotočanja na stvar, ki jo želimo narediti. V nadaljevalnih TTT2 pa bi bilo zanje posebno dragoceno poglavje o empatiji, ki se je da do neke mere naučiti, o vzornikih in o profesionalizmu. Ste vedeli, da je glavni vzrok neprofesionalnega obnašanja neprofesionalno obnašanje učiteljev?

Tudi v ENTOG (*European Network of Trainees of Obstetrics and Gynecology*) je prišlo do zamenjav; prejšnja predsednica, dr. Karen Rose, je doživela stoječe ploskanje Sveta EBCOG. Nova predsednica je dr. Maud van de Venne iz Velike Britanije. ENTOG se je pridružila 30. država, Ukrajina. Izmenjave na Slovaškem so se udeležili štirje specializanti porodništva in ginekologije, člani SATOG, slovenskega združenja specializantov porodništva in ginekologije – brez dvoma bodo svoje vtise delili z drugimi.

E-naslov: ziva.novak@guest.arnes.si

Spoštovane bralke, spoštovani bralci!

V drugi, spomladanski številki 52. letnika revije Medicinski razgledi smo za vas pripravili izbor naslednjih člankov:

- Preizkušanje občutljivosti za toploto in hlad kot dodatna preiskava v presejalnem testu za diabetično nogo – *Vilma Urbančič - Rovan, Aleš Pražnikar, Mira Slak, Melita Hohnjec*
- Ocena pookluzivne reaktivne hiperemije pri bolnikih s hipotirozo – *Maša Gergar, Ana Mihor, Simona Gaberšček, Helena Lenasi*
- Anatomija štirih jetrnih sistemov in delitev jeter na funkcionalne enote – *Raja Gošnak Dahmane, Marija Hribernik*
- Kognitivne sposobnosti po ishemični možganski kapi – *Marjan Zaletel, Simon Brezovar, Luka Valčič*
- Diferencialna diagnoza bolečine v križu pri otrocih in mladostnikih – *Gregor Rečnik*
- Molekularnogenetska identifikacija skeletnih ostankov – *Irena Zupanič Pajnič*
- Sladkorna bolezen tipa 1 in zdravljenje z inzulinsko črpalko v otroštvu in mladostniških letih – *Nataša Bratina, Tadej Battelino*

- Chediak-Higashi sindrom – *Simona Perčič, Alojz Ihan*
- Histaminski receptor H3 – od gena do terapevtske tarče – *Lovro Žiberna, Damijana Mojca Jurič*
- Zdravstvo proti nalezljivim boleznim skozi čas – *Zvonka Zupanič Slavec, Ksenija Slavec*

Želimo vam prijetno in poučno branje!

Medicinski razgledi so recenzirana strokovna revija z 52-letno tradicijo, ki izhaja štirikrat letno. V reviji so objavljeni raziskovalni in strokovni članki ter klinični primeri iz prakse. Mnogo člankov iz preteklih letnikov revije ponujamo tudi brezplačno na naši spletni strani **www.medrazgl.si**

Za naročnike znaša cena za štiri številke letno **20 EUR**. Študenti dodajte še veljavno potrdilo o vpisu, saj boste tako revijo lahko prejeli po subvencionirani ceni **10 EUR**. Za naročilo pošljite svoje ime in priimek ter naslov na elektronsko pošto narocniki@medrazgl.si ali po pošti na naslov **Medicinski razgledi, Korytkova ulica 2, 1000 Ljubljana**.

Alenka Kraigher, Alojz Ihan, Tadej Avčin: Cepljenje in cepiva – Dobre prakse varnega cepljenja

Izdali in založili: Sekcija za preventivno medicino SZD, Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe, Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana, 2011. Tisk: Grafika. Naklada: 3000 izvodov. Mehka vezava, 173 strani.

To je prvi slovenski učbenik o cepljenju, ki ga je pripravila skupina strokovnjakov s področja epidemiologije, imunologije, pediatrije, infektologije, javnega zdravja, farmacije in prava.

Cepljenje je najbolj enostaven, varen in učinkovit ukrep za preprečevanje nalezljivih bolezni. Menijo, da spada cepljenje med največje uspehe v zgodovini medicine in hkrati tudi med največja upanja za prihodnost medicine.

Danes lahko s cepljenjem preprečimo številne nalezljive bolezni, tuberkulozo, davico, tetanus, otroško ohromelost, oslovski kašelj, ošpice, mumps, rdečke, norice, hepatitis A in B, gripo, rotavirusne okužbe, klopni meningoencefalitis, tifus, steklino. Meningokokne, pnevmokokne okužbe in okužbe s hemofilusi influence tipa b preprečujemo s polisaharidnimi cepivi. Imunogenost in čas zaščite za meningokokne in pnevmokokne okužbe so močno izboljšala konjugirana cepiva. V letu 2006 smo dobili cepivo proti humanim virusom papiloma. S cepivi lahko preprečujemo še nekatere druge okužbe, ki jih v Sloveniji ni (npr. rumeno mrzlico, japonski encefalitis).

Mikrobiologija je veda, ki izredno hitro napreduje in se neverjetno hitro razvija; znanstveniki po vsem svetu se trudijo, da bi razvili nova cepiva proti nalezljivim boleznim, za katere cepiv še nimamo, da bi izboljšali doslej poznana cepiva in da bi povečali njihovo varnost in učinkovitost.

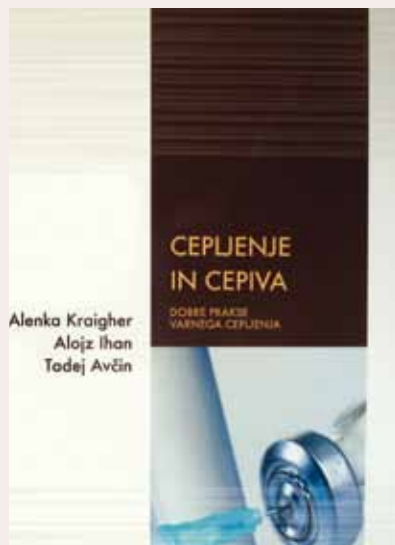
Cepljenje v Sloveniji ureja Zakon o nalezljivih boleznih, ki tudi določa, katera cepljenja so obvezna. V knjigi so navedena navodila, priporočila in uredbe, ki pri nas urejajo področje cepljenja in jih morajo cepitelji ne le poznati, ampak se morajo po njih ravnati. Sorazmerno velik delež cepljenih proti posameznim

boleznim v Sloveniji zagotavlja ugodno stopnjo zaščite pred razširjanjem nalezljivih bolezni in varuje tudi redke necepljene. Alenka Kraigher je opozorila na gibanja, ki so se pri nas pojavila v zadnjem času in ki zaradi različnih razlogov odvrčajo starše od cepljenja ter ponujajo alternativne metode za vzpostavljanje imunosti. Naloga zdravnikov je, da se tem staršem še posebej posvetijo.

Alojz Ihan je razložil, da zasnova cepiv temelji na naravnem pojavu odpornosti po prvi okužbi. Cepiva na nenevaren način posnemajo okužbo in izrabijo naravno zmožnost človeškega imunskega sistema, ki ob vdoru tujka v organizem spodbudi imunske celice, da v tednu ali dveh izdelajo protitelesa, ki uničijo vsiljivce. Nalezljive bolezni, pri katerih so cepiva učinkovita, delujejo tako, da za njimi ljudje zbolijo samo enkrat in potem nikoli več. Proti njim se razvije učinkovit in trajen imunski odziv. Po tednu ali dveh od okužbe se specifične imunske celice (limfociti T in B) v zadostni količini namnožijo v dolgo živeče spominske celice. S svojim delovanjem, tvorbo protiteles in citotoksičnostjo zamejijo bolezen, namnoženi limfociti ostanejo v telesu. Ob vsaki naslednji okužbi z enakim povzročiteljem že razmnoženi spominski limfociti takoj izdelajo zaščitno raven protiteles in preprečijo nastanek bolezni po ponovnih okužbah. Podrobno je opisal imunski odziv po vnosu živih in mrtvih cepiv.

S. Javornik je predstavila cepiva, A. Kraigher in M. Sevljak Jurjevec pa sta podrobno prikazali organizacijo cepljenja. Zelo zanimivo je poglavje »Cepljenje – dobra praksa« avtoric V. Plevnik Vodušek, A. Kraigher, M. Grgič Vitek, ki opisujejo pravilno komuniciranje s starši, omenjajo pregled pred cepljenjem, kontraindikacije za cepljenje, nepravilne kontraindikacije za cepljenje, pripravo cepiv in izbiro mesta cepljenja ter dajanje cepiva. M. Grgič Vitek je navedla posebne okoliščine pri cepljenju. Cepljenje posebnih skupin so obravnavali: L. Bregant cepljenje nedonošenčkov, N. Toplak, T. Vesel, G. Markelj in T. Avčin cepljenje bolnikov s kroničnimi revmatskimi boleznimi in s primarnimi imunskimi pomanjkljivostmi, M. Grgič Vitek in J. Pretnar pa cepljenje bolnikov po presaditvi krvotvornih matičnih celic. V tem poglavju je navedeno preprečevanje tetanusa in virusnega hepatitisa B ob poškodbi z cepljenjem in preprečevanje stekline. Naštete so tudi indikacije za nadzorovano cepljenje v bolnišnici.

Po cepljenju se lahko pojavijo neželeni učinki. Vendar pa V. Učakar in A. Kraigher ugotavljata, da so večinoma blagi in prehodni. Za posameznika je tveganje, da bo dobil okvaro zaradi cepljenja,



bistveno manjše od tveganja, da bo utrpel okvaro zaradi zapletov nalezljive bolezni. Klinične simptome in znake ter zdravljenje sinkope je podrobno opisala M. Horvat, alergične reakcije pa T. Avčin. V. Plevnik Vodušek in V. Učakar sta navedli priporočila za ravnanje ob pojavu neželenih učinkov. M. Čižman in B. Zakotnik sta poudarila, da je pomembno razlikovanje med časovno in vzročno povezanostjo neželenih učinkov s cepljenjem. V. Učakar je opozorila, da je vse neželene učinke, ki so pridruženi cepljenju, potrebno evidentirati in o njih poročati.

M. Sevljak Jurjavec je predstavila vodenje dokumentacija in evidence ter poročanje o cepljenju. S. Javornik je spregovorila o preskrbi s cepivi, A. Kraigher in M. Sevljak Jurjavec pa sta opisali postopek, kadar cepljenje ni izvedeno, in ravnanje v primeru nepričakovanih dogodkov ob cepljenju.

V zadnjem poglavju »Privolitev v cepljenje in pojasnilna dolžnost« je T. Kraigher razložila, da se mora zdravnik oz. cepitelj ob delu s pacienti vedno zavedati, da je vsak posamezen pacient edinstven, ne samo v fizičnem smislu, ampak tudi v osebnostnem. Vsakemu pacientu so priznane človekove pravice, ki jih mora vsakdo spoštovati. Tega dejstva se seveda vsi zdravniki zavedamo. Vendar pa kot infektologinja, ki sem videla otroke, ki so umirali zaradi nalezljivih bolezni, ki jih danes učinkovito preprečujemo s cepljenjem, ne morem razumeti staršev, ki odklanjajo cepljenje svojih otrok.

V zadnjem delu knjige je Alojz Ihan v posebnem dodatku »Cepiva in imunost« natančno, razumljivo in bralcem prijazno

predstavil nekatere temelje imunologije. Razložil je, kaj je imunost, predstavil je celične vrste in podvrste, ki so pomembne za imunski odziv. Opisal je pridobljeno imunost, antigensko specifičnost in imunski spomin, imunoglobuline, njihovo zgradbo in receptorje, nastanek specifičnega imunskega odziva po okužbi ali cepljenju in še številne druge pomembne dejavnike pri nastanku imunskega odziva. Obširno je opisal preobčutljivostne reakcije in pogoste motnje protitelesnega odzivanja.

Knjiga je zelo lepo opremljena, napisana je pregledno, razumljivo in v lepi slovenščini. Besedilo imenitno dopolnjujejo številne tabele in slike.

Uredniki in avtorji so ustvarili veliko in pomembno delo. Šele ob prebiranju knjige sem spoznala, kako so pri nas vsi postopki cepljenja do najmanjše podrobnosti točno določeni, natančno opredeljeni in tudi predpisani. Spoznala sem, koliko strokovnjakov različnih strok sodeluje in mora sodelovati, da poteka cepljenje varno in učinkovito in da se ohrani in izboljša kakovost cepljenja in precepljenost prebivalstva. Knjiga, kakršne do sedaj še nismo imeli, bo temeljni učni pripomoček za študente medicinskih in zdravstvenih šol, bo koristen priročnik za vse, ki izvajajo cepljenje in bo pomemben in dragocen vir informacij za vse, ki jih cepljenje zanima.

Alenka Radšel Medvesček

E-naslov: alenka.medvescek@gmail.com

Sistematična analiza globljih vzrokov napak in njihovo preprečevanje

Napake pri zdravstveni obravnavi pacientov

Kako se izogniti neupravičenemu obtoževanju za napako

Zgodila se je nesreča pri zdravstveni obravnavi pacienta. Nastala je zaradi tega, ker je nekdo nenamerno naredil nekaj (npr. predpisal antibiotik pacientu, ki je nanj alergičen) ali pa je opustil nekaj, česar ne bi smel (npr. ni izvedel indicirane lumbalne punkcije).

Temu pravimo človeška napaka, a jo pri nas napačno enačimo s krivdo posameznika za storjeno ali opuščeno dejanje, ki večinoma nastane zaradi nevpovestljivih sistemov za preprečevanje napak.

Človeške napake so simptom globljih problemov v sistemih in procesih!

Ko pride do analize nesreče (če napake namenoma ne pripišemo zapletu ali jo zamolčimo), se osredotočimo na tistega, ki je napravil aktivno napako. To je »lov na čarovnice« ali »odstranjevanje gnilih jabolk«.

Tak način je za varnost pacientov škodljiv, saj spodbuja skrivanja napak, defenzivno medicino in pripisovanje napak s škodo zapletom zdravstvene obravnave. Živimo v kulturi obtoževanja. Nismo še uspeli vzpostaviti pravične kulture, kjer se vsakdo zaveda, da se napaka lahko zgodi vsakomur in jo lahko vsakdo sporoči pristojnim v zdravstveni ustanovi, ne da bi se bal neupravičenega obtoževanja, jemanja licenc ali kriminalističnega preganjanja. Pravična kultura pa nas ne razreši odgovornosti za lahkomišelnost in/ali ponavljajoče se kršitve in nesprejemljivo profesionalno obnašanje.

Ali poznate koga, ki so mu začasno odvzeli licenco, ker se je zmotil, ali ga obtožili zločinstva?

Ali so vas že kdaj obdolževali, da ste krivi za napako, ker ste bili površni, nepazljivi, raztreseni, utrujeni... Ali ste že kdaj kaj pozabili, kar je pripeljalo do napake? Skoraj zagotovo se vam je to zgodilo, doma ali na delovnem mestu, saj imamo zdravniki in

drugi zdravstveni strokovnjaki enake nepopolne možgane kot vsi drugi ljudje.

Pristop k analizi napak se je na podlagi znanosti o varnosti v zadnjih dveh desetletjih temeljito spremenil. Sloni na sistemskem pristopu, ki omogoča najti globlje vzroke za napake in ugotavlja, zakaj so ljudje v določeni situaciji ravnali tako, kot so, in zakaj je prišlo do napake (npr. zakaj so se zmotili, nekaj pozabili, spregledali, bili površni ...).

Lastne izkušnje avtorja na podlagi sodelovanja pri analizah napak s katastrofalnimi posledicami za pacienta kažejo na to, da v Sloveniji še vedno raje vidimo, da se s prstom pokaže na »krivca« ali obtoži sporočevalca napake. Vodstva so zelo nesrečna, če se odkrijejo sistemski vzroki za napako, saj težko priznavajo, kaj vse je v ustanovi ali na oddelku, ki ga vodijo, narobe in koliko dela jih čaka, da bi vzpostavili sisteme, procese in varovala, da bi se podobne napake v prihodnje preprečile.

Ko boste priročnik prebrali, se boste lahko ubranili neupravičenega obtoževanja, če se vam bo zgodila napaka.

Priročnik bo pomagal tudi vodstvu

- Razumeti napake
- Spoznati, zakaj je osebni model pristopa k reševanju napak škodljiv za paciente, zdravstvene strokovnjake in ustanovo
- Vzpostaviti sistemski model za analizo napak
- Sestaviti večpoklicni tim za analizo napak
- Uporabiti metode in orodja pri analizi napak
- Izogibati se neupravičenega obtoževanja posameznikov za človeške napake

Pooblaščenec za varnost pacientov, zdravnikom in drugim zdravstvenim strokovnjakom, ki bodo delali v timih za sistematično analizo globljih vzrokov napak, bo priročnik omogočil, da se bodo osredotočali na sisteme in procese, ki so pripeljali do napake in poiskali rešitve za večjo varnost pacientov.

Do sedaj se je večina analiz napak osredotočila na »preiskovanje« posameznega zdravnika ali drugega zdravstvenega strokovnjaka

in skušala ugotovljati, ali je ravnal po pravilih stroke. Tak pristop nikoli ni raziskoval drugih sistemskih dejavnikov, ki v 80 do 90 odstotkih pripeljejo do napake. Zaključki internih analiz so skušali ščititi tako zdravstveno ustanovo kot vpletene pri dogodku. Včasih so, zlasti zunanje analize, pokazale s prstom na posameznika, češ da ni upošteval pravil stroke, denimo zmotil se je v diagnozi, spregledal je patologijo na sliki magnetne resonance itd. Namesto da bi bilo spoznanje o zmoti ali spregledu patologije šele pravi začetek analize, se je ta na tej stopnji končala s pripisom krivde zdravniku ali drugemu zdravstvenemu strokovnjaku, ukrepov za preprečevanje podobnih napak pa ni bilo, saj se na splošno meni, da začasni odvzem licence ali pogojna zaporna kazen za »zločin« človeške napake reši druge paciente pred podobnimi napakami.

Kadar boste povabljeni k analizi domnevne napake (pri nas temu zakonodaja reče ekspertni izredni strokovni nadzor, da je vsaj malo zastrašujoče), vam bo priročnik pomagal sestaviti tim za analizo, dal vam bo orodja in metode, tako da boste lažje in nepristransko presodili potek dogodka, s pomočjo odločitvenega drevesa za napake boste lažje ugotovili, ali gre za kršitve posameznega zdravstvenega strokovnjaka ali pa za probleme v sistemih in procesih, ki so pripeljali do napake. Priročnik daje tudi praktične nasvete, kako sestaviti poročilo za vodstvo bolnišnice ali drugega naročnika analize dogodka. Vodstvom pomaga uvesti in spremljati ukrepe za izboljšave z namenom preprečiti podobne napake v prihodnje.

Priročnik ima 117 strani. Priloge obsegajo 76 strani in vam bodo v pomoč pri analizi napake. Našli jih boste na spletni strani Centra za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave – Prosunt, po izidu knjige.

Del priročnika si lahko ogledate na: <http://www.prosunt.si/o-nas/novice/napake-pri-zdravstveni-obravnavi-pacientov> ali www.prosunt.si v rubriki Novice.

Andrej Robida

E-naslov: andrej.robida@prosunt.si



Avtor: dr. Andrej Robida, dr. med., izredni profesor pediatrije in javnega zdravja

- 1 Uvod
- 2 Pogled pacientov in svojcev na varnost
- 3 Pristop obravnavanja škodljivih dogodkov zaradi napak
- 4 Koncepti, ki so potrebni za izvajanje analize
 - 4.1 kako ljudje delujemo?
 - 4.2 človeške napake
 - 4.3 sistem
- 5 Kultura varnosti
- 6 Slovar izrazov
- 7 Model nastanka napak
- 8a Analiza varnostnega incidenta pri pacientu
- 8b Takojšnje ukrepanje
- 8c Priprava na analizo
- 8č Potek analize
- 8d Ravnanje vodstva pri uvajanju priporočenih ukrepov
- 8e Učenje in širjenje znanja o izboljševanju varnosti zdravstvene obravnave
- 9 Zaključek

Asist. dr. Janko Kovač, dr. med. (20. 3. 1968–20. 3. 2013)

Na pragu pomladi, prav na svoj rojstni dan, nas je po dolgotrajni in težki bolezni zapustil prijatelj in sodelavec dr. Janko Kovač. Vse do zadnjega smo skupaj z njim upali na skorajšnje ozdravitev, na ponovna vsakodnevna srečanja ob skupnem delu na nefrološkem oddelku, kjer smo skupaj preživeli skoraj dvajset let.

Dr. Janko Kovač se je rodil v Slovenskih Konjicah pred petinštiridesetimi leti. V šolskih letih je uspešno sodeloval na tekmovanjih iz matematike. Zanimanje za naravoslovje in globoko humanistično usmerjenost je združil ob študiju na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Že v času študija je raziskoval in delal, najprej na Anatomskem inštitutu kot preparator, nato je bil demonstrator, vodil je vaje in zatem delal kot asistent. Več let je nesebično pomagal ljudem kot sodelavec telefonskega Klica v duševni stiski. Leta 1995 se je zaposlil na Kliničnem oddelku za nefrologijo UKC Ljubljana, opravil specialistični izpit iz nefrologije, magistrski študij s področja hemodialize in zatem doktorat s področja transplantacije ledvic. Uspešno je sodeloval pri raziskovalnem delu, bil je avtor in soavtor številnih člankov v domačih in mednarodnih publikacijah. Kmalu se je izkazal kot odličen in priljubljen mentor in učitelj študentom in mlajšim kolegom. Svoje široko znanje je rad delil z drugimi, bil je izvrsten predavatelj, pogosto povabljen na različne, ne le nefrološke, pač pa tudi širše strokovne prireditve, od Tavčarjevih dni, srečanj Združenja internistov do različnih tečajev za družinske zdravnike. Sodeloval je tudi v mnogih televizijskih in radijskih izobraževalnih in kontaktnih oddajah s področja zdravstva in kot strokovnjak odgovarjal na vprašanja bralcev v reviji Viva.

Ob vseh drugih obveznostih je ostal predan osnovnemu poslanstvu, skrbi za bolnika. Neposredno delo z bolniki je opravljal skrbno in s človeško toplino. S strokovnim znanjem, neposrednim in osebnim pristopom si je pridobil zaupanje in spoštovanje bolnikov, za katere je skrbel. Priljubljen je bil tudi med kolegi in osebjem ne le našega oddelka, pač pa tudi vseh drugih enot, kjer je opravljal konziliarno službo in pomagal bolnikom. Imel je številne zamisli, kako na svojem ožjem strokovnem področju izboljšati postopke zdravljenja, mnoge je tudi uresničil. Prvi je v našo ustanovo uvedel ultrazvočno vodeno uvajanje centralnih venskih katetrov za hemodializo, zatem pa s predavanji in prikazi svoje ekspertno znanje razdajal tudi po preostalih bolnišnicah v Sloveniji. Odšel je prezgodaj, mnogo prezgodaj, zato mnoge njegove ideje žal ostajajo neuresničene.

Pomlad se je že razcvetela, sonce je visoko, ko ti pišem v slovo. Vem, moral bi prej, a spomini so bili premočni, beseda ni stekla. Nisi bil le odličen strokovnjak, mnogo več si nam pomenil, dragi Jani. Kolegialen, vedno pripravljen pomagati, vztrajen, družaben in odprt za pogovor ob kavici med odmorom. Za vedno mi bodo ostali v spominu najini dolgi pogovori, najprej o bolnikih, delu, najina skupna strast – žilni katetri, sto in ena podrobnost, drobne skrivnosti tvojega mojstrstva. In mnogo več, prijateljstvo, tovarištvo, veselje do življenja, mladeniška volja in moč ... Koliko kilometrov sva prehodila skupaj dan za dnem na poti med Leoniščem in glavno stavbo Kliničnega centra? Koliko drobnih niti razumevanja in prijateljstva spletla ob čaši dobrega vina in pogrinjku s sirom in pršutom, ki si ga rad pripravil doma? Da, dom in

družina sta ti bila najsvežeje. Med študijem si bil dejaven član študentske organizacije in vodja komisije za mednarodno izmenjavo študentov, tam si spoznal in vzljubil Špelo, bodočo soprogo in mater tvojih ljubih fantičkov, Jureta in Vida. Otroci so ti bili največje veselje in hkrati skrb. Pogosto si nam opisoval številne dogodivščine na izletih v planine, trenutke brezskrbne razposajenosti na taborjenjih v dolini Trente in še posebej zgodbe s počitnic ob morju, v Komizi na Visu, pri gostoljubnih domačinih, ki so tvojo družino kar posvojili, te naučili peči ribe in okušati dalmatinsko vino, morje, sonce in življenje. Ljubil si mlajšega brata Matijo in bdel nad njim, dokler ni pogumno vzletel v svet.



Otroško si bil navdušen nad tehničnimi igračkami, oblečen kot medved, pripravljen na ure dolgo čakanje v prebujajočem ledenobridkem bostonskem jutru, da si ga v tretje le ponosno stisnil pod pazduho, svoj novi i-Pad. Pa zelo podobna zgodba z i-Phone. In cela galerija filmov. Pa fotoaparati, tvoj stalni spremljevalec, in neštete podobe, najljubše – otroci in Špela, Špela in Iran in planine, Komiza ... Ljubil si ples in glasbo, trobenta, pa Zoran Predin, se spomniš, kako je, pa krava, ki je pojedla klobuk ..., ljubil planine, turno smuko na Komni z družino in v družbi prijateljev. Pa bosonogi tek, tisočletno izročilo skrivnostnih Indijancev, ki ga ne bova mogla skupaj poskusiti. Na zimske podvige si se včasih pripravljaval s kratkimi hitronogimi jesenskimi vzponi na Šmarno goro, kar po končanem delu. Tudi sam sem te nekajkrat spremljal, kratek postanek na vrhu, pa že po mraku spotikajoč se navzdol.

Tudi na težke preizkušnje, ki ti jih je namenila usoda, si se skrbno pripravil, da bi ohranil kar najboljšo psihično in fizično kondicijo. Tek, telovadba, kasneje vztrajna hoja v krogih okoli in okoli stopnišča šestega nadstropja, stokrat naokrog, da ohraniš moč, da bo le telo vzdržalo. Volja do življenja, ljubezen do družine, neizmerna skrb za sinova, nekonvencionalna duhovna priprava, obred s kamni – spet Indijanci, osredotočenost na cilj, premagati bolezen, vse to ti je vlivalo moč in pogum. A telo ni vzdržalo ...

Telo omaga, duša poleti v nebo, ostala pa bo misel nate. Bil si nam vzoren učenec in mnogim učitelj, pravi kolega in predan zdravnik, predvsem pa dober človek in prijatelj za vedno. In borec vse do konca. Takega te bomo ohranili v spominu. Počivaj v miru!

Vladimir Premru

Tadej Brate: Zgodovina slovenskih železnic na razglednicah

Die Geschichte der slowenischen Eisenbahnen auf Ansichtskarten.
Celjska Mohorjeva družba/Mohorjeva-Hermagoras. Celje,
Ljubljana, Celovec (Klagenfurt), 2013, 669 str.

Imel sem srečo, da sem knjigo »ujel« v Celovcu nekaj dni pred predstavitvijo v Ljubljani. Seveda sem bil tu in bil vesel, ko so se – po predstavitvi – pojavila vprašanja. Med drugim tudi, kako se je sploh pojavila ideja o železnici. In Brate je bil v svojih odgovorih kar nadroben. Se pravi, ker sem knjigo že približno poznal, sem ob njegovih komentarjih lahko po knjigi listal in dopolnjeval svoje vrzeli polno znanje o železnici.

V uvodu (str. 7–17) avtor na kratko povzame zgodovino. O železnici takole:

... Nastanek železnice je bil pravzaprav združenje raznovrstnih izumov in odkritij industrijske revolucije z eno samo vizijo: hitro potovanje iz kraja v kraj! Sprva železnici niso pripisovali kaj več kot lokalne uporabnosti v rudarstvu in industriji. Pa vendar je bila železnica ob svojem nastanku pravo čudo tehnike, kar je treba posebej poudariti. Primerjamo jo lahko z današnjo tehnologijo jumbo jetov, če ne že morda celo kar z vesoljsko tehnologijo.

Železnica je imela pred stoletjem in več tudi vzvišeno poslanstvo, ki pa ga je do danes skoraj povsem izgubila: bila je eden najpomembnejših vojaško-strateških in obrambnih elementov vsake države! Železnice so odigrale odločilno vlogo v vseh vojnah v svetu. Bile so integralno prevozno sredstvo vsake vojske. Nič čudnega ni bilo, da so se sčasoma pojavili oklopni vlaki, topovi na tirih [...]. Ker so bile železnice že kmalu pod strogim in budnim očesom vojaške uprave, so v Evropi že v njenih rosnih začetkih začeli upravljati z njo po vojaških načelih. Najprej so po vzoru vojske uvedli uniforme in čine. Nižji čin je moral brezpogojno in brez vprašanj ubogati nadrejenega. [...] V vihri prve svetovne vojne pa se je pojavil predpis, ki je strogo prepovedoval fotografirati železniške objekte, vozila in transporte. Uredba je strogo prepovedovala snemati vse, kar je bilo železniškega, in odrejala tudi ustrezno kaznovanje (str. 11–17).

Po vsebini so razglednice (ponekod fotografije) razvrščene po tematiki oz. naslovih poglavij. Npr. Železničarji; Potniki in potniški vagoni; Tovorni vagoni; Lokomotive; Kronane glave na poti; Nesreče, itn. Velikanska večina razglednic pa je razvrščena po (železniških) progah, ki jih je več kot 30. Nekaj – po letnici začetka gradnje – jih velja naštet: Dunaj–Trst (1842); Zidani Most–Zagreb–Sisak (1862); Trst–Gorica–Jesenice (1906); Ljubljana–Trbiž (1870); Jesenice–Celovec (1906); Pionirska železnica v Ljubljani (1848); Trst–Poreč (1902); Ljubljana–Kočevje (1893).

Tadej Brate vsako železniško progo obravnava kot nekakšen sklop; na začetku okvirni komentar, nato pa bolj specifične pripombe k vsaki razglednici (sliki) posebej.

Po moji presoji – ki je arbitrarna in morda pristranska – lahko knjigo razdelim na dva dela:

Prvi del je hkrati poglavje *Lokomotive* (str. 65–95), ki ga Brate začne takole:

Lokomotiva je bila od nekdanj najpomembnejši del, glava vlaka – vlečni stroj, v katerem so bile zbrane vsa znanost in tehnika tistega časa, pa tudi vsa moč, ki je poganjala vlak. Danes so stvari v mnogočem drugačne kot v preteklosti, a takrat se je vedelo: lokomotiva je srce vlaka, njen upravljalec strojevodja pa skorajda božanstvo, ki ukazuje! Tone jekla so brezpogojno ubogale na vsak njegov migljaj [...] (str. 65).

Za nepoznavalca – kot sem jaz – so komentarji k slikam zanimivi zato, ker se vidi avtorjevo obsežno znanje o lokomotivah. Pa ne le o konstrukciji, temveč tudi o primernosti določene lokomotive za določeno progo. Name je naredila največji vtis fotografija lokomotive – da ne rečem pošasti – na str. 75. Imela je 4 cilindre v izmerah 2 x 300/630 x 720 mm, parni tlak 15 atm, tehtala je 71 ton in dosegla hitrost 90 km/h. Vozila je na progah Dunaj–Salzburg in Dunaj–Trst. Ali na str. 91: Fotografija bivše pruske lokomotive, ki je leta 1945 pokvarjena obtičala v Jugoslaviji. Popravljali in končno popravili pa so jo v Mariboru. Popravilo je takrat veljalo za »zmago celotnega delovnega kolektiva«, zato slednji – po moji presoji kakih 100 delavcev – stoji pred lokomotivo ali na njej...

Drugi del knjige sta dve progi: Dunaj (Šentilj)–Trst (t. i. *Južna železnica*, str. 97–235) in Trst–Jesenice (str. 399–471).

Na t. i. *Južni železnici* se mi zdita dobesedno nepozabna dva kosa: nekdanji železniški prehod (z zapornicama na ročni pogon ter z mostom za pešce na Dunajski cesti; str. 185, 191) ter seveda množica posnetkov borovniškega viadukta (še celega in podrtga, str. 203–207).

Na bohinjski železnici seveda solkanski most (še cel, podrt in zgrajen na novo, str. 413–425) ter slike o gradnji bohinjskega predora (str. 445–453).

Posebnost knjige je tudi, da je dvojezična, slovensko-nemška. Nemški prevod je izvrsten, seveda pa prevajalec ni mogel prevesti nekaterih značilnih »jugoslovanskosti«, npr. Bratetovega sočnega komentarja, kako parafrazirati nam (še) znano kratico

SFRJ (str. 33). Da sploh ne omenjam legende k slikam v poglavju *Potniki in potniški vagoni* (str. 39–53), ki bralcu prikažejo, kako »nobel« je bila železnica nekoč: »Mi smo pa nobel, doma imamo klavir, za večerjo pa govorimo francosko« (str. 51)... Ali si dandanes lahko predstavljamo, da so bile nekoč kolodvorske restavracije vrh kulinarične ponudbe, z natakariji v frakih, z mizami s snežno belimi prtji na peronu (str. 195, 471).

V to svojo arbitrarno razdelitev zgoraj ne morem vključiti nekaterih t. i. *sladkorčkov*, zato jih bom spodaj navedel posebej:

Fotografije in komentarji o Titovem *Modrem vlaku*. Slednji pa je bil v bistvu le slepilo; na svojih potovanjih se je Tito peljal v motornem vlaku, ki je – kot pravimo »za vsak primer delovanja notranjega sovražnika« – vozil približno 15 minut pred *Modrim vlakom* (str. 607–611) ... In približno enako se bere komentar o vlaku, s katerim se je prestolonaslednik Peter II. Karađođević iz svoje rezidence na Bledu (od)peljal na smučarski izlet v Planico (str. 605). Ali kako so strojevodje mukotrпно vadili, da so vlak s kako *kronano glavo* ustavili natančno pred rdečo preprogo (str. 597). In končno, a ne nazadnje, se tragikomično bere zgodba, kako je nepomembna vrtna ograja pred železniško postajo v Gorici leta 1947 postala državna meja med Jugoslavijo in Italijo (str. 409).

Mlajše generacije medicincev velja spomniti, da je na MF nekoč obstajal predmet *Predvojaška vzgoja*. Ko sem bil v prvem letniku, smo spomladi 1951 nekje v Tivoliju vadili t. i. »kretanje po azimutu«. Ker o tem nismo imeli pojma, smo končali nekje ob taktat še delujoči Pionirski železnici (str. 541–547).

Toplotni stroji so me privlačili že od nekdaj. A Bratetova knjiga me je ponovno spodbodla, da sem najprej obnovil svoje že pozabljeno gimnazijsko znanje o Carnotovem ciklusu, nato pa – precej površno – zgodovino razvoja parnega stroja. S skokom vstran: šele ob tej knjigi sem dokončno pogruntal mehanizem Stirlingovega toplotnega stroja ...

Če povzamem Bratetove komentarje na predstavitvi knjige, je s parnim strojem potekalo takole: Sprva je bil skoraj kot nekakšna stavba. Ko ga je človeku uspelo pomanjšati in postaviti na vozilo, je bilo jasno, da se ne bo premikalo po skoraj neprevoznih blatnih kolo-vozih tistega časa. Se pravi, začelo se je na tračnicah in postaje so bile sprva tam, kjer je bilo mogoče naložiti gorivo in natočiti vodo. Tako se je začel tehnični boj, kako po eni strani zmanjšati velikansko porabo vode in goriva, na drugi strani pa, kako skrajšati čas od trenutka, ko kurjač zakuri parni kotel, do trenutka, ko strojevodja lokomotivo spravi v pogon.

V mojih gimnazijskih časih so parne lokomotive s sabo prevažala nekaj ton premoga in več kubičnih metrov vode; mehanski izkoristek goriva je bil približno 6-odstoten. Kurjač je moral zakuriti kurišče lokomotive vsaj nekaj ur pred startom. Na nekaterih postajah je strojevodja splezal z lokomotive in z oljno mazalko namazal vse drsne ležaje pogonskega vzvodja na obeh straneh lokomotive ...

Spomnimo se: Prva železniška proga *Stockton and Darlington Railway* je bila odprta leta 1825. Za »pravo« prvo železniško pa šteje proga *Liverpool–Manchester*, ki je bila odprta leta 1830. In komaj slabih 20 let pozneje je z Dunaja pripeljal prvi vlak v Ljubljano. Se pravi: Kakršna koli je že bila – ali ni bila – Habsburška monarhija, je bila ob njenem koncu, leta 1918, Slovenija docela prepredena z železniškim omrežjem.

Zgodovina slovenskih železnic na razglednicah je ena tistih knjig, ki opozarja, da smo Slovenci živeli na prepihu narodnostnih identitet, da pa smo prav zato bili – in še vedno smo – del evropske duhovne in materialne kulture. Zato je ta knjiga – če uporabim nekoliko obrabljen izraz – kot freska iz preteklosti. Da je (ta) naša preteklost bistvena sestavina (temelj?) naše sedanosti, da pa si te naše bistvene sestavine žal sploh ne znamo predstavljati – več.

Marjan Kordaš

E-naslov: marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Tone Pavček: Angeli

Založba Mladinska knjiga, 2012

Veliki slovenski pesnik Tone Pavček je lansko leto, preden se je izmučen od hude bolezni poslovil, dokončal svojo zadnjo pesniško zbirko, ki opeva angele. Prepričan, da so angeli, tako kot ljudje, sila različni, a skoraj vedno pripravljani, da storijo kaj dobrega, je ustvaril literarno umetnino, ki navdušuje staro in mlado. Pavčkove Angele občudujejo

celo tisti, ki ob besedni zvezi »slovenska poezija« sicer običajno zavijajo z očmi in strižejo z ušesi.

Zadnja pesniška zbirka Toneta Pavčka, »Angeli«, je hvalnica življenju, ljubezni in dobroti – vrednotam, ki jih je pesnik občudoval, spoštoval in cenil. Angeli, kot vrhunska poetična mojstrovina, so družinska stvaritev. Pri

njihovem nastajanju sta s pesnikom aktivno sodelovali še njegova soproga in hčerka Saša, igralka, pesnica in izredna profesorica na Akademiji za gledališče, radio, film in televizijo v Ljubljani. Saša Pavček, ki je očeta vedno občudovala in spoštovala – imela za genija, je napisala tudi spremno besedo v zbirki pesmi o angelih. Oče ji je nenehno naročal, naj poskrbi za Angele, naj jih nese v tisk v Mladinsko knjigo, da konča svojo ustvarjalno odisejajo tam, kjer jo je začel. Hotel je, da bo knjiga privlačna, izšla pa naj bi na Prešernov dan leta 2012. Tako nekako se je s pesniško zbirko o angelih, ki jo je Pavček uspel dokončati malo preden se je po bitki z dolgo, težko boleznijo poslovil od tuzemskega bivanja, tudi zgodilo.

Angele je začel Tone Pavček pisati že pred leti. Triptih o belem je na primer napisal v času, ko se mu je zdravstveno stanje občutno poslabšalo in so ga sprejeli v Bolnico dr. Petra Držaja, na Center za vojne veterane, kjer so zelo lepo skrbeli zanj. Pred izbruhom težke bolezni je imel tako že napisanih štiriinštirideset pesmi. Najprej so bili angeli prisposoda dečka, pesnikovega pokojnega sina; nato je napisal cikel Soneti na Golgoti, kjer angel varuje hčerkinega sina, pesnikovega vnuka in druge, bolj igrive angele. Med boleznijo, zlasti dva meseca pred smrtjo, so postajali angeli vedno bolj angeli bolečine, smrti, zadnje besede, hvaležnosti in molitve – prisposoda angelov, ki se poslavljajo in odhajajo v neznano.

Angeli v tej ali oni podobi (nadnaravni, človeški) spremljajo človeka od zibelke do groba in morda še potem. Zdravniki so v marsičem podobni angelom – skrbijo za ljudi, jim pomagajo, jih spodbujajo in podpirajo, rešujejo njihova življenja, jih spremljajo in jim stojijo ob strani v odločilnih trenutkih (porod, bolezen, smrt), prisotni so ob najbolj čarobnih dogodkih, kot je na primer rojstvo, čudežno ozdravljenje ipd. Nič čudnega, da zdravnike ljudje pogosto imenujejo bogovi oziroma angeli v belem.

Za svojo poslednjo pesniško zbirko je pokojni Pavček napisal štiriinštirideset pesmi o angelih. Vsaka od njih je umetnina zase. V njih ne opeva le nadnaravnih bitij iz nebes (kot bi lahko skleпали iz naslova), marveč se je z njimi poklonil življenju ter se dokaj lahko in igrivo sprehodil skozi najpomembnejša obdobja svojega življenja. Pesmi o angelih so dovršene stvaritve, ki z navihano virtuosno igro pojejo čudovito hvalnico največji dragocenosti – življenju. Pavček ugotavlja, da se angeli, podobno kot ljudje, med seboj zelo razlikujejo, hkrati pa so na srečo vedno pripravljeni storiti kaj lepega in dobrega.

Angeli v Pavčkovih pesmih so pravi rešitelji (človeku pomagajo premagovati križe in težave), obenem pa imajo različne vloge, pristojnosti, dolžnosti in naloge. Med branjem ali recitiranjem pesmi o njih človek čudodelno obnavlja in krepi moč, upanje in vitalnost, pa tudi igrivost in lahkotnost, s katerimi so zaznamovane besede, ki jih je pesnik skrbno niral in postavljaj na piedestal življenja. Čarobnost jezika veje iz sleherne črke, zloga in besede – najsi opevajo radost in bližino, bolečino in trpljenje, ljubezen, prijateljstvo, bolezen ali smrt. Jezik je ubran in tekoč, rima blagodejna, ritem vznesen... Iskren in globok je Pavček v svojih delih. Njegove pesmi so občudovanja in spoštovanja vredne. Če bi jih pogosteje prebirali, bi bilo življenje (vsaj za trenutek) lepše

in lažje. Kdor razume Pavčkove pesmi, razume, spoštuje in ceni sočloveka, naravo in življenje nasploh.

Med angeli, ki jih je v Pavčkovi knjigi z nostalgичnimi, subtilnimi barvami in liki čudovito upodobil slikar in ilustrator Daniel Demšar, je vrsta izjemnih, z oznako »naj«. Med njimi je – najlepši: angel za žene; na častnem mestu: angel poroke; z najlepšo nalogo: angel za deklince; kot morje lep in mil: angel morjeplovcev in pomorščakov. Najbolj zaposlen in obremenjen pa je nedvomno angel, ki je v službi brez odmora (večno dežurni): angel varuh.

Pesmi o angelih se s svojo pronicljivo, osebno izpovedno mislijo dotaknejo vsakega srca. Človeka pretresejo v globino duše, tudi zato, ker vemo, kako, kdaj in zakaj jih je Pavček napisal. Z njimi se je Pavček, ki je bil zadnje leto nenehno razpet med življenjem in smrtjo, vkljenjen v neizbežno minljivost, poslovil od nas v želji, da slehernemu izmed nas pomaga najti svojega angela. Skozi celotno zbirko se kot rdeča nit vlečeta ljubezen do življenja in radost bivanja, upanja in hvaležnosti. Prisotni sta tudi v zadnji pesmi iz pričujoče Pavčkove zbirke, Angel za srce, zaznamovani z verzi, polnimi navdušenja, vere upanja in sle po življenju:

»...Še hočem biti, se veseliti bivanja, malih zgodb vsakdanjosti, novih zgodbic od tu in tam in potem reči: Izpil sem te do konca, srce moje ljubo. Zdaj pa je že tako, da pesniki likvidirajo srce – nobenega srca več v nobenem verzu, nobene romantike, jaz pa hočem še in še novo srce za nove podvige, za nove brige, za nove verige, zvezane okrog tega ali onega dekleta, in biti mali sladki suženj...«

V svoji poslednji pesniški zbirki Angeli, ki je letos posthumno izšla pri založbi Mladinska knjiga, se je Pavček iz svoje tradiciionalne, tuzemske tematike, v kateri je prevladovala ljubezen do ljudi, trte, zemlje, vina, mladosti, živahnega radoživega življenja ipd., podal v nove, bolj eterične sfere. Z Angeli je postavil piko na i svojemu umetniškemu ustvarjanju in ponovno dokazal, da je pesnik, ustvarjalec in človek, ki bo z veliko začetnic zapisan ne le v analih slovenske samobitnosti, marveč tudi in predvsem v srcih ljudi, ki so jim njegove pesmi namenjene.

Nina Mazi

E-naslov: isisnima@yahoo.com



ENOTNA PRIJAVNICA ZA UDELEŽBO NA ZDRAVNIŠKIH SREČANJIH, OBJAVLJENIH V IZIDI

(velja tudi fotokopirana prijavnica)

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

srečanje _____

ime in priimek udeleženca _____

naslov stalnega bivališča _____

Izjava – davčni zavezanec (obkroži)

da ne

davčna številka: _____

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

Plačnik udeležbe – kotizacije _____

Naziv plačnika _____

Točen naslov sedeža plačnika _____

Telefon _____

Faks _____

E-pošta _____

Kontaktna oseba _____

Izjava – davčni zavezanec (obkroži)

da ne

davčna številka _____

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

Kraj rojstva _____

Datum rojstva _____

Naziv delovne organizacije _____

Delovno mesto _____

Želim sodelovati:

kot predavatelj (predavanje, poster, drugo)

kot udeleženec

na praktične usposabljanju

Prosim informacije o možnostih nočitve

da

ne

Kotizacijo za srečanje bom poravnal(a)

s položnico

ob prijavi

Datum _____

Podpis _____

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: 6
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: podiplomsko 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. 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. ob 16.00 • TEK – HOJA ZA ŽIVLJENJE ZA PREŽIVELE Z RAKOM IN ZDRAVE

kraj: ŽALEC, Stadion Žalec**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** kotizacije ni**k. točke:** *****vsebina:** 12. slovenska javna kulturno-zabavna in športna prireditev in delavnica Voda – vir življenja, ter spremljajoče aktivnosti otrok, odraslih je namenjena bolnikom, strokovnjakom, laikom, občanom**organizator:** Društvo za promocijo in vzgojo za zdravje Slovenije in Organizacijski odbor, Viktorija Rehar**prijave, informacije:** prijave: Viktorija Rehar, Hmeljarska 3, 3310 Žalec, informacije: T: 040 760 849

7.–8. ob 9.00 • 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 in 80 EUR za specializante (DDV je vključen). V primeru plačila kotizacije štirim udeležencem seminarja iz iste institucije, je peta kotizacija brezplačna**k. točke:** *****vsebina:** strokovni seminar z mednarodno udeležbo je namenjen psihiatrom**organizator:** Združenje za otroško in mladostniško psihiatrijo, dr. Marija Anderluh**prijave, informacije:** prijave: W: www.zomp.si, informacije: Nina Senica, E: senica.nina@gmail.com

7.–8. ob 8.30 • DELAVNICA IZ KOGNITIVNE REHABILITACIJE PO MOŽGANSKI OKVARI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Nevrološka klinika, Zaloška 2, predavalnica »Zdravstvena vzgoja«**št. udeležencev:** ni podatka**kotizacija:** za člane ZKP s plačano članarino za leto 2013 je 200 EUR, za člane brez plačane članarine ter nečlane pa 300 EUR. V plačilo je vključena udeležba, gradivo ter kava in sok med odmori.**k. točke:** *****vsebina:** Delavnica je namenjena psihologom v zdravstvu, nevrologom in fiziatrom, ki jih opisana tematika zanima. Obsegala bo tako teoretični kot praktični del. Delo bo potekalo tako v obliki predavanj kot v obliki razprav.**organizator:** Zbornica kliničnih psihologov v sodelovanju z Nevropsihološko enoto ljubljanske Nevrološke klinike**prijave, informacije:** prijave: izključno na E: nevropsihologija@klinikna-psihologija.si, najkasneje do petka, 31. maja 2013

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:** v postopku**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: Bojan Pelhan, T: 05 372 28 96, F: 05 372 28 96, E: bojan.pelhan@siol.net	

8. ob 8.00 • TEČAJ IZBRANIH POGLAVIJ IZ NUJNE MEDICINSKE POMOČI ZA EKIPÉ 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 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).	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	

13. ob 9.00 • TTT – TRENIRANJE TRENERJEV – UČENJE UČITELJEV

kraj: LJUBLJANA (lokacija bo sporočena vsem, ki se bodo prijaviili 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. ob 9.00 • OBVLADOVANJE STROŠKOV: IZZIVI IN PRILOŽNOSTI, 3. SREČANJE TIMOV DSO/SVZ podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162, Modra dvorana	št. udeležencev: 200	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: posvet je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram in vodjem negovalnih timov v domovih	organizator: Sekcija domskih zdravnikov in Zdravniška zbornica Slovenije, Tanja Petkovič, dr. med., predsednica, Iris Hvala Krušič, dr. med., asist. Marko Drešček, dr. med.	prijave, informacije: prijave: e-prijavnica: http://www.zdravniskazbornica.si/ , informacije: Iris Hvala Krušič, T: 041 262 778, E: irishvala@gmail.com , Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mic@zss-mcs.si	

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: prijave: 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, enodnevna 220 EUR	k. točke: v postopku
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	

STROKOVNA SREČANJA

JUNIJ 2013

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 ZOBOZDRAVNIKOV 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: v postopku
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	

AVGUST 2013

27.–28. ob 8.30 • 8. MEDNARODNA PRAKTIČNA PODIPLomsKA ŠOLA EPILEPTOLOGIJE, PO MODELU ECOLE PRATIQUE JEAN BANCAUD: NEVROKIRURGIJA EPILEPSIJE

kraj: LJUBLJANA, UKC Ljubljana in Cankarjev dom	št. udeležencev: 40	kotizacija: 100–250 EUR	k. točke: ***
vsebina: šola je namenjena specialistom in specializantom nevrologije, nevrokirurgije, nevrofiziologije, pediatrije, nevropsihologije, psihiatrije, pedopsihiatrije, klinične psihologije, zdravstvenim tehnikom in ostalim sodelavcem v nevrozdravstvenih in nevroznanstvenih strokah, ki jih zanimajo problemi epileptologije	organizator: Društvo Liga proti epilepsiji Slovenije, prim. Igor M. Ravnik, dr. med., spec.	prijave, informacije: prijave: E: epilepsija@epilepsija.org , informacije: Jasna Žunko, koordinatorka, E: epilepsija@epilepsij.org , T: 01 432 93 93	

SEPTEMBER 2013

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 28	

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

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: omejeno	kotizacija: predavanje: 120 EUR (DDV je vključen), za upokojene zdravnike je 25% popust (kotizacijo nakazati na TRR pri Unicredit banki Slovenije, d.d., št.: SI56 2900 0005 0400 669, sklic: 104000)	k. točke: 5,5
vsebina: Seminar je namenjen vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci seminarja se bodo naučili, kako uspešno razreševati konfliktna situacije.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Metka Komar	prijave, informacije: prijave: E: mic@zss-mcs.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mic@zss-mcs.si	

20. • 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	

24.–28. ob 8.30 • 22. MEDNARODNA UČNA DELAVNICA »EURACT BLED COURSE« – UČENJE IN POUČEVANJE O ZDRAVJU ZDRAVNIKOV DRUŽINSKE MEDICINE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: BLED, Hotel Jelovica, Cesta svobode 58	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno srečanje učiteljev, študentov in specializantov družinske medicine	organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, doc. dr. Marija Petek Šter, dr. med.	prijave, informacije: Ana Artnak, Poljanski nasip 58, 1104 Ljubljana, E: kdrmed@mf.uni-lj.si , T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10	

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. • CVAHTETOV 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.juricic@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	št. udeležencev: 20, upošteva se vrstni red plačanih kotizacij	kotizacija: 250 EUR + DDV (vključuje udeležbo na kongresu Golniški simpozij 2013, 18. in 19. oktobra 2013)	k. točke: ***
vsebina: delavnica je namenjena zdravnikom pnevmologom, v pnevmologijo usmerjenim internistom, specializantom (jezik: angleški)	organizator: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, prim. Nadja Triller, dr. med.	prijave, informacije: prijave: spletna prijavnica: www.klinika-golnik.si , informacije: T: 04 256 94 93, E: Irena.dolhar@klinika-golnik.si	

30. ob 9.00 • KAKO REČEM »NE« BREZ OBČUTKA KRIVDE (seminar) podroben program na spletni strani zbornice: W: <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/755/strokovna-srecanja>

kraj: LJUBLJANA, **št. udeležencev:** omejeno **kotizacija:** predavanje: 120 EUR (DDV je vključen), za upokojene zdravnike je 25% popust (kotizacijo nakazati na TRR pri Unicredit banki Slovenije, d.d., št.: SI56 2900 0005 0400 669, sklic: 104000) **k. točke:** 5,5

vsebina: Seminar je namenjen vsem zdravstvenim delavcem. Udeleženci seminarja se bodo naučili, kako se postaviti zase in ohraniti dostojanstvo sogovornika.

organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Metka Komar

prijave, informacije: prijave: E: mic@zsz-mcs.si, informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, E: mic@zsz-mcs.si

*** Zbornica nima podatka o številu kreditnih točk, ker organizator še ni podal ali sploh ne bo podal vloge za njihovo dodelitev.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

»Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je javni zavod, ki zagotavlja zavarovancem v državi uveljavljanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Z usposobljenimi in motiviranimi zaposlenimi, s sodobno tehnologijo in organiziranostjo želimo zavarovancem, partnerjem in drugim strankam nuditi odlične storitve.«

K sodelovanju vabimo komunikativne in dinamične sodelavce, ki želijo nadaljevati svojo poklicno kariero v Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije:

1. zdravnika/zdravnico 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,
- izvajanje finančno-medicinskih nadzorov.

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. 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.

4. zobozdravnike/zobozdravnice v območnih enotah 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 T: 01 307 74 10.

Vaše pisne prijave, s predstavitvijo dosežanj dela in navedbo enote, kamor se prijavljate, pošljite do 30. junija 2013 na naslov: ZZZS, Direkcija, Miklošičeva 24, 1507 Ljubljana oz. na E: 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.

Zdravstveni dom Ivančna Gorica

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista V/VI PPD 2 (pediater) (m/ž)

Kandidati morajo izpolnjevati naslednje pogoje:

- diploma medicinske fakultete in opravljen strokovni izpit,
- specialistični izpit s področja pediatrije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

Delovno razmerje bo sklenjeno za določen čas enega leta s polnim delovnim časom in 4-mesečnim poskusnim delom. Po poteku pogodbe za določen čas možnost zaposlitve za nedoločen čas.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev s kratkim življenjepisom naj kandidati pošljejo v roku 30 dni po objavi na naslov: Zdravstveni dom Ivančna Gorica, Kadrovska služba, Cesta II. grupe odredov 16, 1295 Ivančna Gorica ali na E: mira.erzen@zd-ivg.si

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

ODDAMO

Ordinacijo v Šiški (93,64 m²), registrirano za zdravstveno dejavnost, oddam v najem ali prodam. Informacije po T: 041 860 473.

PRODAMO

Za Bežigradom (na Peričevi ulici 37, v severnem delu soseske Bežigrajski dvor) so naprodaj tri ordinacije v izmeri 124,64 m².

Ordinacije se nahajajo v pritličju objekta (leto izgradnje 1995). Ob vhodu je sprejemnica/čakalnica s sprejemnim pultom, tri že urejene ordinacije, toaletni prostori in kuhinja za osebje. Prostori so v zelo dobrem stanju, redno vzdrževani ter vpisani v zemljiško knjigo brez bremen. Naprodaj so tudi tri parkirna mesta v garaži. Ordinacije niso zasedene in je prevzem možen takoj. Za več informacij ali ogled pokličite v tajništvo Diagnostičnega centra Bled na T: 04 579 80 02 ali pošljite sporočilo na E: romana.lenaric@dc-bled.si. Cena po dogovoru.

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



V STISKI NISI SAM!

Anonimna telefonska številka za zdravnike v stiski:

01 307 2222

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

Pomladanska svežina barv in blagoglasno petje zbora Florence v razstavišču

Ksenija Slavec

Galerijo Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani (UKCL) ves maj krasijo barv in življenja polna likovna dela medicinskih sester, osrednjih sodelavk zdravstvenega tima vsake bolnišnice. Njihovo napore in odgovorno delo terja sprostitve, ki neredko poteka v organizaciji njihove osrednje stanovske organizacije, Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov (DMSBZT) Ljubljana. Tam se članice in člani ukvarjajo tudi z umetniško dejavnostjo, npr. slikanjem ali petjem, s čimer so se predstavili tudi na kulturno-umetniški prireditvi 7. maja 2013. Njihova predstavitev je potekala ob mednarodnem dnevu medicinskih sester, ki ga praznujejo 12. maja. Zbrane je slavnostno nagovorila glavna sestra UKCL Erna Kos Grabnar, ki s svojim globokim poznavanjem življenja in dela slovenskih medicinskih sester v svojih nagovorih vedno znova izpostavi vse bistveno ter zna z dostojanstvom in žarom nagovoriti sestrski stan.

Imenovano društvo medicinskih sester je v sodelovanju s Kulturno-umetniškim društvom Kliničnega centra in Medicinske fakultete (KUD) v razstavišču UKCL pripravilo odprtje likovne razstave z glasbenim nastopom zbora Florence in imenitne flavtistke Janje

Kepec, ki je zaigrala Ravelov Bolero. Svoja dela so razstavili člani likovne dejavnosti DMSBZT Ljubljana z mentorico, slikarko in kiparko Darjo Lovak Lobnikar. V Mali galeriji so se predstavile klekljarice istega društva, ki s svojo mentorico že pet let oživljajo tradicijo klekljanja, razstavile pa so natančno izdelana ročna dela, ki obiskovalce galerije navdajajo s spoštovanjem do znanja in potrpljenja avtoric.

Predsednica Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana Đurđa Sima je v vabilu predstavila društvo kot prostovoljno, samostojno, strokovno, nepridobitno stanovsko, nestransko združenje medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov širše ljubljanske regije in okolice. Nadalje je povedala: »Strokovni namen društva je krepitev vloge in pomena dela medicinskih sester, babic, babičarjev, zdravstvenih tehnic/tehnikov širše ljubljanske regije in okolice. Danes je v društvu več kot 5.500 članic in članov. DMSBZT Ljubljana združuje člane v svoji regiji, kjer le-ti živijo in opravljajo svoje poslanstvo. Imajo dolgoletno tradicijo, več kot 86 let organiziranega delovanja. Vodijo izobraževanja in različne oblike interesnih dejavnosti za svoje članstvo, ki s tem krepi samopodobo. Članstvo je čast in stanovska obveza za



Prijazno vzdušje na prireditvi in pisani kolorit razstavljenih del.



Zavzeto spremljanje prireditve. Z leve sedijo: glavna medicinska sestra UKCL Erna Kos Grabnar, glavna sestra Kirurške klinike Zdenka Mrak, povezovalka prireditve Nerina Gončin.



Razstavo je predstavila slikarka in kiparka Darja Lobnikar Lovak, mentorica Likovne sekcije Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana.

vse medicinske sestre, babice in zdravstvene tehnike. Ob pristopni izjavi postanete član regijskega društva DMSBZT Ljubljana in obenem Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, njihove krovne organizacije, ki združuje 11 regijskih strokovnih društev in 31 strokovnih sekcij.

Namen društva je krepitev strokovnosti in pomena dela medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov v slovenskem in mednarodnem prostoru ter zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege pri obravnavi posameznika, družine in širše skupnosti.«

Likovna dejavnost je le ena izmed številnih dejavnosti društva. Dolgoletna vodja likovnikov društva Margerita Ilič Kačar je o likovni dejavnosti društva povedala: »Pod okriljem Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana deluje od leta 1997 poleg drugih tudi likovna dejavnost. Združuje zaposlene v zdravstveni negi, predvsem medicinske sestre. Trenutno pri njih ustvarja 15 članic. Ob torkih se dobivajo v skupini, ki deluje pod mentorstvom slikarke in kiparke Darje Lobnikar Lovak. Upodabljajo različne motive krajine, tihožitja in figuralike, in to v tehnikah slikanja na platno in steklo, v akvarelni tehniki, akrilu, tušu in pastelu. Preizkušamo se tudi v modeliranju z glino. Kar nekaj njihovih del nastaja na tradicionalnih večdnevni kolonijah ob koncu šolskega leta in v bližnji okolici Ljubljane, sicer pa ustvarjajo v društvenih prostorih.

Svoja dela so že razstavljali skupinsko v Galeriji Krvina v Gorenji vasi, na Psihiatrični kliniki v Polju, na Očesni kliniki v Ljubljani, v Univerzitetnem rehabilitacijskem centru RS Soča, na Zdravstveni šoli v Ljubljani, v Domu starejših občanov Tabor in Moste - Polje, v Zavodu RS za transfuzijsko medicino v Ljubljani, na Ginekološki kliniki ter v Negovalni bolnišnici v Ljubljani. Ob mednarodnem dnevu medicinskih sester 12. maja pa razstavlja že več let v osrednji galeriji Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani. Nekateri njihovi člani so imeli tudi samostojne razstave. Njihova likovna dela živijo v mnogih zdravstvenih institucijah in razveseljujejo bolnike in obiskovalce tako v Sloveniji kot izven nje. Sodelovali so tudi na mednarodni likovni delavnici v Savudriji, ki je imela humanitarni značaj. O svoji dejavnosti redno obveščajo zainteresirano strokovno in širšo javnost na spletnih straneh društva in v glasilu Zbornice – Zveze Utrip.«

Tokrat so se na razstavi s slikarskimi deli predstavili društveni člani: Ana Strauch, Marija Janjič, Branka Stuchly, Margerita Ilič Kačar, Irma Kiprijanović, Neva Pečar, Ivanka Južina, Renata Pevec, Jelka Vižintin, Sonja Lojk, Jože Matjašec, Tatjana Panič, Majda Jarem Brunšek, Valerija Keržič, Darja Lobnikar Lovak in Teodora Čič.

Društvo prijazno vabi vse zainteresirane, da se jim pridružite pri likovni dejavnosti. Začetnike mentorji vodijo v svet barv in slikarskih tehnik vsak torek med 15.30 in 17.30 v prostorih društva na Poljanski 14 v Ljubljani. Ob koncu šolskega leta pa organizirajo vsakoletno likovno kolonijo. Prijave sprejemajo na naslov tajnistvo@drustvo-med-sester-lj.si.

Nova vodja Likovne sekcije DMSBZT Ljubljana je medicinska sestra Majda Jarem Brunšek.

ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

Med barviti kolorit razstave se je kot sončni žarek vtkalo blagoglasno petje Ženskega pevskega zbora Florence. Dolgoletni vodja zbora medicinskih sester Karlo Ahačič je s svojimi pevkami navdušil zbrane, saj so odpeli same znane zimzelene slovenske melodije, ki jih nosimo v srcu. Svoje pevke je tudi simpatično predstavil: »Ko je že kazalo, da bo Ženski pevski zbor Florence uspel prestopiti v »višjo kategorijo«, so se v zadnjih dveh sezonah zgodile večje menjave članstva. Spremembe so močno vplivale na načrtovanje in delo zbora, ga upočasnile, ne pa tudi ustavile. Pevke, ki so v zboru od samih začetkov, in številne novinke so strnile vrste. Na dan je privrela stanovska pripadnost in ljubezen do petje, tako da korak nazaj ni bil tako težak in boleč. Oblikujemo »nov zvok zbora«, v svoje vrste vabimo nove pevke. Nova pevška energija pa se je že pokazala na dveh letošnjih nastopih. Zapeli smo v okviru akcije Javnega sklada Republike Slovenije za kulturne dejavnosti Po Prešernovih stopinjah, še bolje pa so izbrane pesmi zazvenele na reviji Ljubljanski zbori 2013.

Zbor se bo tudi v prihodnje posvečal tako klasični kot lahkotnejši zborovski literaturi, kakršno so predstavili v Univerzitetnem kliničnem centru. Po tem nastopu se bodo pevke udeležile tradicionalne zborovske šole v Bohinju, ki je pevsko-zabavni vikend,

sklepni del vsake sezone. Prinaša prijetno druženje in ob njem za zbor pripravi pesmi za letni koncert v juniju.«

Piko na i je prireditvi dodal pevski trio z dvema starima, skoraj pozabljenima pesmima, kot bi ju potegnili iz naftalina. Pevec Jože Jesenovec, sicer zborovodja treh zborov in pred nastopom še pacient v ljubljanski bolnišnici, se je prišel na ta način zahvaliti za trud in zdravljenje ter posloviti od bolnišnice. Z njegovo sestro Milko Erbežnik, tudi članico Likovne skupine KUD-a, in Julijano Stepič, zborovodkinjo prav tako treh pevskih zborov, so triglasno ubrano in prisrčno sklenili kulturni program.

Še en pomladanski dogodek je tako obogatil zdravništvo in študente medicine, bolnike in njihove obiskovalce, vse, ki prihajajo v osrednjo slovensko bolnišnico po zdravje, spodbudo, upanje in zaupanje. Hvala prav vsem, ki so volunteersko prispevali svoje znanje, veselje in delo, da bi razveselili druge. Prireditev je prisrčno povezovala Nerina Gončin.

Foto: Jošt Brunšek

E-naslov: Ksenija.slavec@gmail.com



Klekljarski izdelki medicinskih sester na razstavi v Mali galeriji UKCL.



Pevski zbor medicinskih sester Florence z dirigentom Karlom Ahačičem.

Pesmi

Tomaž Rott

Druga izbira

Če nisem mrtev, gluhi in slep,
dovolj biló bi, da nelep,
zdaj v starosti še neprivilčen,
za tebe bil bi kratkočasen,
kot hip minljiv in nič vzkipljiv
in obvladljiv in neranljiv
in Bog ve kaj lahko se rima,
(vsaj v srcu mojem mrzla zima),
brez vsakih virusnih zapletov
in brez vročičnih amoretov
in če slučajno bi roko
ti stisnil, ti bi prav lahko
iztrgala se moji želji
in ponudila dlan sosede –
zgrabila bi me brez besede,
in če želel bi si poljub
bi drugi dami vdahnil up.

Slovo

Ko več na svetu me ne bo,
vsi tisti, le na videz blagi,
v resnici ste bili sovragi –
bil sem nihče za vas.
Odvrzite spomine name,
naj hranijo jih tisti,
ki zame so srce imeli
vedno odprto
in ne zazrto vase
za vse čase.
Ti so sprejeli me
z vsem dobrim/slabim,
kar je živelo v meni,
vedno nezavedno
z dobrimi nameni.
Ti niso skrivali se –
in okno ni nobeno
pred mano stalo
zatesnjeno,
niti zapah zaslonjen
bil ni na njih vratih.
A vi, pozabite me,
morda to že davno ste,
da sem živel med vami
vedno s čistimi,
iskrenimi željami.

Sprenevedanja

Naj bo preklet ta dan,
ko sem ugledal svet,
ki poln je laži
in sprenevedanj,
kjer razumevanje
le blede senca zla,
kjer dobrotljivost
se maščuje
s prezirrom in sovraštvom
kjer hladno dlan
oparijo z ogorki
lažnivih blodenj
vseh tistih,
ki bili naj bi vodniki
brezčasni in vnaprej
ves čas pomniki,
vzorniki dejanj.
Naj bo preklet ta svet,
ki s samoljubneži prežet
le hlina dobrotljivost,
srce odprto
pa jim ni poznano,
saj porogljivo se smeji
le sredobežnost si želijo.
Naj bo preklet ta svet
jedkih nasmehov
same ironije
dobrote v njih
navzven očite
le v prazen
zlat papir ovite.

Samota

Noč dolgozimska je
brezkončno kratka
in mrtvoglasni telefon,
kot tihi zvon ubitega spomina
z lahkotno težo stiska prsa,
da krikne duša brez odmeva
v brezglasno temo.
Daj, pesem,
naj na tvojih krilih
se vzpnem do sončnega odseva,
da mi ogreje kri otrplo,
da ubije mi samoto dneva.

Mamon

Nisem oproda
tistega vladarja,
ki sabo nosi
kup denarja.

Praznota

Iskal sem nov navdih,
pa v glavi je prepil
prepodil vse ideje
tja daleč čez vse meje.

Aktualno

Če to je res
nagrada,
da vlada
nam politična
estrada,
z njo maškarada,
raja spet
nastrada.

Solza

Temna solza
je zbledela,
njen drseči dotik
je zasušen
in njena vroča
gorečnost
je gasnila
in se ohladila.
Pozabil sem nate.

Gejzir

Nekaj drobnih spoznanj
je med nama zgubljenih,
nekaj prikritih sanj
je pridobljenih.
Smej se prgišču sreče,
naj vzkipi kot gejzir,
v meni raste nemir,
da se prehitro ne izteče.

Vizitka

Nimam čebele, ose žela,
sem neškodljiv gospod
saj vendar sem le t-rott.

Dober dan, ljubezen

Pozabil sem tvoje ime,
tvoj naslov sem razdal
romarjem sreče
brezimenim mimoidočim.
Rad bi te znova spoznal,
morda si se spremenila
in speče zdramila
in mene ob njih.
Zrl bom v tvoje oči
brez pogledov
in ti ob ustnah pregrel
hladne dlani.
Prideš nocoj, morda zarana.
V meni molk bo spregledal
in našel bom zate pozdrav:
Dober dan, ljubezen.

Narava

Mar trave govorijo
o bolečini svoji,
konča jih težka noga,
ostrina kose,
ni več mehkode,
ni več rose.
A rože čutijo toplino,
povešen cvet
v senci hladni
se dvigne k soncu.
Razpro se listi cvetni
in tulpa vitka
suličaste liste
kot stisk roke
ob prvem mraku
spet zapre.

Ob mraku

Svetloba se
prevesila je v mrak.
Sence razšle
v zasluženi počitek.
Daj mi nemirnih čustev,
kot so živahne ulice,
reklame razigrane.
Morda potrebno je
v sebi razgrebsti
žerjavico,
da zaiskri
in me ogreje.

E-naslov: tomaz.1945@yahoo.com

Zeleni Jurij

Andrej Rant

Zeleni Jurij, Zeleni Jurij,
daj, deželo nam prebudi!
Vse se tvoji moči čudi,
ko na sončnem konju prideš,
zemljo vso z močjo obideš,
vdahneš ji življenjske sile,
prebudiš pomladne vile!
Kamor tvoja noga stopi,
tam se vzpnejo žitni snopi,
kjer se z roko vej dotakneš,
cvetne prstane natakneš,
kjer čez polja pot te vodi,
blagoslov za tabo hodi!
Raste trava in drevesa,
smreka, bukev, hrast in breza,
kvišku veje si razteza,
brstje vznikne, sveže, mlado,
popje razcvete se rado!
Jurij, Jurij, srca nam ogrej,
daj, široko se nasmej
in ljubezen nam ponudi,
v nas življenje spet obudi!

Morda sem hrast vzravnan

Andrej Rant

Morda sem hrast vzravnan,
ki v brezo sloko se zaljubi;
morda sem brest od sonca obsijan,
ki vrbo vztrajno snubi.
Ne, nisem hrast vzravnan,
ki hrapav ti objem ponudi,
ne brest, ki vrbo snubi;
jaz veter sem, ves razigran,
ki veje tja, kjer se mu zljubi!
Čez plan se vsipajo poljubi
na vrat in v tvojo dlan!

Kresnice

Andrej Rant

Kresnice iz lesov se dvigajo,
pod zvezdnato nebo,
v dušo misli segajo;
kje smo in kam gremo?
In koliko je zvezd
in daljnih zvezdnih cest!
In koliko je bitij in svetov,
ki se rojevajo, gredo, minevajo!
Tu smo in ne vemo,
kdo smo in kam gremo;
ker vse je že bilo,
in vse še bo...

E-naslov: andrej.rant@yahoo.com

Bilo je nemalokrat težko, toda kljub vsemu lepo, vredno začetne zdravniške poti

V pomoč in spodbudo mladim pri iskanju delovnih mest

Karolina Godina

Ob zaključku študija na Medicinski fakulteti v Ljubljani na oddelku za splošno medicino in opravljenem stažu v kliničnih ustanovah v Ljubljani mi je profesor dr. Stanko Mahkota, predstojnik Interne klinike, napravil nemalo presenečenje. Na podlagi njegove ocene o mojem »vestnem delu in prizadevanju za bolnike« mi je ponudil specializacijo iz interne medicine na tamkajšnji kliniki brez običajnega predhodnega nekajletnega dela v splošni ambulanti.

To je bilo zame, rojeno kmečkim staršem v prekmurski vasi Dolnja Bistrica, veliko priznanje uglednega strokovnjaka na področju takratne slovenske in jugoslovanske interne medicine. Ponudba je udarila kot strela z jasnega v moj mladostni načrt – končati študij medicine in se vrniti v Prekmurje, ki je bilo že takrat v gospodarskem in političnem pogledu močno odrinjeno od slovenske prestolnice. Vrniti se v pomoč bolnikom in v zahvalo staršem, ki sta kljub težkemu življenju na kmetiji dala obema hčerama možnost visokošolskega študija. S težavo sem odklonila profesorjevo velikodušno ponudbo in mu obljubila, da se vrnem v Ljubljano, ko poravnam svoj dolg. Še danes slišim,

kako, sklonjen nad svojo pisalno mizo, zaključuje najin pogovor: »Vrnili se boste razočarani. Toda za nas bo že prepozno.«

Tako sem se leta 1971 zaposlila v Splošni ambulanti Pomurskega zdravstvenega doma v Murški Soboti in kot začetnica stanovala ves čas v stari hiši na obrobju mesta kot podnajemnica. Zaradi pomanjkanja zdravnikov sem z veseljem že v začetku sprejela še dodatno honorarno delo, dvakrat tedensko po 2 uri v popoldanskem času, v Domu počitka Rakičan, oddaljenem 3 do 4 km od mojega prvega delovnega mesta. V njem je bilo takrat 145 oskrbovancev iz več občin. Od teh je bilo več kot 100 nepomičnih, nemalo umirajočih. Za vse sta skrbeli dve redno zaposleni medicinski sestri. Moje prvo prevozno sredstvo po cesti skozi polstoletni drevored topolov k stari rakičanski graščini je bilo črno žensko kolo znamke Rog. Kupila sem ga iz prve zdravniške plače obenem s pralnim strojem znamke Gorenje, prvim darilom za moje starše. To kolo mi služi še danes za krajše izlete. Hranim ga kot spomin na tiste nepozabne prekmurske poti k Domu počitka Rakičan, oddaljenemu od ljudi. Te so bile



Štorklje v svojem gnezdu na Dolnji Bistrici leta 1972.



Zdravstveni delavci iz Splošne ambulante v ZD Murska Sobota na pikniku pri predstojnici Anici Gregorc Kastelic, dr. med., ob Blagoškem jezeru leta 1972 (prva od leve je infektologinja v pokoju, prim. Vilma Vlaj, dr. med., Karolina Godina, dr. med., sedi desno v beam).

ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

najlepše takrat, ko je ob zlati pšenici ob njih valoval nežen kot nebo moder lan v družbi rdečih makovih cvetov.

Kmalu sem spoznala, da moja odločba o honorarnem delu v velikih sobanah stare graščine, ki je bila takrat edino zadnje za točišče za bolne in ostarele daleč naokrog, ne zadošča njihovim zdravstvenim potrebam. Odgovor na tovrstna prepričevanja je bil, je še danes v zdravstvu in bo tudi znanjem stalnica – pomanjkanje finančnih sredstev. Zato sem v svoji mladostni zagnanosti, polna ljubezni do bolnikov, vzela zadevo v svoje roke. Odločila sem se za dodatno, prostovoljno, neplačano delo s temi ostarelimi bolnimi ljudmi. Tako so bili moji prosti popoldnevi namenjeni njim. S prizadevnostjo obeh medicinskih sester nam je uspelo s pravočasnimi pregledi, uvedenimi laboratorijskimi preiskavami in ustrezno terapijo že v prvem letu zmanjšati smrtnost na polovico. Naše veliko zadoščenje in izboljšanje zdravstvenega stanja oskrbovancev pa je spremljala vse večja nejevolja zunanjih iskalcev prostih postelj in daljšanje čakalne dobe na nje.

Iz tega začetnega zdravniškega obdobja se še spominjam svojega prvega članka na zdravstvenem področju, objavljenega v Pomurskem Vestniku leta 1972: »S čim so zadovoljni oskrbovanci Doma počitka v Rakičanu«, in poznejšega iz istega leta: »V Domu počitka Rakičan dobro prestali cepljenje.«

Ko se po končanem dolgoletnem zdravnikovanju rada pogosto vračam v deželo mrtvih rokavov Mure, belih lokvanjev, štokel in drugih redkih vrst ptic, mi v Murski Soboti in Rakičanu vselej oživi spomin na velikodušnega ljubljanskega profesorja interne medicine in moje začetne zdravniške korake v rodni deželi. Bilo je nemalokrat težko, toda kljub vsemu lepo, vredno moje mladostne zdravniške poti.

Kaznovanje

Albert Juteršek

Pred štiridesetimi leti smo bili na desetdnevnih »sindikalnih« počitnicah v bližini Poreča, v Špadičih, kjer je imel zdravstveni dom nekaj bivališč za svoje delavce. Bilo je po dežju, morje je bilo še hladno in otroci so se igrali v mivki balinišča. Zgradili so si gričke, polnili svoja majhna vedra z mokro mivko, postavljali stožce in med njimi gladili ceste. Starši smo sedeli v travi in uživali v miru. Tedaj pa je tišino prekinil krik in nato jok. Punčka kakih štirih let je jokala in si z glave in obraza brisala mivko. Fantek, približno enake starosti je tekel od nje k drugemu gričku in otroka, ki se je tam mirno igral, udaril z železno otroško lopatko po glavi. Tudi ta otrok je zajokal in ni razumel, zakaj je dobil nenadni udarec. Fantek je tekel naprej in vsakega otroka udaril po glavi.

Poprej sem ga videl, da se je dolgočasil ob štirih igralcih taroka, dveh mladih pari. Nihče od njih se ni zmenil zanj, niti za vrišč, ki ga je povzročal. Tekel je po mivki naprej. Bil sem prepozen, da bi popolnoma zaščitil svojo štiriletno hčerko, lahko sem pa



Karolina Godina, dr. med. (desno), z glavno sestro Francko Drvarič (v belem) in srednjo medicinsko sestro Elizabeto Pozderez iz Doma počitka Rakičan pred tamkajšnjo graščino leta 1972.

fantku še rekel, da ga bom po riti, če bo še enkrat prišel mimo. Pogledal me je, kot da me ne razume, tekel k naslednjemu otroku, ga z udarcem spravil v jok. Zadnji v vrsti, jokajoč, ni bil več zanimiv in fantek je pritekkel do mene, vihteč lopatko. Kar polno sem bil zaposlen, ko sem ubranil z eno roko udarec po hčerki ni glavi, z drugo roko pa sem le malo oplazil zadnjico tekača, toliko da je za trenutek zastal in se obrnil.

Njegova starša v četverici s tarokom se nista zmenila za dogajanje, bil sem pa besen, da bi se spopadel z vsemi štirimi. Fantku sem mirno rekel, če mi čisto malo posodi lopatico, da bom na gričku iz mivke, zraven katerega sem počepnil, naredil potko. Podal mi je lopatko, zgladil sem v mivki cesto, nato sem hotel narediti še tunelček, pa je bila mivka že presuha. Vprašal sem ga, če bi lahko on naredil potko naprej, in mu podal lopatko. Počepnil je ob gričku, naredil potko in me nekoliko začudeno gledal, pa rekel: »Ati«. Prav zares se mi je zasmilil. Od takrat naprej ni bilo več joka pri igri, igra taroka pa je tudi tekla naprej.

Ob tem se spomnim pripovedi moje matere, kako je posegla v igro dveh mesarskih psov. Pred drugo vojno je vsak teden vozil mesar z vozom meso iz Kranja v Kamnik. Tistega dne sta ga spremljala dva velika psa. Zalotila sta mačka kakih sto metrov vstran od ceste in ga pričela trgati. Moja mati je vsa iz sebe brez uspeha kričala nanju, nato pa je proti njima vrgla še grablje, ki jih je imela v rokah. Psa sta odskočila, pustila že mrtvega

mačka; verjetno se matere ne bi lotila, takrat pa je že priteknel njun lastnik in ji rekel, kako da si je upala poseći med dva tako velika psa. Mati mu je razburjena rekla, da bi ju moral imeti privezana in še z nagobčnikom. Mesar ji je ponudil revolver, naj ju kar ustrela, če misli, da je tako prav. Pa mu je mati dejala, da psa nista nič kriva, če bi že koga ustrelila, bi ustrelila njega, ki brez vesti dopušča takšne grozote. Potem je kmalu prišla vojna.

Maji

Tomaž Rott, Urška Gantar Rott

Maji so predstavljali dobesedno »najsijajnejšo džungelsko kamenodobno kulturo«, ki se je razvijala predvsem na področju današnjih držav Gvatemale, Južne Mehike z Jukatonom, Belizeja, Hondurasa in El Salvadorja, kjer so gradili tempeljske komplekse in se v njihovi bližini naseljevali. Majevska kultura naj bi trajala vsaj dobrih 2500 let, po navedbi mehiškega narodnega antropološkega muzeja od leta 1000 pr. Kr. do leta 1521. Prva naselja predklasičnega obdobja so sicer nastajala že od 2000 ali vsaj 1500 let pr. Kr. naprej, vendar mesta z večjimi stavbami verjetno okrog leta 500 pr. Kr. Klasična doba naj bi se začela med leti 150 pr. Kr. do 250 po Kr. in trajala do približno leta 900. Poklasična pa od takrat naprej do začetka 16. stoletja. Nekateri konec povezujejo s prihodom Špancev leta 1519, drugi z zavzetjem azteškega imperija leta 1521, tretji pa vsaj z začasnim zavzetjem majevskega mesta Chichen Itza leta 1531. Ne glede na vse te neusklajene letnice, je blišč majevske civilizacije zbledel že nekaj stoletij pred prihodom Špancev, življenje Majev pa se nadaljuje vse do danes.

Njihov življenjski prostor je zajemal tri območja, ki si jih še danes deli 20 rodov oz. 6 do 10 milijonov Majev, ki govore več jezikov. Zaradi preganjanja je njihovo točno število težko

določljivo. Najbolj zgodaj je bilo poseljeno višavje Gvatemale in zahodnega El Salvadorja (višavski Maji). Najvplivnejša in največja mesta pa so nastajala na območju vlažnih tropskih gozdov v Severni Gvatemali, zahodnem Hondurasu in predelih mehiških držav Chiapas in Tabasco (petenski Maji), kjer se jih je še do danes ohranilo največ. Tretje področje pa predstavlja pretežno ravninska džungla severnega Jukatana (jukatanski Maji). Pri odkrivanju propadlih majevskih mest si pomagajo s satelitskimi posnetki: barva dreves okrog majevskih ruševin se je spremenila zaradi uporabljenega apnenca pri nekdanji gradnji. Poleg tega posnetki kažejo na obseg sekanja dreves. Za apno, potrebno za kvadratni meter zida, so morali sežgati 20 dreves.

Prvotno obredna središča z velikimi stavbami so postopno prerasla v **majevske mestne države**. Zanimivo je, da so vsaj nekatera mestna središča v neposredni bližini depresij, ki se v deževni dobi zamočvirijo. To pa so Maji dobro izkoristili v poljedelske namene. V samih mestih so bila svetišča, palače z dvorišči, stopnišči, terasami za vladarje in visoko duhovščino, odprti razsežni trgi, v številnih igrišča za igre z žogo (v Mezoameriki so jih odkrili preko tisoč). Izven mestnega jedra pa so v skromnih kolibah živeli preprosti ljudje, včasih tudi več

kilometrov stran od tempeljskega kompleksa. Maji niso nikoli ustanovili skupnega imperija in niso imeli enega vladarja, družba je bila ohlapna zveza mestnih držav, ki so jih povezovali skupni jezik, vera in kultura. Zaradi necentralizirane razdrobljenosti so si jih osvajalci le počasi podrejali. Znani so po izjemnih dosežkih v matematiki, astronomiji, arhitekturi, slikarski in kiparski, predvsem reliefni umetnosti in pisanju.

V **matematiki** so uporabljali dvajsetiški sistem in računali z navadnimi in svetimi števili. Prva so sestavljale črtice in pike, druga pa



Chichen Itza. Castillo, Kukulkanov tempelj, koledarska piramida. Ob vznožju glavi kače.



Chichen Itza. Rilčaste glave boga dežja Chaca.



Palenque. Štukature, levo spodaj glifi.

20 slikovnih znamenj oz. glifov. Še pred Indijci in Evropejci so razumeli in praktično uporabljali pojem ničle (v obliki školjke). Števila so pisali od zgoraj navzdol in od leve proti desni. Računali so s celimi števili. Natančna astronomska opazovanja in računске meritve so omogočali oblikovanje natančnih koledarjev.

Maji so poznali **več vrst koledarjev**, ki so jih med seboj povezovali. Najpomembnejši je bil **verski** oziroma **obredni** koledar (tzolkin), sestavljen iz 13 obdobij po 20 dni (skupaj 260 dni). 365-dnevni **astronomski sončev** koledar (haab) je imel 19 mesecev, 18 po 20 dni (skupno 360) in enega s 5 dnevi, ki naj bi prinašali nesrečo (skupno 365 dni). Točnost njihovega sončevega koledarja (bolj točna od gregorijanskega in julijanskega) je skoraj identična s sodobnim izračunom astronomskega.

Za Maje so bili dnevi bogovi: vsak dan v posameznem od obeh omenjenih koledarjev je imel število in sliko oz. glif božanstva. Uporabljali so 19 glifov za mesece, 20 pa za dneve. Tzolkinov dan je bil sestavljen iz enega od števil od 1 do 13 in enega od 20 glifov za dneve, Haabov dan pa poleg števila še enega od 19 glifov za mesece. Vsak dan je tako imel štiri oznake, kombinacija vseh štirih elementov (števil in imen božanstev verskega in astronomskega koledarja) se je ponovila šele po 18.980 dnevih oz. 52 letih, kar moderni raziskovalci imenujejo **koledarski krog**.

Za določevanje časovnih razdobj, daljših od 52 let, so uporabili **koledar dolgega štetja časa**, ki je omogočil absolutno datiranje dogodkov. Ta nekiklični dvajsetiški koledar je uporabljalo več kultur v Srednji Ameriki, kot prvi verjetno Olmeki, Maji pa so ga izpopolnili. Koledar dolgega štetja določa dan s štetjem števila dni od domnevnega začetka sveta, ki naj bi bil po Majih v tzolkinu dan 4 Ahau in v haabu 8. dan meseca Cumku, po gregorijanskem koledarju pa 11. avgust leta 3114 pr. Kr. Za

preostale koledarje (baje skupno 17) je potrebno zahtevnejše znanje astronomije, matematike itd.

Koledarski sistem se je odražal tudi v arhitekturi. Vsaka zgradba Majev in nekaterih drugih mezoameriških kultur, npr. tajinska piramida s 365 vdolbinami, je okamneli koledar. Maji so bili obsedeni z datumskim označevanjem, ki so ga arheologi tudi najprej razvozlali, ko so prepoznali smisel črtic in pik ter včasih prav groteskni glifov. Na skoraj vseh stavbah, stopniščih in posvetilnih ploščah, stelah, v štukaturah, so poleg drugega vklesani datumi, ki so jih po določenih razdobjih dopolnjevali oz. dodajali, vključno z gradnjo nove stavbe oz. objekta. V klasični dobi so bili skoraj vsi napisi opremljeni z datumi, ki jih lahko do dneva natančno postavimo v naš koledar. Točnost datumov so potrdile tudi radiokarbonske in za keramiko termoluminiscentne preiskave.

V središču jukatanskega majevskega mesta Chichen Itza je simetrično grajen piramidast **Kukulcanov tempelj** oz. **Castillo** (Kukulcan je majevska pernata kača oz. azteška Quetzalcoatl, ista pernata kača tudi v olmeški in tolteški kulturi), ki v bistvu predstavlja sončni koledar in povezuje s svetim koledarjem. Sedanji tempelj je nadzidan preko prvotnega luninega. Ima štiri stopnišča po 91 stopnic, zmnožek teh števil (4 x 91) znese 364, skupno z zgornjo teraso pa predstavlja 365 koledarskih dni. Na vsaki strani stopnišča je devet teras, zmnožek (2 x 9) 18 predstavlja število mesecev po 20 dni, skupno 360 dni. Tem so dodali še 5 neugodnih dni za obdobje, ko so z daritvami mirili bogove.

Obloge vsake terase na piramidi imajo 52 plošč, ki ponazarjajo 52-letni cikel, koledarski krog, po katerem se sončni in sveti verski koledar uskladita oz. znova ponovita. Dodatna zanimivost tega templja: ob enakonočju se pojavijo na stopnicah omenjenega svetišča svetlobni učinki, ki izgledajo kot svetlikajoča



Tikal. Levo nevarno strmo stopnišče.

in spuščajoča se kača, ki konča ob kamnitih kačjih glavah ob vznožju stopnišča.

Teokratska vladavina je slonela na piramidni večplastni sestavi prebivalstva. Na vrhu je bil božji otrok Ahau oz. gospod, kralj z družino, sledili so vojaški poglavarji, visoki plemiči in plemkinje, duhovniki, na dvoru so bili tudi dvorni pritlikavci in godbeniki. Pomembni so bili tudi duhovniški pisarji, ki so nadzirali in vodili obrede. Med nižjimi sloji so bili trgovci in rokodelci različnih strok, ki so izdelovali tkanine, izdelke iz žadu podobnega materiala, nakit in okrasje iz perja, predvsem iz repa redke ptice kvecala, tukanov ali papig. Imeli so tudi dobro razvito kiparstvo in slikovito barvasto lončenino. Po nekaterih navedbah so umetniki in rokodelci »luksuznih« predmetov spadali v višji sloj.

Večino prebivalstva so predstavljali poljedelci, ki so živeli na obrobjih mestnih središč v skromnih kočah iz blata. Poleg kornu se so gojili buče, fižol, sladki krompir, bombaž, konopljo, tobak, uživali so v kakavu, ki so ga sladili z medom (v votlih drevesih so gojili čebele brez žela), Azteki pa z vanilijo. Mimogrede, beseda kakav izvira iz majevske besede za kakavovec cacahuatl, čokolada pa iz azteške besede xocolatl s pomenom grenka voda. Carel Linne je poimenoval kakavovo drevo *Theobroma cacao*,



Tikal. Tempelj I se je prikazal iz jutranjih meglic.

kar pomeni pijača bogov, to ime je izpeljal iz grških besed theos - bog in broma - pijača. John Q. Tullius je rekel: »Devet od desetih ljudi ljubi čokolado. Deseti vedno laže.«

Iz drevesa sapatilje so pridobivali lepilo in pravi žvečilni gumi, ki ga je leta 1869 po prihodu iz Mehike populariziral William Wrigley. Prehrano so dopolnjevale deloma gojene ribe, purani in divjačina. Ob skromnem primitivnem orodju, kopalnih palicah za delanje lukenj za saditev semen in lesenih rovačah, pluga niso poznali, so jim bili v veliko pomoč namakalni sistemi. Tanko plast zemlje so za nekaj let »pognojili« s sežiganjem pri krčenju gozdov.

Del pridelka so morali oddati gospodi. Za propad Majev je bilo verjetno usodno njihovo ekstenzivno kmetijstvo. Manj naporno kmetijstvo jim je omogočalo tudi sodelovanje pri gradnji piramid, vendar brez kovinskega orodja, brez vozil na kolesih, brez tovnih živali. Pri prevozu gradbenega materiala, predvsem v nižinski džungli, so bile najbolj pomembne naravne vodne poti in povezujoči kanali (ki so jih odkrili sateliti), saj v džungli ni bilo mogoče graditi ustreznih cest. Vseeno so bila nekatera mesta povezana s cestami, tlakovanimi s ploščami iz apnenca.



Chichen Itza. Caracolo, polž, observatorij.



Jezero Atitlan.

Njihove piramide so predstavljale pretežno majevske »gore bogov«, za razliko od egipčanskih, ki so bile namenjene predvsem za pokop faraonov. Le v redkih so odkrili grobnice vladarjev, predvsem v poznejšem času klasičnega obdobja. Za razliko od egipčanskih, ki so bile večkrat v celoti zgrajene iz kamnitih blokov, je sredino majevskih večkrat predstavljal grušč, obdan s kamnitimi balvani. Nasledniki posameznih vladarjev so že obstoječe piramide nadzidavali z novimi kamnitimi »oblogami«.

Maji so v času med 3. in 2. stoletjem pr. Kr. od Olmekov prevzeli in nadalje razvili **pisavo**, ki jo je predstavljalo približno 800 podob, simbolov, hieroglifov. S hieroglifi so zapisovali zloge ali cele besede. Pisava je v precejšnji meri razvozlana. Napis na kamnitih spomenikih, fasadah govorijo o vojnah in obredih, besedila na keramiki in v redkih ohranjenih zložljivih »knjigah«, kodeksih, pa so pisali o znanstvenem delu, njihovih mitih in dinastičnih zadevah.

Kodeksi so bili narejeni iz posušenih živalskih kož, lubja drevesa amate (*Ficus sp.*) ali tolčenih rastlinskih vlaken agav, prevlečenih s tanko plastjo apna. Zaradi prepričanja španskih osvajalcev, da so v knjigah »le praznoverje in hudičeve laži«, so v verski gorečnosti uničili skoraj vse knjige razen treh, ki so danes v Dresdnu, Parizu in Madridu. Kodeksi vsebujejo podobe v različnih barvah, hieroglifška besedila in koledarske podatke. Namenjeni so bili kot nekakšni priročniki vladarjem in svečnikom, ki so napovedovali astronomske pojave, razporejali letne dejavnosti in predpisovali obredna bogoslužja. V dresdenskem kodeksu so verjetno podatki o gibanju Venere. O kulturi Majev pripoveduje še en vir, knjiga Popol Voh, ki je neke vrste biblija

domorodcev. Začenja s stvarjenjem sveta in konča s prihodom Špancev. Majevski koledar, pisava in razumevanje astronomije, opazovanje sonca, lune in Venere, ki so jo imenovali Quetzalcoatl, naj bi bili tudi delna zasluga Olmekov. Na osnovi astronomskih opazovanj, vključno z opazovanjem Venere, so lahko napovedovali vremenske razmere, deževna obdobja, povezana z rodovitnostjo zemlje.

Nasprotno od Aztekov in Inkov, niso podjarmili okolnih ljudstev. Sprva je kazalo na miroljuben narod, odličen v arhitekturi, gradbeništvu, umetnosti in predvsem matematiki in astronomiji. Nadaljnja razbiranja tekstov pa so jih prikazala v bolj realni luči, z oblastizelnimi in okrutnimi vladarji, ki so tudi napadali sosednja kraljestva in žrtvovali ujetnike. Vendar so bile vojne Majev v bistvu bitke med oboroženimi kmeti in niso vodile k uničenju sovražnika, kar se jim je kasneje maščevalo. Poleg kopij z ostmi iz obsidiana, nožev iz kremena, so se bojevali s fračami, s katerimi so metali kot kurje jajce debele kamne, metali pa so tudi osja gnezda. V bitki je bil končni cilj ubiti nasprotnikovega poveljnika.

Življenje Majev je bilo močno povezano z **verskim življenjem**, v katerem je bilo uveljavljeno zapleteno **mnogoboštvo**. Najvišji božanstvi sta bila Itzamna oz. Hanab Ku, stvarnik vesoljstva, bog lune, iznajditelj pisave, zaščitnik učenja in znanosti, in žena IxChel, boginja stare lune, tkanja, medicine in rojstva. Kinich Ahau z velikimi slepimi očmi je bil bog sonca in izumitelj poezije, Chac je predstavljal pomembnega boga dežja in je bil povezan s Kukulkanom, bogom vetra. Chac je imel štiri pomočnike za vse strani neba. Nedvomno nenadomestljiv je bil Yum Kaax, bog koruze in flore.

Bogovi so združevali različne bitnosti, lahko so bili hkrati stari in mladi, prevzeli človeško in/ali živalsko podobo. Smrtnikom so se prikazali v obliki živali: jaguar je bil sonce, kača je predstavljala dež, netopirji pa smrt. Lahko so imeli dvojnika nasprotnega spola, utelešali so namišljene naravne sile, bili so hkrati naklonjeni in uničujoči, igrali vlogo mrtvih in živih itd. Bogove naj bi častili s poštenim življenjem, vzdržnostjo, plesom, darovanjem cvetja, hrane, pijače, okrasja, obredi žrtvovanja živali, samožrtvovanja krvi poglavarjev (saj naj bi bili potomci bogov) in včasih tudi z darovanjem človeških žrtev ujetnikov kraljevskega rodu ali celo lastnih ljudi. Človeške žrtve naj bi bile potrebne za preprečevanje kozmičnih katastrof.

Predklasično obdobje (1500 pr. Kr.–250). V tem obdobju so se podobno kot pri nekaterih drugih srednjeameriških kulturah pojavljale naselbine okrog svetišč, ki so se pozneje razvile v tempeljske mestne države. Prva velika mesta so zgradili okrog leta 400 pr. Kr. Med njimi je bilo veliko majevsko mesto **El Mirador**, ki je cvetelo med leti 150 pr. Kr. do leta 150. Mesto je zatonilo pred pojavom majevskih pisnih virov. V mestu so imeli umetni vodni zbiralnik, tlakovane ulice in dve piramidi, visoki 70 in 55 m. Območje je zajemalo 15 kvadratnih kilometrov v predelu Petena v severni Gvatemali. Mesto sta v klasični dobi zasenčila Tikal in Uxactun.

Stenske slikarije, odkrite leta 2001, dokazujejo, da so Maji imeli kralje že vsaj 100 let pr. Kr. Hkrati pa so tu odkrili tudi hierogliffe, ki izvirajo približno iz leta 150, kar kaže na obstoj pisave precej pred do sedaj domnevanim časom. Nekateri stele iz zgodnjega obdobja prikazujejo človeška žrtvovanja.

Klasično obdobje (v letih 250–900). Okrog leta 600 je v majevskem kraljestvu, bolje, konfederaciji mestnih držav, velikem 324.000 km², živel 13–15 milijonov ljudi. Eden zadnjih napisanih datumov pred zatonom tega obdobja je 10. februar 822. V tem obdobju teokratskih kultur so v mestnih državah vladali knezi – duhovniki, ki so odločali o vsem v življenju, od rojstva do smrti. Mestne države so postavile več kot 1000 stel.

Med mesti klasičnega obdobja so Palenke (**Palenque**, najbolj razvito med leti 400 in 850) v mehiški državi Chiapas, ki se je razprostiralo na površini 2500 hektarov, vplivno področje mesta pa je obsegalo kar 10.000 km². V mestu je med drugim tempelj napisov z lepimi, deloma barvitimi štukaturami, v istem templju pa nenavadno za majevske piramide tudi grob pomembnega kralja Pacala, ki je vladal v letih 615–683. Nad domnevno »palačo« se dviguje stolp, namenjen opazovanju okolice in verjetno tudi nebesnih pojavov. Ob stavbah ni stel. Štukaturne reliefne podobe ljudi na stenah stavb spominjajo na današnje prebivalce, potomce starih Majev z mesnatimi ustnicami, kljukastim nosom, širokimi ličnicami, čokato postavo s krepkimi nogami. Za koledarske izračune in spomin na teokrate so služili napisi na štukaturnih podobah in apnenčastih ploščah. Štuk in apnenec sta omogočila tudi izdelavo najbolj živih kipov majevske



Chichicastenango. Majevska tržnica, ženske v barvitih oblačilih, moški v vsakdanjih oblekah, tipični majevski profili.

kulture. Popolno plastiko so ustvarili v **Copanu**. V **Bonampaku** (novejše ime, ki pomeni »poslikane stene«) pa so odkrili čudovite freske in leta 2001 še starejše.

V Palenkah je tudi narodni park z opicami, ki se nam niso prikazale. Iz Palenk nas je pot vodila mimo turkizno modrih slapov Agua Azul sredi tropskega gozda (pazite se požrešnih drobnih rdečih mravelj!) naprej v višavje Chiapasa do uporniškega centra zapatistov, San Cristobala de las Casas, ki je zaradi zanimivosti dobil naziv »pueblo magico«. V večernih urah zaživi prostor pred cerkvijo. Poleg zborovanja na trgu je bilo zanimivo poslušati skoraj revolucionarno petje pri zadušnici v cerkvi, kjer nam je bila razumljiva beseda libertad (verjetno se ni nanašala na osvoboditev duše od telesa).

Še bolj samosvoji so Tzotil Maji (ki govorijo enako imenovan jezik) v 2200 m visoki vasi San Juan Chamula. Imajo svojo vojsko in policijo. V cerkvi, zgrajeni na starem majevskem templju (prejšnja na pokopališču je pred 100 leti zgorela), lahko opazujemo mešanje krščanske religije in šamanskih obredov. Cerkev je nenavadno okrašena, gori veliko sveč, od podzemnega sveta nas ločujejo borove iglice, sveže seno ali drevesno listje. Za obred so potrebne sveče, kadilo, alkohol, kokakola. Darujejo lahko jajca ali v ta namen zavijejo vrat kokoši.

Iz Mehike smo se nato napotili proti Gvatemali, deželi vulkanov (od 30 so štirje delujoči, tu se stikajo tri tektonske plošče), tja do najlepšega jezera na svetu (po besedah Aldousa Huxleya, ki verjetno ni spoznal Bleda in Bohinja) na višini 1600 m, obkroženega s tremi vulkani. Mi smo želeli predvsem obiskati največjo majevsko tržnico v Gvatemali, v mestu Chichicastenango, nekdanjo prestolnico Gvatemale Antigua, ki so jo končno vsaj delno obnovili po katastrofalnem potresu leta 1773, saj je nekdanj predstavljala biser kolonialne kulture, se sprehoditi na delujoči vulkan Pacaya, preden bi si ogledali z džunglo prerasli Tikal. V Gvatemali so nas med ognjeniki deloma varovali



Priprava tortilje enaka že nekaj tisoč let.

varnostniki, ki bi bili potrebni tudi v Gvatemala Cityju, saj je to postalo eno najbolj nevarnih mest.

Med mesta klasične kulture sodita tudi **Tikal** in **Calakmul**. V prvem je živel na površini 60 km² od 40.000 do 100.000 ljudi, Palenque in Copan pa sta jih imela približno po 20.000. V Tikalu, ki se je sicer razprostiral na površini 65 km², ruševine prerašča visok vlažen tropski gozd, ki zaradi vlažnosti še z dodatnimi meglicami skriva sledi Majev. Nad njim pa se dvigajo do 70 m visoke zelo strme tempeljske piramide, ki so bile do pojava nebotičnikov v ZDA najvišje stavbe v Ameriki. V mestu so našli na steli enega najstarejših zapisov datuma: 8.12.14.8.15., kar bi ustrezalo 6. juliju 292. S tem datumom se po mnenju nekaterih začne kronologija klasične dobe in traja do leta 909. Kamniti zidovi so ometani z apnom. Dve izmed sicer zelo strmih piramid nosita izklesano streho v obliki grebena. Nekatere piramide so imele 9 nadstropij, ki predstavljajo 9 plasti majevskega pekla z imenom Ksibalba (kraj strahu). Stopničasta gmota piramid je bila iz grušča, obdanega s kamnitimi zidovi, ki so bili prekriti s štukom in rdeče pobarvani. Nad velikim trgom se vzdigujejo tri piramide. Predstavljale so svetišča, mavzoleje prednikov in velikanske gledališke odre za obrede. Pod templjem I (tempelj jaguarja) je pokopan kralj Jasaw Chan K'awiil oz. Ah Cacao, pod nasproti stoječo piramido II (tempelj mask, ki mu nekateri pravijo tudi majevski Taj Mahal) pa ena od njegovih žena, Kalajuun Une' Mo'. Vladařji so nosili krone v obliki živalskih glav z velikimi perjanicami. V perjanicah so bila dragocena peresa svete ptice kvecal (quetzal, sedaj tudi gvatemalski denar in nacionalna ptica države), včasih tukanov ali papig. Pri Majih je plenilca kvecala čakala smrtna kazen. Poleg redkega kvecala so se v Gvatemali kot eni redkih držav ohranili še jaguarji.

Iz stenskih poslikav, okrasja lončenine, reliefnih skulptur je možno prepoznati žrtvovanje živali, npr. jaguarja, samodarovanja krvi kraljevske družine, obglavljenja vojnega ujetnika.



Antigua. Naša gospa La Merced.

Množičnega človeškega žrtvovanja pri Majih ni bilo. Zajeti sužnji niso bili darovani, če niso bili plemenitega rodu (sužnji pa so lahko postali zajeti vojaki in Maji sami, če so zagrešili kriminalno dejanje ali niso odplačali svojih dolgov).

Do leta 800 so propadle nižinske, do leta 900 preostale državi- ce, ko je prišlo do zloma teokratskih kultur in nenadoma ni bilo več novih datumskih zapisov, ki so se poprej skoraj ciklično ponavljali. Vzrok propada ni povsem znan, lahko bi šlo za naravne katastrofe, bolezni, tuje vpade, iztrošenost zemlje. V usedlinah jezer so ugotovili, da je cvetni prah dreves povsem izginil v 9. stoletju, torej je do takrat prišlo do obsežnih in usodnih golosekov. To naj bi po računalniških modelih pripeljalo do podnebnih sprememb z zvišanjem temperature za 3 do 5 stopinj, do 20–30-odstotnega zmanjšanja padavin in treh obdobjih hude dolgotrajne suše. Zato postopoma ni bilo več dovolj pridelka kljub širitvi džungelskega izsekavanja. Nastopila je lakota, nezadovoljstvo z upori, teokratska duhovniška aristokracija je izgubila svoj vpliv in oblast. Verjetno je šlo za kombinacijo več vzrokov. Maji so izsekali džunglo, da so pridobili zemljišča za saditev svojih poljščin, predvsem koruze. Njihovo kmetijstvo je bilo primitivno, saj niso poznali pluga, s palicami so vrtali v zemljo luknje, kamor so vložili semena. Pepel požganega gozda je nekaj časa zadostoval namesto gnojil, vendar se je zemlja počasi izčrpala, tanko plast džungelske zemlje je postopno izprala voda. Maji so tako v veliki meri sami prispevali h kroničnemu pomanjkanju vode in hrane. Vse to je lahko povzročilo selitev ljudstva na druge kraje. Milijoni ljudi so zapustili veličastna središča in mestne državi- ce so propadle, mogočne stavbe so izginjale v pragozdu.

Poznomajevsko (poklasično) obdobje po letu 900 je obdobje, ko so kneze duhovnike nadomestili posvetni vladarji. Označujejo ga majevska središča na severnem Jukatanu, kot sta mesti Uxmal in Chichen Itza, v katerih je živel po 20.000 prebivalcev. Največja skrb ljudi je bila posvečena dobremu pridelku.

Zato je bil pomemben in največkrat upodobljen bog dežja Chac, ki omogoča rast koruze, z nosom v obliki rilca.

Eno od glavnih središč, mesto **Chichen** (ne chicken!) **Itza**, ki so ga v 6. stoletju ustanovile skupine iz nekdanje majevske konfederacije in ljudstvo Itza neznanega izvora, je po letu 1050 tudi pričelo propadati. Znova je postalo pomembno med 11. in 13. stoletjem, ko je prispelo iz Tule tolteško pleme s pregnanim vladarjem, ki je močno vplivalo na nadaljnji razvoj in arhitekturo mesta. Vendar je bilo v začetku 13. stoletja mesto znova zapuščeno. Od leta 1536 je znova postalo romarski kraj za Maje iz vseh delov njihove dežele.

V mestu je nekaj zanimivih stavb. Omenjen je že bil »koledarski« tempelj Castillo. Druga pomembna stavba je **observatorij**, ki mu zaradi arhitektonske zasnove pravijo tudi polžja hiša (caracol). V sredino stavbe prodro sončni žarki samo dvakrat letno za nekaj sekund, kar je duhovnikom zadoščalo za določanje časa. Za astronomske pojave niso stegovali vratu v nebo, ampak so jih opazovali v odsevih na vodni površini.

Tempelj vojščakov je imel veliko pokrito stebrišče. Na vrhu je napol ležeči kamniti bojevnik, ki drži skledo, namenjeno za srca žrtvovanih. V mestu je tudi največje igrišče za igro z žogo, ki ima tudi zanimive odmevne zvočne fenomene.

V Chichen Itzaju je tudi stavba **La iglesia** (cerkev), kjer so jasni tolteški vplivi, nakazujejo se različno pobarvane maske dežnega boga Chaca z rilcem (rdeča - vzhod, bela - sever, črna - zahod, rumena - jug).

Caracol, stebrišče templja vojščakov oz. svetišča bojevnikov, špartanska podoba koledarske piramide Castillo, arhitektura in zunanje oblikovanje nekaterih stavb in predvsem čaščenje jaguarja kažejo na tolteške vplive.

Na apnenčastem Jukatanu je veliko kraških udornih jam z vodo, **cenotes** (majevsko dzonot, kar pomeni vodnjak), ki so bile ponekod edini vir vode, pa tudi kraj, namenjen verskim obredom in žrtvovanjem. Dve sta bili tudi v Chichen Itzaju, ena je predstavljala **sveti vodnjak**. Obredno žrtvovanje ljudi je bilo za prizadetega častno dejanje. Nekaj časa so mislili, da so v tem vodnjaku darovali zgolj mlada dekleta, vendar so pri raziskovanju tega jezera našli poleg lončenine, izdelkov iz žada, bakra ter zlata med ostanki 42 žrtev le 8 ženskih okostnjakov.

Nekaj medicinskih zanimivosti Maje

1. Maji so žrtvovali kri in ljudi tako v verske namene kot iz zdravstvenih razlogov. Še danes darujejo kri, le da je človeško kri nadomestila kri piščancev. Molitve, darovanje, žrtvovanje krvi, žganje kadila, obredni ples, uživanje in pitje se v cerkvah mešajo s krščanskimi obredi. Žrtvovanja ljudi, ki niso bila nikoli



Chichicasteango. Šamansko krščanska okrasitev cerkve.

tako številčna kot pri Aztekih, so predstavljala čast. Znano je žrtvovanje poražencev pri igri z žogo in ob svetih vodnjakih. Iz slik so poznana samožrtvovanja vladarskih družin in puščanja krvi: ženske so si v ta namen prebadale jezike s trnasto vrvjo, moški pa penis z bodico morskega biča. Spominjala naj bi na Quetzalcoatlovo stvarjenje človeka, ki je iz podzemlja prinesel kosti in s krvjo iz penisa ustvaril človeka.

2. Maji so želeli poudariti **lepoto svojih otrok**, kar je veljalo predvsem za višje sloje. Z deščicami so skušali sploščiti in podaljšati čelo. Poleg tega so skušali v prid »lepoti« doseči, da bi otrok gledal navzkriž, da bi škilil, zato so mu tik pred oči obesili nek predmet za tako dolgo, da se je škiljenje utrdilo za stalno. Plemenitašem so v lepotne namene tudi nazobčali zobe sekalce.

3. **Zdravilstvo** je bilo na visoki ravni. Zdravje in medicina sta bila zapletena mešanica razuma, snovnega telesa, vere, obredov in znanosti. Z medicino so se ukvarjali le redki izbranci, ki so jih času primerno odlično izobrazili, šamani, ki so delovali kot medij med snovnim in duhovnim svetom. Ker zdravljenje ni bilo povezano le z verovanjem in čarovništvom, so morali šamani imeti tudi medicinsko znanje in spretnost. Znano je, da so šivali rane s človeškimi lasmi, zdravili so zlome, bili so tudi spretni čeljustni kirurgi. Iz žadu podobne kamenine (pravega žada v Ameriki baje ni) in turkiza so izdelovali zobne proteze, zobe pa polnili z železovim piritom. Želja za potrebnim ali nepotrebnim »zlatim« zobovjem se je ohranila do današnjih časov, pa ne samo pri Majih, znana je pri Romih, nekaterih ruskih narodih in še kje.

4. Za **lajsanje bolečin** so uporabljali naravne halucinogene droge, ki so jih uporabljali tudi v obredih. Meskal iz agav, določene gobe, izvlečke rože »jutranja slava« iz rodu *Ipomoea*, tobak in rastline, iz katerih so delali alkohol. Kot je razvidno



Chichen Itza. Stena igrišča s kamnitim »košem« za igro z žogo.

na lončeninah in rezbarijah, so za hitrejšo absorpcijo in učinek snovi uporabili tudi analne aplikacije oz. klizme.

5. Za telesno in duševno očiščevanje so uporabljali **kopeli s potenjem** (zumpul-che). »Savne« so bile zgrajene iz kamnitih sten in stropa, v katerem je bila manjša odprtina. Z vodo so polili vroče kamne in se telesno in duševno očiščevali v pari.

6. Maji so ljubili **igro z žogo**. Gumijasto so prvi naredili Olmeki (v Evropi so bile iz sečnega mehurja). Njihova igra z žogo, pok-a-tok, še zdaleč ni bila športno udejstvovanje. Veri podrejeno igro so nadzirali duhovniki, saj naj bi 4 kg težka letеча žoga predstavljala sonce. Neprestano odskakanje žoge naj bi posnemalo večno gibanje zvezd. Igrišča v obliki prizrezane črke V so bila obrnjena proti severu in so predstavljala prispodobne neba in podzemlja. Igra je predstavljala boj med svetlobo in temo, zimo in poletjem, življenjem in smrtjo. Žogo so morali odbijati z boki, komolci in koleno (ki so jih zaradi trde žoge zavarovali z usnjenimi zavoji, na trebuhu pa so imeli vatirane predpasnike in na glavi čelado) in jo spraviti preko sredinske črte na nasprotnikovo polje ali pa skozi kamniti obroč, ki je štrlel iz poševnih stranskih sten. Poražence so daritveno žrtvovali. Na nekaterih upodobitvah iz obglavljenih žrtev raste rastlinje, kar naj bi kazalo, da so s tem zagotavljali rodovitnost.

7. Njihova **božanstva** so bila povezana tudi z različnimi obdobji človekovega življenja. Poleg osnovnih so imeli bogovi še posebne funkcije (kot poslanci, ki se s svojim omnipotentnim delom uveljavljajo na vseh strokovnih področjih kljub omejeni izobrazbi): Itzam Na je bil med drugim tudi zaščitnik medicine, njegova žena Ix Chel boginja varuhinja poroda in rojstva ter medicine. Da je medicina pomembna, je dokazoval še tretji bog medicine, Cit Bolon Tummera (morda bi nam v naših razmerah prišel prav kakšen od navedenih), Axhustal je bila boginja

rojstva, Ixtab z vrvjo okrog vratu boginja samomorilstva in obešencev (samomor naj bi vodil v nebesa, vendar so morali samomorilci za večno ostati v purgatoriju, nekakšnih vicah), Yum Cimil (ali Cizin), bog smrti, je imel telo skeletirano ali črno pikasto zaradi dekompozicije in prazne očesne kotanje itd. V purgatoriju pri bogu smrti, potresa in podzemlja, z imenom Ah Puch, so morali biti začasno vsi, razen padlih v boju in umrlih porodnic, stalno pa samomorilci.

Velja poudariti, da so pri poimenovanju bogov, oseb in krajev zaradi različnih jezikov in pisav težave. Vsekakor niso zaželeni samo fonetični izpisi.

8. Pestra in večji del zdrava **prehrana** prihaja prav iz Mehike in Srednje Amerike: arašidi, gvava, paradižnik, avokado, papaja, ananas, koruza in čili. Ob žvečilnem gumiju verjetno tudi čokolada, čeprav kakavovec izvira iz Južne Amerike. Zrna kakavovca so bila tudi denarno nadomestilo. Za nekaj zrn si lahko kupil purana.

Zapuščena, porušena in s pragozdom znova in znova preraslata majevska mesta so bila po postopnih španskih osvojitvah zunanjemu svetu več stoletij praktično nepoznana do odprav in raziskav Fredericka Catherwooda in Lloyda Stephensa v 19. stoletju, ki sta končno odprla vrata k odkrivanju mističnih majevskih naselbin. Temu danes precejšen delež prispeva tudi Ivan Šprajc, ki se je kot mezoameriški arheo-astronom med drugim ukvarjal z Venero, Quetzalcoatlovo zvezdo. Zgodovina predkolumbovih mezoameriških kultur je manj znana, podobno kot predinkovske kulture Južne Amerike. In kot pravi priznani slovenski raziskovalec majevske kulture v svoji knjigi Quetzalcoatlova zvezda, je zanimivo, »da so kljub (nedvomni) osamitvi bile andske in mezoameriške kulture v splošnem podobne drugim velikim arhaičnim civilizacijam«, da so se na praktično ločenih predelih zemlje neodvisno postopoma razvijale podobne kulture tako arhitektonsko (piramide Mezoamerike, Egipta, Mezopotamije, Južne Azije, Kitajske) kot družbeno (od kultur nomadov, nabiralcev, poljedelcev, do teokratske družbe z razslojenim prebivalstvom ali vojaško strukturirane družbe itd.). »To kaže na psihofizično enotnost človeka, enakost, ki je neodvisna od rasnih razlik. Vsak človek se v podobnih okoliščinah odziva na podoben način na podobne izzive okolja, zaradi česar najde podobne načine prilagoditve, ki se odražajo v njegovi kulturi...« Staroameriške civilizacije so se razvile neodvisno od tistih v starem svetu. *Homo sapiens* se na podobne izzive okolja odzove podobno, kar velja za tehnologijo, gospodarstvo, družbeno-politično organizacijo in religiozne koncepte. Piramide so kljub mogočnosti najbolj enostavna oblika monumentalne gradnje, vendar jih v vseh kulturah gradijo predvsem v zgodnjih fazah, kasneje prevladuje prefinjenost gradnje.

E-naslov: tomaz1945@yahoo.com

Nesprejemljiva površnost

Boris Klun

V februarski številki Izide je bil objavljen članek o usodi bolnice, pri kateri devet zdravnikov ni ugotovilo navadnega zloma stegenice.

Ko članek prebereš, je zgodba povsem jasna. Gre za nesprejemljivo površnost in celo vrsto zdravniških napak. Zdravniška napaka, ki kot Damoklejev meč visi nad glavo vsakega zdravnika, mu grozi v vsem obdobju njegovega strokovnega dela, ki pomeni nesrečo za bolnika in za zdravnika, ki jo neredko spremlja privoščljivost kolega ali kolegov in ki odpira široko polje dela za zbornice, razsodišča, sodišča in seveda za rumen in še kakšen drugače pobarvan tisk.

Grožnja strokovne napaka ni niti po poklicih niti po teži enakomerno razdeljena. Novinar, ki piše v industrijskem glasilu, si jo bo komaj kdaj privoščil, politik v skladu s svojo vestjo in strankarsko disciplino občasno, filozof nikoli. Za kirurga, ki ga pred vrati čaka dvesto poškodovancev, pa je samo vprašanje časa, kdaj bo spregledal drobno poko v enajstem rebro levo.

Pri oceni napak se poleg najrazličnejših vidikov, navadno pa bolj na robu, omenja nujnost. S študijami je dokazano, da so napake redkejše, če ima zdravnik na razpolago dovolj časa, kot pa takrat, kadar se je treba odločiti v trenutku. Pogostejše so ponoči, več jih je ob nedeljah in praznikih, zlasti če je slednjih več skupaj. Veliko več se jih dogaja v nujni ali zaradi slabe organizacije kot pa ob bolniški postelji ali programirani operaciji.

Če bi zdravnik ob prometni nesreči sredi ceste ustavil krvavitev iz brizgajoče femoralne arterije in s tem rešil življenje, pri tem pa v prijemalko prijel še femoralni živec, ga utegnejo hudo vlačiti po sodiščih in slabo se bo mogoče zagovarjati, da

je poškodba živca postala opazna le zato, ker je poškodovanec zaradi uspešne zaustavitve krvavitve ostal živ.

Ali lahko za devet nemarnih zdravnikov sploh najdemo kakšno opravičilo?

Ali sta možni dve resnici? Rashomon*?

Rajši jih postavimo takoj pred sodišče.

Tožilec bo v obtožnici predstavil potek:

91-letna bolnica je padla in tožila o bolečinah v kolenu.

Prvi zdravnik jo je iz zdravstvenega doma napotil v urgenco lokalne bolnišnice.

Drugi zdravnik je opravil klinični pregled, ugotovil, da je v kolenu prosta tekočina, napravil rentgensko sliko kolena, odstranil 90 ml krvi, predpisal fragmin in bergele in koleno je bilo delno imobilizirano na mavčevi longeti.

Naslednji dan je nastopila močna krvavitev iz prebavil, zato jo je **tretji zdravnik** napotil na internistično prvo pomoč.

Čerti zdravnik je potrdil krvavitev, ki je povzročila hudo anemijo. Dobila je 2 x 500 ml krvi. Očitno ni našel nobene zveze s poškodbo in napotil jo je na gastrokopijo.

Peti zdravnik je naredil gastrokopijo in ugotovil, da krvavitev ne prihaja iz zgornjega prebavnega trakta.

Šesti zdravnik je, očitno zaradi slabega stanja, napotil bolnico v 24-urni hospital. Ugotovljena je normalna vrednost krvnega tlaka.

Sedmi zdravnik je odredil transfuzijo koncentriranih eritrocitov in zaradi nemira močna pomirjevala.

Osmi zdravnik jo je napotil na oddelek za urgentno interno medicino.

Deveti zdravnik je nadaljeval z infuzijo fiziološke raztopine in nadaljeval s pomirjevali.

Naslednji dan se je stanje toliko izboljšalo, da bolnica ni bila več nemirna in zmedena. **Deseti zdravnik** je takrat opazil, da je spodnja okončina krajša, odstranil je imobilizacijo, ugotovil zlom, jo napotil na travmatološki oddelek, kjer je bila šteti dan po padcu operirana.

Pojdimo po vrsti in si od blizu oglejmo napake in nepravilnosti vsakega posameznika.



* Film znamenitega japonskega režiserja Kurosawe, ki prikazuje različno subjektivno percepcijo posameznikov, z enako verodostojnostjo istega dogodka.

Verjetno bo prvemu zdravniku težko kaj očitati, saj je pravočasno in po vseh pravilih napotil bolnico k travmatologu. Oprostimo še desetega, ki je problem rešil, tako da nam jih ostane osem.

Drugi zdravnik je po mnenju tožilca kriv, ker ni pregledal bolnice v celoti.

Za ostalih šest je tožilec menil, da so ponovno spregledali zlom in da so se osredotočili le na znake neke nove, zelo hude bolezni, ki so se pojavili v naslednjih dneh.

Audiatur et altera pars.

Tu se moramo ustaviti. Vsi vemo in tako piše tudi v knjigah in tako učimo študente, da je treba pregledati vsega bolnika od nog do glave. Prav tako pa vsi vemo, da je to v praksi vedno in povsod skoraj nemogoče.

Pacientka je povedala, da jo boli koleno, najdena je bila krvavitev v kolenski sklep, kar je bilo skladno tako z anamnezo kot z izvidom, in oskrbljena je bila po pravilih. Skrajšana noga, ki bi morala biti pri takem zlomu sicer opazna, se kaj hitro skrije pod kompresami ob punkciji ali navzdol potegnjenim krilom. Morda pa je bil zlom še impaktiran in skrajšave sploh še ni bilo. Kronična prenatrpanost na urgenci bi bila morebitno dodatno opravičilo.

O vzrokih, ki so privedli do napake, se lahko na sodišču razpravlja ure in dneve, v ambulanti pri krvavečem in šokiranem poškodovancu pa šteje čas v minutah.

Zdravniki (od tri do sedem) so se soočili z neko povsem novo boleznijo, ki je ogrožala življenje in ni imela nobene zveze s poškodbo, in so ustrezno ukrepali. Morda jim lahko očitamo počasnost, ki je nastajala ob premeščanju od enega zdravnika k drugemu.

Vmes se je vse skupaj zapletlo še s hudo anemijo, morda celo s hemoragičnim šokom, zmedenostjo in nemirom in ob tem ni bilo nobene potrebe ukvarjati se z oskrbljeno krvavitvijo v kolenskem sklepu. Ali ne bi spreten jurist ukvarjanja s kolčnim sklepom, ob zaskrbljujočem splošnem stanju, označil za strokovno napako?

Zdravnikom od tri do osem se očita, da niso opravili rektalnega, urološkega in ginekološkega pregleda. Ob današnjem stalnem strahu, da se bo zdravniku pripetila napaka, je seveda koristno, da narediš čim več preiskav. Za preštevilne še nikogar niso klicali na odgovornost, za eno, ki je izostala, pa že marsikoga.

Očitek, da ni bil narejen rektalni pregled, je upravičen, čeprav v tem primeru ne bi ničesar dodal k razjasnitvi krvavitve. Tožilec pa bo težko dokazal, da bi urološki ali ginekološki pregled pri krvavitvi iz črevesa kaj hitreje pripeljal do pravilnega zaključka.

Zato bo tožilec najbrž težko našel kaj hudo obremenilnega pri navedenih petih zdravnikih in se bo verjetno osredotočil na travmatologa. Namerne napake (pomembne v pravu) mu najbrž ne bo mogel očitati, pojasniti pa bo moral, zakaj ni naredil še tega in onega, kar bi ali ne bi odkrilo še ene poškodbe.

Ali ne bi na koncu, ob uspešnem izhodu, brez očitka cinizma lahko tudi rekli: »91-letna bolnica je bila deležna odlične medicinske oskrbe.«

Čeprav anekdotični primeri v medicini ne štejejo, na sodišču pa sploh ne, omenimo zelo poučen primer.

Današnji finančni minister in nekdanji kandidat za predsednika Zvezne republike Nemčije, Wolfgang Schäuble, je bil po atentatu nanj z več strelnimi ranami na hrbtu pripeljan v eno odličnih nemških univerzitetnih bolnišnic. Ni dvoma, da so ga zdravili skrbno in po vseh pravilih, toda šele po nekaj dneh so ugotovili, da je paraplegičen, in je tak tudi ostal.

V našem primeru bo slednjič sodnik tisti, ki bo razsodil.

Pred njim pa so, tam kjer prevladuje rumena barva z odtenki, že presodili in razsodili.

Ali lahko predvidevamo, da se sodnik ne bo pustil vplivati in da bo popolnoma neodvisno in brez pritiska sprejel odločitve? Ali si bo morebitni izvedenec upal napisati neodvisno izvedensko mnenje, ne da bi se izpostavil očitku o cehovski solidarnosti?

In ne nazadnje. Kdo se bo ustavil pri zmuzljivi organizaciji dela, kaj šele pri zdravstvenem sistemu, ki oba povzročata največ napak.

In še. Sodnik lahko primer strokovno dobro obvlada, ali pa slabše.

Nekaj dni nazaj me je ustavil sodnik, ki ga nisem srečal že vrsto let, in mi rekel: »Vesel sem, da vas spet vidim, odlično sva sodelovala kar nekaj let, vaša mnenja so mi bila v veliko oporo.« Pisal sem izvedenska mnenja za nekatere njegove primere.

Druga zgodba. V svojih zelo začetniških letih sem bil povabljen kot priča na sodišče. Mlad moški je padel, ni bil nezavesten, na kliniko je prišel peš, kirurg ga je pregledal, ni našel ničesar in ga je poslal domov. Ni pa naredil rentgenske slike glave. Naslednji dan je zaradi epiduralne krvavitve doma umrl.

Vse skupaj se je dogajalo v času, ko nismo imeli rengenskih filmov, danes težko razumljivo, takrat pa nič nenavadnega. Sodnik sploh ni hotel poslušati vpletenega zdravnika, temveč je ves čas zahteval en sam odgovor: »Ali ste imeli še en sam film?« Seveda ga je prizadeti imel, morda dva, pet ali celo deset, vendar je moral za vsak film temeljito premisliti, kdaj in pri kom ga bo uporabil.

Tempi passati. Med tem smo se, upam, vsi nekaj naučili in filme tudi imamo.

Pustimo torej našega sodnika, da pravično in nepristransko razsodi, kdo je kriv in kdo ne.

E-naslov: boris.klun@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.

