

IS IS

Glasilo Zdravniške zbornice Slovenije

December 2015

Številka 12

Slovenski nobelovci

S svojimi izjemnimi odkritji so se tudi trije slovenski zdravniki, Friderik Pregl in zakonca Cori, povzpeli v sam vrh znanosti in se z Nobelovimi nagradami zapisali med nesmrtno raziskovalce človeškega telesa.





pond

PREPOZNAVA IN
OBRAVNAVA ŽRTEV
NASILJA V DRUŽINI
V OKVIRU ZDRAVSTVENE
DEJAVNOSTI

29.–30. januar 2016

IZOBRAŽEVANJE S PODROČJA PREPOZNAVE IN OBRAVNAVE ŽRTEV NASILJA V DRUŽINI



V okviru projekta POND organiziramo 2-dnevna izobraževanja, ki potekajo od septembra 2015 dalje. Namen izobraževanj je zdravstveno osebje opremiti z znanjem in komunikacijskimi veščinami za izboljšanje prepoznavanja in obravnavanja žrtev nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti.

Predpis Ministrstva za zdravje namreč določa, da se morajo zdravstveni delavci vsakih pet let udeležiti izobraževanja o nasilju v družini, v obsegu najmanj 5 ur.

Kreditne točke: 12
Kotizacije ni.

POUDARKI IZ VSEBINE:

- osnovne značilnosti, oblike in dinamika nasilja v družini
- klinični in drugi znaki za boljše prepoznavanje žrtev nasilja v družini
- teoretične smernice ter praktični prikaz ustrezne komunikacije z žrtvami nasilja v družini
- primeri dobrih kliničnih in mednarodnih praks s področja prepoznavne in obravnave žrtev nasilja v družini
- izkušnje ter pričakovanja žrtev pri obravnavi v zdravstvenem sistemu
- koraki medinstitucionalnega sodelovanja pri prepoznavi in obravnavi žrtev nasilja v družini
- protokoli obravnave otrok in odraslih žrtev nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti

Vsebine interdisciplinarnega izobraževanja so usklajene s Strokovnimi smernicami za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti Ministrstva za zdravje Republike Slovenije.

Udeleženci izobraževanja prejmejo izobraževalno gradivo v obliki priročnika, namiznega seznama korakov za ukrepanje ter QR-kod za hiter dostop do izobraževalnih vsebin.

Več informacij in prijave na:

www.prepoznajnasilje.si

Izobraževanje Prepoznavna in obravnava žrtev
nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti bo
29.–30. januarja 2016

| Je zdravstvo rešeno?

Po besedah ministrice za zdravje Milojke Kolar Celarc, izrečenih na srečanju Društva ekonomistov v zdravstvu oktobra 2015, je slovenski zdravstveni sistem zelo dober in to potrjuje primerjava z drugimi državami. Zdravstveni sistem je k varčevanju prispeval že 420 mio. EUR. Dostopnost do javnega zdravja ne bo odvisna od denarja, ker je sedanji sistem preveč dober, da bi eksperimentirali. To je po njenih besedah ključno za ohranitev ravni, ki nam jo zavidajo tudi v najrazvitejših državah.

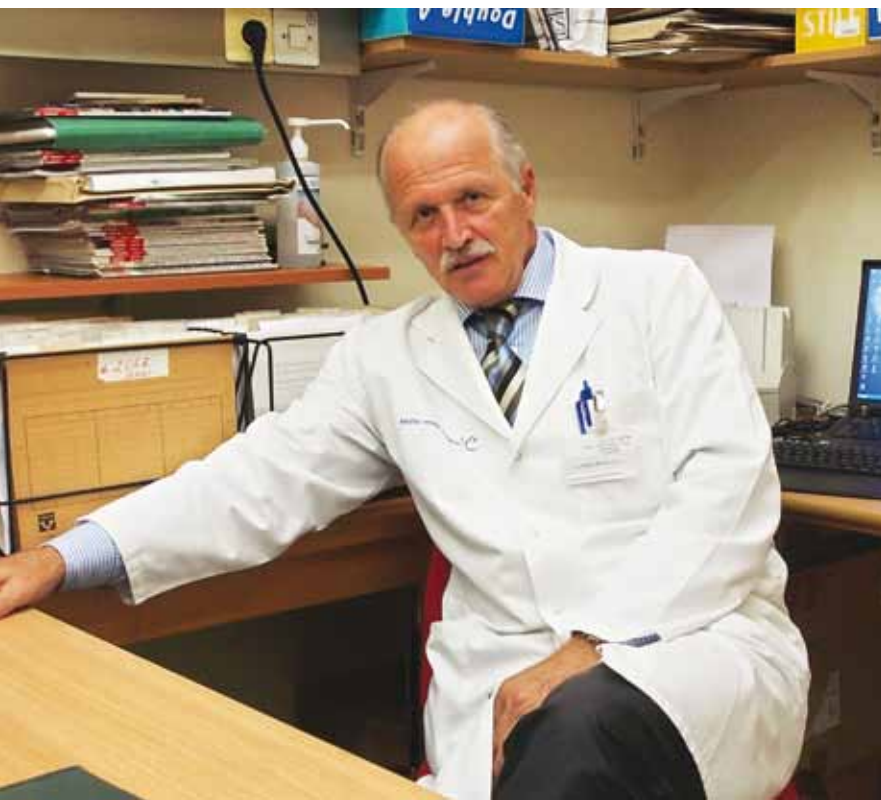


Foto Andrej Zore

Besede olajšanja za vse, ki smo zadnjih nekaj let vse pogosteje soočeni z velikimi težavami v slovenskem zdravstvu. Seveda se postavlja vprašanje, zakaj ob tako zavidanja vrednem zdravstvu sploh toliko slabe volje zadnjih nekaj let in številne menjave ministrov. Smo se vsi po vrsti, od predsednika države, predsednika vlade, predhodnih ministrov za zdravje in končno tudi slovenski zdravniki ušteli v oceni razmer v slovenskem zdravstvu? Morda gre za ministričin *lapsus linguae*? Ali pa smo morda le dočakali težko pričakovano rešitev in dobili ministrico, ki z nekaj potezami postavi stvari v zdravstvu na svoje mesto? Ali pa smo ponovno na starih poteh k že videnemu všečkanju z znanimi posledicami?

Bolj ko zdravniki govorimo o vse večjem zaostajanju slovenske medicine za svetom, več je

izražanja samorazglašene odličnosti in samozadostnosti. Večje ko so proračunske luknje, raje iščemo rešitve v prazni proračunski malhi, manj ko je na razpolago javnih virov, raje govorimo o javnem zdravstvu in zaničljivo o edini alternativni. Daljše ko so čakalne dobe na posege in specialistične preglede bolnih, raje govorimo o ohranjanju zdravja in izjemni dostopnosti bolj ali manj zdravih. Večje ko so zlorabe učečih se zdravnikov in bolj ko so izpostavljeni nekritični samostojni praksi v nasprotju s pravili učnih procesov, raje jih potiskamo v objem menedžerjev. Večja ko je zdravstvena ustanova, večja je verjetnost, da jo vodi v. d., in bolj ko govorimo o slabi poslovni praksi, manj imamo sreče pri izbiri ustreznih vodstvenih kadrov. Če pri tem pomislim še na obglavljenje največjih zdravstvenih ustanov v državi in zavist tujine do našega izjemnega zdravstva, se mi porajajo zlovešče misli.

Pogledi in usmeritve vseh zdravniških organizacij glede prognoze slovenskega zdravstva so žal daleč od razmišljanj prve dame slovenskega zdravstva. Nikakršna skrivnost ni, da potekajo intenzivni pogovori in izmenjave pogledov o najboljših rešitvah za prihodnost zdravstva med neodvisnimi poznavalci zdravstva. Ministrstvo za zdravje, kot je značilno zanj v tem mandatu, ne čuti potrebe po soočanju mnenj s preostalimi deležniki, kaj šele s slovenskimi zdravniki. Če smo pred časom še govorili »hiti preišljeno in počasi«, danes že govorimo, da se tudi počasi prav tako daleč pride. In tako hodimo že 10 let. Sodeč po izjavah, reforme v zdravstvu zanesljivo ne bo, kar je ob tej oceni navsezadnje povsem razumljivo. Le komu pade na pamet spreminjati nekaj, kar ti zavidajo najbogatejše in najrazvitejše države.

Kako načrtuje ministrica za zdravje s konkretnimi ukrepi še izboljšati že tako zelo dober zdravstveni sistem v Sloveniji? Resnih strukturnih sprememb ne bo, toda nekaj bo vseeno treba pokazati. Za začetek aktivnosti usmerja v uresničevanja 3. in 6. točke koalicijske pogodbe, ki

govorita o podeljevanju koncesij, specializacijah in pristojnostih Zdravniške zbornice Slovenije. Odvrčanje pozornosti od strateških težav slovenskega zdravstva in soočanja z njimi bo zamenjala brezkplodna razprava in začetek resnega nesporazuma z zdravništvom.

Zbornica je seznanjena z delovnim gradivom osnutka **Zakona o zdravstvenih delavcih**, ki ukinja **Zakon o zdravniški službi** in odvzema še tisto nekaj malega, kar simbolizira pomen nosilnega poklica v zdravstvu. Gre za še enega od poizkusov poseganja v zdravniško avtonomijo in temelje zdravniške samoregulacije. Zakon ne prinaša vsebinsko nič novega, kar ne bi bilo zajeto v številnih pobudah ZZS v zadnjih 10 letih glede noveliranja Zakona o zdravniški službi. Poskus ukinjanja Zdravniške zbornice Slovenije in ugoditev zahtevam Združenja zdravstvenih zavodov glede prenosa specializacij na zavode pa seveda tudi ni nič novega. Zdravstvo kot celota še vedno vedri v starih časih; še tisto, kar deluje, nameravamo razdreti in podoba socialističnega zdravstva bo spet popolna. **S strani ZZS in Koordinacije zdravniških organizacij je Ministrstvu za zdravje zelo jasno sporočeno, da Zakon o zdravniški službi nima alternative.**

Noveliranje **Zakona o zdravstveni dejavnosti** v delu, ki se

nanaša na koncesije, ni nič drugega kot nadaljevanje ideološke gonje proti zasebnim oblikam dela v zdravstvu. Malo smo razvili to obliko dejavnosti v Sloveniji (le 17 odstotkov zdravnikov koncesionarjev), da o 1 odstotku zasebnih postelj niti ne govorimo. Nesporno ima zasebna dejavnost velike zasluge za že omenjeno izvrstno oceno slovenskega zdravstva, zato so spremembe Zakona o zdravstveni dejavnosti skregane z razumom. Še posebej, ko postaja vse bolj jasno, da zgolj z javnimi viri ne bomo mogli vzdrževati hitrega razvoja medicine. Državljeni so zasebni praksi naklonjeni, navsezadnje v večji meri spodbuja ustvarjalni in podjetniški potencial med zdravniki. Koncesionarji imajo nadpovprečno število opredeljenih bolnikov, kot oblika dela so bolj socialno ranljivi in prožni. S spremembami se izkazuje strah pred konkurenčnostjo in krepitev že tako privilegiranih javnih zdravstvenih zavodov, kar pa je v temeljnem nasprotju s samim zakonom. Tudi v tem delu MZ sledi nameram Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, ki postaja v vse večji meri glasnik slabe poslovne prakse in retrospektive socialističnega zdravstva. Tudi ta sprememba zakonodaje nastaja mimo vseh zakonsko določenih postopkov. Vsebinsko je novela nepremišljena in v nasprotju z evropskim pravnim redom. Tematika, ki bi se morala reševati v okviru celovite zdravstvene

reformne, postaja, kot že večkrat do sedaj, predmet strankarske obsesije in odkljudanje točke v sicer nedomišljeni koalicijski pogodbi. **S strani Zdravniške zbornice in Združenja zasebnih zdravnikov je bila podana obsežna pravna utemeljitev, protest in zahteva, da se predlog umakne iz postopka. Spremembe odločno zavrača tudi Koordinacija zdravniških organizacij. O zelo resnem pomisleku slovenskih zdravnikov do teh namer sta z moje strani obveščena premier dr. Miro Cerar in predsednik države g. Borut Pahor.**

Spoštovane kolegice in kolegi. Z moje strani in tudi s strani ostalih zdravniških organizacij je bilo uporabljeno vse znanje, kar ga premoremo, da bi se vzpostavilo potrebno zaupanje in sodelovanje med slovenskimi zdravniki in Ministrstvom za zdravje v časih, ko je to nujno potrebno. Dogajanje presega moje sposobnosti razumevanja razmer in pristojnosti pri doseganju končne odločitve. V naslednjih dneh se bo sestala Koordinacija zdravniških organizacij, vrh slovenske stroke in prav gotovo boste svoje poglede na trenutne izzive v slovenskem zdravstvenem sistemu izrazili prav vsi slovenski zdravniki.

Z lepimi pozdravi
Andrej Možina



REPUBLIKA SLOVENIJA
SLUŽBA VLADE REPUBLIKE SLOVENIJE ZA RAZVOJ
IN EVROPSKO KOHEZIJSKO POLITIKO

Deseto izobraževanje Prepoznava in obravnava žrtev
nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti bo
29.–30. januarja 2016

Kotizacije ni.
Kreditne točke: 12

Več informacij in prijave na: www.prepoznajnasilje.si



Uvodnik

- 3** Je zdravstvo rešeno?
Andrej Možina

K naslovnici revije

- 8** Zdravnika – nobelovca slovenskih korenin: Friderik Pregl in Carl Ferdinand Cori
Zvonka Zupanič Slavec

Zbornica

- 12** Iz dela zbornice
- 16** »Zdravnik za zdravnika«
Branko Brinšek

Aktualno

- 17** Ali je po 30 letih HIV/aidsa odpraviti stigmatizacijo v zdravstvu še vedno izziv?
Janez Tomažič, Irena Klavs, Jože Balažič, Dušica Pleterški Rigler, Miha Lobnik
- 19** Zmanjševanje socialne stigme inkontinence
Božidar Voljč
- 21** Podprimo uvedbo učinkovitih ukrepov za zmanjševanje razširjenosti in posledic uporabe tobaka v nov zakon o nadzoru nad tobakom v Sloveniji
Helena Koprivnikar
- 24** Starost in demenca kot dejavnika tveganja za izpostavljenost nasilju v družini
Nena Kopčavar Guček
- 26** Častni člani SZD in novoizvoljeni primariji
Polona Lečnik Wallas

Iz Evrope

- 30** Preverjanje z izkaznico
- 30** Socialno zavarovanje: kartica (E-Card) zaenkrat brez slike

- 30** Krepitev poklicnega stanu namesto sumničenja
- 31** Primary Health Care: Pripravlja se zakon
- 31** ZDA: Škandal okoli ponudnika za splav
- 31** Rezultati sprejemnega testa za študij medicine

Mladi zdravniki

- 32** Izmenjava ENTOG na Nizozemskem
Andrej Cokan, Jure Klanjšček

Forum

- 33** Zahtevamo pomoč in spremembe
Ida Rus
- 34** O referenčnih ambulantah
Zlata Remškar
- 36** Rojeva se nova zavest
Uroš Dobnikar
- 38** Ali je zdravstvo res trgovina z mešanim blagom?
Marjan Jereb
- 39** Imamo meter
Nina Mazi
- 40** Odziv na članek Štirideset let intervencijske endoskopske retrogradne holangiopankreatografije (ERCP)
Franc Jelenc

Intervju

- 41** Goro Takano, pesnik, pisatelj, profesor za jezik in literaturo na japonski medicinski fakulteti
Igor M. Ravnik

Medicina

- 44** Vizite, oh vizite
Eldar M. Gadžijev

- 46** Precepljenost predšolskih otrok v ameriških vrtec
Alenka Trop Skaza

- 47** Krvavitve in nujni posegi ob zdravljenju z novimi peroralnimi antikoagulacijskimi zdravili – v pričakovanju protitučinkovin
Nina Vene

Poročila s strokovnih srečanj

- 49** 5. osteološki dnevi
Radko Komadina, Miro Čokolič
- 50** Kongres Evropskega združenja za ginekološko onkologijo
Žiga Jan, Sonja Bebar
- 51** 37. kongres evropskega združenja za parenteralno in enteralno prehrano ESPEN v Lizboni – najboljša mešanica najrazličnejših okusov
Matjaž Groznik
- 52** Smejalni plin vsakodnevni zobozdravniški praksi
Lenka Likar Ostrc
- 54** 8. Svetovni kongres ortodontov v Londonu
Sanda Lah Kravanja

Strokovne publikacije

- 56** Monografija o luskavici, spomenik pokojnemu prof. Alekseju Kanskemu!
Renata Završnik Mihič, Elko Borko

Strokovna srečanja

- 60** Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike
- 61** Strokovna srečanja
- 66** Mali oglasi

Iz zgodovine medicine

- 70** Dr. Marko Anton Plenčič,
predhodnik mikrobiologije
Jubilej – ob 310-letnici rojstva
Damjana Furlan Hrabar

Obletnica

- 72** 15 let delovanja Slovenskega
toksikološkega društva
Lucija Perharič

V spomin

- 75** Profesor Aleksej Kansky,
1925–2015
*Marko Potočnik,
Igor Bartenjev,
Jovan Miljković*

Zdravniki v prostem času

- 77** V boju za življenje odkrili
velik talent
Katarina Majer
- 81** Maceratio aethylica
Matjaž Lesjak
- 84** Literarno kolesarjenje 2015
Marjan Kordaš
- 89** Kamarik, konj z Altaja
Eldar M. Gadžijev
- 93** Obiskali smo Cerklje
na Gorenjskem z okolico ...
Mojca Kos Golja

Zavodnik

- 97** Zdravstvena reforma
kot test demokracije
Alojz Ihan

Kolofon

Leto XXIV, št. 12, 1. december 2015
Natisnjeno 9850 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

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

PRESEDNIK

Prim. Andrej Možina, dr. med.

UREDNIŠTVO

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

ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK

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

UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI

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 Meseč, dr. med., v. svet.
Prof. dr. Črt Marinček, dr. med., v. svet.
Asist. mag. Marko Pokorn, dr. med.
Asist. dr. Mirjana Rajer, dr. med.
Prim. doc. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med.
Prof. dr. Tomaž Rott, dr. med.
Asist. Aleš Rozman, dr. med.
Prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med., v. svet.

LEKTORIRANJE

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

OBLIKOVANJE

Agencija Iz principa

RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN PRIPRAVA ZA TISK – DTP

Stanislav Oražem

TRŽENJE

Polona Lečnik Wallas, univ. dipl. soc.
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

Tiskarna Povše

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

Članke oddajte v elektronski obliki. 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 × 1200 točk, to je okoli 2 milijona točk. Ločljivost najmanj 300 dpi. 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 določene rubrike honoriramo, pripišite polni naslov stalnega bivališča, davčno številko, davčno izpostavo, popolno številko transakcijskega računa in ime banke.

Poročila s strokovnih srečanj

Dolžina prispevka je omejena na največ 10.000 znakov (štetje brez presledkov). Priložite lahko eno fotografijo, v tem primeru ima prispevek lahko največ 9000 znakov. Če gre za srečanja z mednarodno udeležbo, mora poročilo vsebovati oceno obravnavanega področja medicine v Sloveniji.

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.

Napoved strokovnega srečanja

Za objavo dogodka v rubriki Strokovna srečanja (preglednica) pošljite podatke do 10. v mesecu na e-naslov isis@zss-mcs.si. Objavljeni bodo dogodki za največ tri mesece vnaprej.

Izjava uredništva

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

Letna naročnina

Letna naročnina za nečlane (naročnike) 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. 9,5-odstotni davek na dodano vrednost je vračunan v ceni. Poštnina je plačana pri pošti 1102 Ljubljana.

Zdravnika – nobelovca slovenskih korenin: Friderik Pregl in Carl Ferdinand Cori

Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec,
dr. med., Inštitut za zgodovino
medicine MF UL
zvonka.slavec@gmail.com

Friderik (Fritz) Pregl (1869–1930), zdravnik in univerzitetni profesor za medicinsko kemijo, slovenskih korenin, delujoč v Gradcu, se je leta 1923 z Nobelovo nagrado za kemijo zapisal med nesmrtni znanstveniki. Z razvojem kvantitativne organske mikroanalize je omogočil preučevanje snovi v 100- do 1000-krat manjših vzorcih kot dotlej in s tem revolucionarni napredek ne le v kemiji, ampak tudi medicini, biologiji in drugod. Njegove izboljšave so omogočile natančnejše delo v fiziološki kemiji, biokemiki so se lahko posvetili odkrivanju zgradbe in delovanja encimov, hormonov, vitaminov ter drugih organskih spojin, ki so v vzorcih v zelo majhnih količinah.

Le dobri dve desetletji po Preglu sta leta 1947 zakonca Cori prejela Nobelovo nagrado za fiziologijo ali medicino za odkritje encima fosforilaze, ki razgrajuje glikogen v glukoza-1-fosfat (imenovan tudi Corijev ester). Po njiju se imenuje tudi Corijev cikel, ciklično zaporedje procesov, v katerih se mlečna kislina iz

mišic po krvi prenese v jetra, v procesu glukoneogeneze pretvori v glukozo, ki se po krvi spet prenese v mišice. Zdravnik Carl Ferdinand Cori (1896–1984) je bil pravnuk ljubljanskega zdravnika Frana Viljema Lipiča, katerega družina prihaja iz Kroke.

Iz Preglove mladosti

Friderik Pregl je bil rojen v Ljubljani 3. septembra 1869 v hiši z naslovom Mesto 181 (na današnji Gosposki 19, kjer je gostilna Pod skalco). V arhivu ljubljanskih hiš beremo, da je bil njegov stari oče **Miha** – pisali so ga še kot Pregelj – kmečki sin iz Ustij pri Litiji. Ob Friderikovem rojstvu je bil že dve leti častni ljubljanski meščan, naklonjen slovenskemu narodnemu gibanju. Zbiral je sredstva za Čopov nagrobni spomenik in bil pri tem tako uspešen, da so poleg tega obnovili še Vodnikov in Linhartov kip. Friderikov oče **Raimund** je bil ponemčen blagajnik v hranilnici, mati **Fredericke**, rojena **Schlaker**, pa je bila Nemka. V letih 1880–1887 se je edinec **Friderik** šolal na ljubljanski klasični gimnaziji. Ocene v maturitetnem spričevalu niso bile blesteče, iz slovenščine je dobil zadostno šele pri popravnem izpitu. Boljša je bila le ocena iz fizike.

Po maturi leta 1887 in po očetovi smrti se je **Friderik z materjo preselil** k sorodnikom v **Gradec** in se tam tudi vpisal na študij medicine. Leta 1894 je bil promoviran za doktorja vsega zdravilstva kot dr. **Fritz Pregl**. Že v študentskih letih je delal kot demonstrator in asistent na fiziološko-histološkem inštitutu pri **prof. A. Rolletu** in se 1899 pri njem tudi habilitiral za docenta iz fiziologije. Izkazal se je kot izvrsten pedagog, prodoren retorik in osvojl srca študentov. Po smrti prof. Rolletta leta 1903 je pričakoval, da ga bo nasledil, a je bil zaradi mladosti imenovan le za neplačanega izrednega profesorja. Kmalu je odšel na **podok-**

torško izobraževanje v Prago in v Nemčijo. Obiskal je laboratorije: pri **G. Hüfnerju** v Tübingenu, pri fizikalnem kemiku **W. Ostwaldu** v Leipzigu (za utemeljitev **katalize 1909 prejel Nobelovo nagrado**) ter pri **nobelovcu**, nemškem fiziku **E. Fischerju** v Berlinu (njegova temeljna spoznanja v organski kemiji so se dotikala predvsem aminokislin, sladkorjev in purinov). **Vpliv Ostwalda in Fischerja** na Preglov znanstveni razvoj je bil izjemen.

Leta 1905 se je Pregl vrnil v **Gradec** in deloval kot izredni profesor na **Inštitutu za medicinsko kemijo**. Ukvarjal se je z **elementno analizo spojin**, še posebno žolčnih kislin. Poleg tega je opravljal delo glavnega forenzičnega kemika za graški okraj (tudi za Štajersko, Koroško, Kranjsko, Istro in Dalmacijo). Že pri prvih raziskavah kemičnih značilnosti žolčnih kislin je Pregl uvidel **preveliko porabo vzorcev**, ki jih je bilo težko dobiti: 200–300 mg za vsako elementno analizo. Zato je raziskave usmeril v **zmanjševanje količine vzorcev**. Pred Preglovimi dognanji sta elementno analizo uvedla nemški kemik **Liebig** in Francoz **Dumas**; njuna metoda biokemijske analize je veljala kar 80 let. Ko so biokemiki uspeli izolirati **vitamine** in **hormone**, je majhna količina teh snovi izpostavila problem **pomanjkljivosti analitskih tehnic**. Leta 1910 se je Pregl, takrat že **vodja Inštituta za medicinsko kemijo v Innsbrucku**, odločil izboljšati pripomočke.

Uvedba nove metode in Nobelova nagrada

Med letoma 1910 in 1913 je Pregl v **Innsbrucku** razvil osnove za **svojo kvantitativno organsko mikroanalizo**. Pogoji za to je bila tehtnica, ki je pri **teži 20 g** zaznala **odklon do milijoninke grama natančno**. Izdelalo jo je podjetje Kuhlmann iz Hamburga. Takrat je Pregl potreboval za analizo približno 10 mg snovi, kar je bilo od 10-

100-krat manj kot pri dotedanjih analitičnih metodah. Prepričan o svoji metodi je imel mnoge **predstavitve**, najbolj znana je bila na **kongresu naravoslovcev leta 1913 na Dunaju**, ko so med njegovim predavanjem sodelavci določili ogljik, vodik in dušik ter molekulsko maso vzorca. Za to so porabili namesto do tedaj običajnih treh ur manj kot eno uro. Med poslušalci navzoči **nobelovec E. Fischer**, pri katerem se je **preveril rezultate** in z besedami »zdaj verjamem« potrdil veličino Preglovega dela.

Oktober 1913 se je Pregl vrnil v **Gradec** in **prevzel katedro za medicinsko kemijo**. Vse življenje je posvetil kvantitativni organski mikroanalizi in tu dosegel največ, kar je znanstveniku dano: **razvil epohalno metodologijo**, ki se je kot blisk prenesla v vse laboratorije sveta in v njih dobila nepogrešljivo mesto. Leta 1917 je Pregl pri berlinski založbi **Springer** objavil knjigo z naslovom **Die quantitative organische Mikroanalyse (Kvantitativna organska mikroanaliza)**. Delo je do leta 1958 doživelo sedem ponatisov, v istem letu pa tudi dopolnitev **H. Rotha**.

Znanstveni uspehi in odmevne objave so Preglu prinesli velik sloves. Med drugim je leta 1914 prejel **Liebigovo nagrado** na Akademiji znanosti na Dunaju in leto zatem postal njen član. Zenit Preglove znanstvene poti pa je gotovo **Nobelova nagrada za kemijo leta 1923**. V času ustanavljanja ljubljanske univerze je v svoj program tudi vseučiliška komisija zapisala, da bi med predavatelje povabila dr. Pregla.

Redki dosežki v znanosti so delo enega samega človeka, enega samega uma ali popolnoma izolirani od dela drugih strokovnjakov s podobnih področij. Preglov graški kolega **F. Emich** z Visoke tehniške šole se je ukvarjal s podobno problematiko, a je bil leta 1910 do Preglovih ugotovitev zadržan. Pregl je svoja temeljna spoznanja objavil v knjigi leta 1917, Emich pa 1924. Ko se je okoli leta

1920 začelo govoriti o Nobelovi nagradi, je Pregl komisiji za podelitev Nobelovih nagrad predlagal Emicha. Vsak izmed njiju je delal zase in se samostojno dokopal do podobnih spoznanj. Običajno je **primat dodeljen tistemu, ki svoje delo prej objavi** in ga tako ponudi v dobro vsemu človeštvu.

Znanost – Preglova življenjska sopotnica

Zasebno življenje tega znanstvenika je bilo samosvoje. Ostal je **samski** in je le prijateljjeval s svojo nekdanjo študentko. Bil je **fanatično delaven**, pogosto je **spal kar v službi**, hranil se je v menzi. Vedno ga je obkrožala skupina znanja željnih študentov in mladih raziskovalcev, z vseh koncev sveta. Večji del **Nobelove nagrade je Pregl podaril graški univerzi** za gradnjo laboratorijev. Ko je bil Pregl v letih 1920/21 rektor graške univerze (1916/17 dekan medicinske fakultete), je v glavni stavbi dal narediti kuhinjo, kjer so revni študenti lahko jedli zastoj. Pregl je bil v Gradcu tudi zelo priljubljen; znan je bil po svojem pikrem humorju in vedrem gledanju na življenje.

Svoje premoženje je malo pred smrtjo zapustil Akademiji znanosti na Dunaju in še zdaj (ne več iz njegovega sklada) redno izplačujejo Preglove nagrade za mikrokemijo. Okoli leta **1925** je po **ustnem izročilu Univerzi v Ljubljani poklonil mikroanalizno aparaturo**, ki jo hrani **kemijska fakulteta** (dokumenta o tem ne poznamo). Uspešni učenci in dijaki pri nas prejemajo za odlične rezultate **pri kemiji Preglova priznanja**.

Dr. Pregl je ljubil gore in morje, leto za letom je obiskoval jadransko obalo, predvsem Mali Lošinj, prehodil je številne slovenske gore ter plezal v avstrijskih in švicarskih Alpah. Rad je tudi kolesaril. Malo pred smrtjo si je kot eden redkih Gradčanov kupil avto. Z njim je leta 1930 doživel tudi nesrečo. Ali je bila ta odločilna za njegovo smrt kmalu zatem, še do

danes ni čisto pojasnjeno. Znano pa je, da je v začetku zime 1930 zbolel za pljučnico in 13. decembra 1930 umrl, star 61 let. Pokopan je na graškem pokopališču Sv. Leonharda.

Nobelovec Carl Ferdinand Cori, pravnuk slovenskega zdravnika F. V. Lipiča

Carl Ferdinand Cori je bil rojen leta **1896** zoologu dr. Carlu Isidorju Coriju in **Marii Lipič**. Zakonca sta s tremi otroki živela v takrat največjem slovenskem mestu **Trstu**, tako da je bodoči nobelovec prvo desetletje preživel v slovensko govorečem okolju. Njegov pradedek, dr. Fran Viljem Lipič, je bil znan ljubljanski zdravnik, ki je leta 1836 napisal prvo znanstveno razpravo o alkoholizmu na svetu in bil kasneje profesor interne medicine na padovski in dunajski medicinski fakulteti.

O Lipičevi rodbini

Lipiči so morali v 17. stoletju iz političnih razlogov **zapustiti Boko Kotorsko**. Njihova večja veja se je naselila na **Gradiščanskem** (Ključarevac), druga pa v **Kropi**. Tam je imel ded Frana Viljema Lipiča **18 otrok**, 14. med njimi, z imenom Jožef, je bil **Viljemov oče**. Postal je **zdravnik** in se zaposlil na **Slovaškem**. Tam sta se mu med drugimi rodila **sin Viljem** in hčerka Terezija. Tudi Viljem je postal **zdravnik** in je leta **1823** začel **delati v Ljubljani**, kjer je spoznal bodočega psihiatra **Franca Köstla**. Razvilo se je tesno prijateljstvo, ki so ga okronale tudi družinske vezi, saj se je Köstl poročil z Viljemovo sestro Terezijo. Ko je Viljem dobil povabilo na Dunaj, mu je sledila tudi Köstlova družina. Po njegovi prezgodnji smrti leta 1845 so se njegova žena, njuni preživeli trije otroci izmed ducata ter Köstlova družina preselili v **Gradec**. Köstl je leta 1864 postal **prvi profesor psihiatrije** na Karlovi univerzi v Pragi, po upokojitvi in ženini smrti pa



Dr. Fritz Pregl je leta 1923 prejel Nobelovo nagrado za kemijo.

se je vrnil v **Gradec** in nadalje **vodil graško umobolnico**.

Köstlova knjiga o **endemični golšavosti** je polna **javnozdravstvenih pozivov za možno preventivo**. Podobna je Lipičevi študiji, ki poziva k omejevanju alkoholizma. Za Lipičevega svaka Köstla upravičeno domnevamo, da je z dolgoletnim sobivanjem s pomembnim javnozdravstvenim delavcem svoje dobe, Franom Viljemom, sodeloval kot asistent in se od njega učil novega, za tisti čas pionirskega javnozdravstvenega ravnanja. Bil je med prvimi v takratni monarhiji, ki je uvedel v **psihiatriji t. i. kolonialni sistem, izpustil bolnike iz kletk, jih zaposlil na poljih in v naravi**.

V **Prago** je Köstlu sledil tudi **Lipičev sin Ferdinand** in tam študiral **fiziko**. Po končanem študiju se je najprej zaposlil v Gradcu, kjer je postal profesor in ravnatelj višje tehnične šole (1865–1874). Kariero je nadaljeval v Pragi in postal **redni profesor teoretične fizike** na tamkajšnji nemški **univerzi**

Karla-Ferdinanda (1874–1910). V svoji karieri se je Ferdinand hitro vzpenjal, postal dekan Politehnike in nato **rektor praške univerze**. Po njegovi upokojitvi je njegov predmet nasledil dr. **Albert Einstein**, ki je leta 1911 postal tamkajšnji redni profesor za teoretično fiziko.

Ferdinandova hči Maria Lipič se je leta **1892** v Pragi poročila z dr. **Carlom Isidorjem Corijem**. Ta je v Pragi leta 1891 končal študij medicine in se odločil za delo v **zoologiji**. Na praški univerzi je bil med leti 1892 in 1898 privatni docent, od leta 1898 pa njen redni profesor za zoologijo. Istega leta je za 20 let prevzel vodenje **morske biološke postaje v Trstu**. Generacije slovenskih biologov in **oceanologov so zoologa Carla Isidorja** poznale po odličnem učbeniku biologije. Po razpadu monarhije se je vrnil v Prago in med leti 1919 in 1935 na naravoslovni fakulteti nemške univerze predaval zoologijo, bil v dveh obdobjih fakultetni dekan, leta 1930/1931 pa celo rektor. Leta 1935 se je upokojil in bil leta 1946 kot Nemeč preseljen na Dunaj.

Usodna ljubezen nobelovca Carla Ferdinanda

Sin Carla Isidorja Carl Ferdinand se je leta 1914 po končani tržaški gimnaziji odpravil na **študij medicine v Prago**, kjer je spoznal svojo bodočo ženo in kasnejšo **sonobelovko Gerty Thereso Radnitz**. Bila je **potomka bogatih čeških Judov**, proizvajalcev sladkorja, ki so živeli v najstrožjem centru Prage nasproti astronomske ure. Po družinskem izročilu Corijevih potomcev je znano, da je Carl Ferdinand še ob začetku prve svetovne vojne **zbiral** za očeta zoologa **po dalmatinskih otokih različne vrste mravelj**, ne da bi vedel, da se je začela vojna. O mravljah je tudi napisal svoj prvi članek. Med leti **1915 in 1917** je služil kot sanitetni poročnik na **soški fronti**.

Zaradi judovskega porekla je bila med drugo svetovno vojno družina Radnitz preganjana, Gertyjina mati pa je umrla v koncentracijskem taborišču Terezin. Gerty je želela študirati kemijo, vendar jo je njen stari stric, pediater, navdušil za medicino. Bila je **izjemno inteligentna** in je v dveh letih opravila popolno gimnazijo. Corijevi se zaradi njenega porekla niso navduševali nad poroko Gerty in Ferdinanda, vendar sta se kljub temu leta **1920 poročila** in se **preselila na Dunaj**. Gerty se je zaposlila kot **pediatrinja**, Ferdinand pa kot **raziskovalec na farmakološkem inštitutu Medicinske fakultete**. Leta 1921 je sprejel povabilo za delo na Katedri za farmakologijo graške univerze, kamor ga je povabil profesor **Otto Löwi, leta 1936 Nobelov nagrajenec za fiziologijo ali medicino**. Ferdinandov predstojnik profesor Mayer ga je priporočil dr. Gaylordu, direktorju takratnega Zveznega inštituta za raziskave rakavih bolezni v Buffalu, New York (danes je to *Roswell Park Memorial Institute*), ki ga je nato povabil na delo v ZDA. Leta **1922** sta z Gerty odpotovala najprej v **Buffalo**, kjer sta delala na inštitutu za raziskave rakavih bolezni, nato pa v St. Louis na medicinsko fakulteto **Univerze Washington**. Ambiciozna mlada strokovnjaka sta iskala priložnosti in izzive znanstvenoraziskovalnega dela. Carla Ferdinanda so kmalu povabili kot gostujočega profesorja biokemije na **harvardsko univerzo** v Bostonu, Gerty pa je prevzela vodstvo enote za medicino: **odkrila sta encim fosforilazo** za razgradnjo **glikogena** v glukoza-1-fosfat (imenovan tudi Corijev ester). *In vitro* sta pokazala tudi reverzibilnost te encimske reakcije, za katero pa je že dalj časa znano, da v organizmu ne poteka. Za svoje odkritje sta leta **1947 prejela Nobelovo nagrado za fiziologijo ali medicino**. Po njiju se imenuje tudi **Corijev cikel** (pravilno bi bilo cikel Corijevih). To je ciklično zaporedje procesov, v katerih se mišični glikogen preko glukoze v

anaerobni glikolizi pretvori v laktat, ki se po krvi prenese v jetra, ta se v procesu glukoneogeneze pretvori v glukozo in jetrni glikogen, z glikogenolizo v jetrih sproščena glukozo pa se po krvi spet prenese v mišice.

Gerty Theresa Cori (1896–1957) je bila znanstvenica v polnem pomenu besede. Po Marie Curie in njeni hčerki Irène Joliot-Curie je bila tretja nobelovka s področja naravoslovja.

Četudi smo majhen narod, so posredno in neposredno iz tega naroda zrasli raziskovalci, ki so s prodorno mislijo in življenjsko delavnostjo na mestih, kjer je bilo možno raziskovati, svoje izjemne duhovne zmožnosti prenašali in skrivnostni svet naravoslovja, v spoznanja in odkritja, ki so korak za korakom razstirala tančice nepoznanega, in so skupaj prispevali v dragoceno zakladnico svetovnega znanja v dobrobit zdravja človeštva.



Nobelovca zakonca Cori – Gerthy Theresa in Carl Ferdinand. Slednji je bil pravnik dr. Frana Viljema Lipiča, družina pa je izvirala iz Kroepe.

Iz dela zbornice

Poziv k solidarnosti med zdravniki

Predsednik ZZS prim. Andrej Možina, dr. med., in predsednik Odbora za osnovno zdravstvo pri ZZS Mihael Demšar, dr. med., sta v ponedeljek, 9. 11. 2015, obiskala zdravnike v Brežicah in na mejnem prehodu Šentilj.

Zdravniki, ki pomagajo beguncem, bodo verjetno v kratkem potrebovali dodatne okrepiteve. Za zdaj še zmorejo opravljati svoje delo, napovedan prihod od 20.000 do 30.000 prebžnikov že ta teden pa jih postavlja v negotov položaj.

Ekipe, ki pomagajo beguncem, delajo dobro, a jih bo treba razbremeniti. Zdravniki, ki tam delajo ves čas, so utrujeni. Pomagati jim bo moralo več kolegov iz drugih krajev. Pri oskrbi beguncev sicer prevladujejo preprosta opravila - poskrbeti je treba na primer za preveze, oskrbeti žulje... Hujših težav je na srečo za zdaj malo, zato ni nobenih resnih ovir za vključevanje prostovoljcev z drugih koncev Slovenije.

Prim. Možina je poudaril, da si želimo solidarnosti v zdravniških vrstah. Tudi če nekdo pride le za dan ali dva, bo to veliko pomenilo. Dobro bi bilo, da bi zdravnikom iz osnovnega zdravstva na pomoč priskočili tudi kolegi iz bolnišnic.

Za vse, ki se boste odločili za ta korak, prilagamo kontaktne podatke.

- Mojca Pibernik, dr. med., specialistka družinske medicine, vodja NMP ZD Brežice, E-naslov: mojcasp@gmail.com
- Sebastjan Komočar, glavni koordinator zdravstvene obravnave migrantov, ZD Krško, E-naslov: komocar@yahoo.com
- Štefan Mally, dr. med., vodja NMP, ZD dr. Adolfa Drolca Maribor, E-naslov: stefan.mally@siol.net
- Sandra Tušar, dr. med., specialistka splošne kirurgije, državna sekretarka, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, E-naslov: sandra.tusar@gov.si

Soglasje zdravnika in zobozdravnika kot javnega uslužbenca za delo pri drugem delodajalcu: privilegij, prevara ali potreba?

Z izglasovanjem sklepa sveta zavoda UKC Ljubljana, na predlog predsednika sveta g. Glažarja, o prepovedi dela skupini zdravnikov iz UKC Ljubljana stopamo v novo obdobje problematiziranja zdravniškega dela. Vodilo predloga je po pisanju medijev dobronamerno, v korist slovenskemu narodu, saj bo to izboljšalo dostopnost do storitev ter skrajšalo čakalne vrste. Za nepoznavalca so razlogi dovolj dobri, predvsem pa so politično korektni, saj urejajo to, česar si vsi želimo. Med drugim tudi uravnavajo domnevno visoke prihodke zdravnikov.

Gotovo je g. Glažar dobro premislil, v kaj se spušča, in je ocenil vse morebitne posledice tega pomembnega koraka na poti k urejanju razmer v slovenskem zdravstvu. Vedeti moramo namreč, da je ta korak unikum v slovenskem prostoru. Temu bodo sedaj verjetno sledile tudi vse druge slovenske javnozdravstvene organizacije in bodo vse stvari v kratkem rešene!

Vsak šahist, tudi jaz kot čisti ljubitelj, ve, da mora pred vsako potezo oceniti morebitne posledice, recimo izgubo figure, morda celo izgubo partije. Prav tako skušamo pred pomembnimi odločitvami

E-recept

2. novembra je v Sloveniji zaživel sistem e-recepta. Ponekod je sistem takoj deloval dobro, drugod pa šele po nekaj dneh, odvisno od programske hiše in opreme. Lažje je šlo tam, kjer so imeli izobraževanje dovolj zgodaj in je bilo dovolj časa za preizkušanje. Zdravniki, ki še nimajo informacijskih možnosti, delajo po starem in predpisujejo papirnate recepte. Pri delu na terenu in na hišnih obiskih bomo še vedno ročno pisali recepte, prav tako v nujni medicinski pomoči.

Čas bo pokazal prednosti in slabosti e-recepta. Deset dni po uvedbi menim, bo le-ta v veliko pomoč družinskim zdravnikom,

predvsem pri kroničnih – polimorbidnih bolnikih, ki jemljejo več zdravil. Zdravniki, ki imajo kronično terapijo že vpisano v računalniku, imajo sedaj več časa za pogovor s pacientom. Poleg razbremenitve zdravnika sistem e-recepta omogoča tudi večjo preglednost in varnost predpisovanja, saj opozarja na neželene interakcije med zdravili.

*Mihael Demšar, dr. med.
Predsednik Odbora za osnovno
zdravstvo pri ZZS*

presoditi možne posledice, ki bodo sledile določeni rešitvi. Sindikat Fides UKC Ljubljana je že potegnil eno od potez ter tudi nakazal poti rešitve. Tudi nekateri kolegi so zelo jasno povedali, kakšne so možne posledice, če se soglasja ne bodo podeljevala. Sedaj čakamo na nove poteze g. Glažarja, sveta zavoda in tudi vodstva UKC Ljubljana.

Privilegij

Tudi sam sem med zdravniki, ki zaprosijo za soglasje za delo pri drugem delodajalcu. S tem nimam nobenih težav, saj je to primerno tako po človeški kot tudi obvezno po zakonski plati. Soglasje vidim predvsem kot mehko orodje delodajalca, da pri svojih zaposlenih zdravnikih z razlogom ugotavlja, ali nekdo res opravi vse svoje obveznosti, od rednega dela do morebitnih dežurstev in pripravljenosti. Tudi profesorji na fakultetah ter drugi javni uslužbenci morajo slediti tem načelom. Naj naštejemo le nekaj primerov iz javnih objav. Profesor, ki diplomsko delo študentke proda na trgu. Ravnatelj šol, ki si sami predpišejo in nato zaračunajo izobraževanje za moj (davkoplačevalski) denar preko zasebnega podjetja. Profesorji na univerzah, ki so za isto predavanje ob istem času plačani večkrat (redni, izredni študentje, iz drugih šol, kjer predavajo ...). Javni uslužbenec, ki za javni denar v zasebni šoli opravi došolanje, ki ga plača javnemu uslužbencu kot predavatelju zasebniku. Izdelava pravnih mnenj, drugih strokovnih ekspertiz, študij ... Brez komentarja.

Prevara

Zdravniki v javnih zavodih do sedaj v večini primerov opravimo od 2 do 10 % več storitev, kot jih ZZZS dejansko plača. To vodi v finančne težave, saj večamo stroške. Prav tako se v sistemu javnega zdravstva soočamo s podaljševanjem čakalnih vrst za prenekatero posege, kar vodi v to, da ima bolnik pravzaprav pravico do vpisa v čakalno vrsto in ne do storitve. Podcenjenost večine storitev se kaže

skozi skrajševanje časa za posamezno obravnavo, saj nas zdravnike sili v stiskanje več storitev v enako časovno enoto. To najbolj čutijo bolniki v javnem sistemu. Naj navedem tednik Finance, kjer je bilo pred kratkim zapisano, da je za enako obravnavo pacient pri nas imel 5 minut stika z zdravnikom, v Avstriji pa se je z njim zdravnik pogovarjal skoraj pol ure. V Avstriji namenijo za zdravstvo okoli 4.000 EUR na prebivalca na leto, pri nas 1.800. Nekateri bolniki se v Sloveniji že odločajo za plačilo iz žepa, ker niso pripravljeni čakati v javnem sistemu, prav tako pa si želijo bolj osebne obravnave. Vsako obtoževanje, da smo zdravniki odgovorni za čakalne vrste in prekratek čas obravnave, je zlonamerno in odvrača pozornost od resničnih razmer.

Potreba

Po za zdaj še nedokončani analizi potreb po zdravnikih na sekundarni in terciarni ravni v RS ocenjujemo, da v Sloveniji trenutno manjka med 25 in 35 odstotkov zdravnikov specialistov glede na primerjavo z državami članicami EU. Pri nekaterih specialnostih in v nekaterih regijah se ta odstotek približa 50-odstotnemu pomanjkanju. Trenutno je najbolj pereča situacija v UKC Maribor na nekaterih oddelkih ter v regiji Pomurje. Nekatero manjše bolnišnice in tudi drugi problem zagotavljanja nepretrganega zdravstvenega varstva (dežurstva) rešujejo z zdravniki, pogodbenimi sodelavci. Nekatero pa tudi že dnevni program storitev. Na ZZZS ocenjujemo, da bi z ukinitvijo soglasij za delo pri drugem delodajalcu morali zmanjšati dnevne programe rednega dela tudi do 20 odstotkov.

Menim, da je soglasje za delo pri drugem delodajalcu obvezno in predstavlja korekten način komunikacije med zaposlenim in delodajalcem. Glede na trenutne razmere v slovenskem zdravstvu ga vidim predvsem kot potrebo za nemoteno izvajanje zdravstvenega varstva. Gotovo je delo drugje tudi priložnost, da se strokovnjak potrdi.

Želim si, da pri podeljevanju soglasij ne bi zapadli v sistem, kjer je bilo vse prepovedano, razen tisto, kar je bilo izrecno dovoljeno. Naj v občečloveškem smislu obvelja, da je vse dovoljeno, razen tisto, kar je izrecno prepovedano.

*Asist. Valentin Sojar, dr. med.,
MBA, FEBS, svetnik
Podpredsednik ZZZS*

Pomanjkanje anesteziologov v UKC Maribor

Uvodnik 362. tedenskega biltena (12. 11. 2015), ki ga je napisal mariborski anesteziolog Boris Rižnar, dr. med.:

»Probleme v zdravstvu se lahko zaradi varčevalnih ukrepov za določeno obdobje prikrije in celo omalovažuje, še posebej, če nanje opozarjamo »neposredni proizvajalci«. Ker se mi na to ne spoznamo, ker so za to potrebni menedžerski tečaji ...

Zdravstveni sistem še kar dobro deluje zaradi nas, ne pa morda zaradi tega, ker bi bil dobro voden. Dobro voden pomeni, da so vodilni sposobni pravočasno zaznati in reševati problematiko s preventivnimi ali vsaj sprotnimi ukrepi, ne pa, da se odzovejo nanjo šele, ko dobi takšen obseg, da je enostavno nerešljiva. Tako smo se sedaj anesteziologi v UKC Maribor znašli v situaciji, ki ne samo, da onemogoča normalno strokovno delo, ampak predstavlja tudi nenormalne vsakodnevne psihofizične obremenitve specialistov pri delu v operacijskih dvoranah in v intenzivni terapiji.

Zaradi nepravočasnega in neustreznega načrtovanja potreb kirurških strokovnih strokovnjakov smo prišli po številu specialistov do »absolutne ničle«, če se lahko izrazim bolj slikovito. Leta 1985, ko sem prišel na oddelk za anesteziologijo, sem bil deležen bistveno drugačnega procesa usposabljanja, kot so ga danes mlade kolegice in mladi kolegi. Vsaka kirurška dvorana je imela svojega specialista anesteziologa za posamezno področje, ki je bil

resnično mojster na svojem področju, z bogatimi izkušnjami in znanjem; vseh specialistov je bilo takrat v Splošni bolnišnici Maribor 28. Sedaj, 30 let (!) pozneje, nas je v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor na oddelku za anestezijo in intenzivno terapijo skupaj celih 17. Ob razvoju kirurških strok in povečanih potrebah bolnikov ter sočasnih strokovnih in zakonskih zahtevah po časovno sprejemljivem zdravljenju so se tovrstni pritiski nenehno povečevali, kar se je obvladalo tako, kot srce obvladuje povečan venski dotok. Vendar smo fazo hipertrofije že presegli in sedaj prešli v fazo popuščanja, nakazuje pa se že faza dekompenzacije. Zaradi tega smo se odločili, da tako dalje ne moremo več, in od stanovske organizacije in Fidesa zahtevali prepoznavo kritičnega stanja in takojšnje zdravljenje. Ne gre le za nas, gre za mlade specializante, ki so razpisani v operacijske dvorane za izpolnjevanje delovnega programa teh stalno povečanih potreb v UKC Maribor, in gre za dejstvo, da takšno delo ogroža bolnike. Specializanti, ki se nekaj mesecev spoznavajo z anesteziološkimi postopki, ne morejo biti kar enostavno razpisani v operacijske dvorane na način, da za delo desetih specializantov skrbita nemalokrat samo dva specialista v operacijskem traktu in da morajo včasih delati samostojno celo na nekaterih zunanjih deloviščih. Ker program ne sme pasti, kot pravi direktor! (Situacija me spominja na ruske enote med protiofenzivo v drugi svetovni vojni, ki so morale za doseg cilja po ukazu korakati preko minskega polja). V intenzivni terapiji pa dva specialista v rednem delovniku skrbita tudi za devetnajst bolnikov.

Obenem pa ima v času izven rednega delovnika, torej v času nudenja NMP, oz. po starem v dežurstvu, specialist na voljo takšnega začetnika in ta ekipa predstavlja edino anesteziološko ekipo, ki pokriva vso problematiko vseh kirurških strok v UKC Maribor.

Zadeva je pereča, v kratkem času se lahko vse skupaj zalomi, zato so potrebni takojšnji ukrepi. Edino možnost vidimo v takojšnji pomoči

kolegov iz UKC Ljubljana, ki bi lahko v tej situaciji priskočili na pomoč za toliko časa, da se naše obremenitve vsaj za silo normalizirajo. Sicer bomo izgoreli, kot se je zgodilo pri pristajanju vesoljskega vozila Discovery ...

*Boris Rižnar, dr. med.,
anesteziolog v UKC Maribor*

Zaposlitev mladih specialistov po končanem specialističnem izpitu

Na ZZS smo obravnavali več primerov, ko naj bi specialisti po Sloveniji čakali po več mesecev na zaposlitev. Prav tako smo imeli primer specialista, ki ni želel sprejeti zaposlitve za četrtninski čas. Da bi se izognili nedorečenosti na tem področju, je ZZS na MZ poslala vprašanje, ki se nanaša na zaposlitev mladih specialistov po končanem specialističnem izpitu.

Kakšen procent zaposlitve v regiji je dolžan sprejeti mladi specialist (imamo primer, ko regija specialistu ponuja le 0,27 zaposlitve in trdi, da v kolikor tega ne sprejme, krši zavezo za regijo)?

Izvelek iz odgovora MZ: »Izhajajoč iz dejstva, da se specializacije

razpisujejo na podlagi potreb izvajalcev v regiji, menimo, da bi moral izvajalec zdravstvene dejavnosti, ki je podal potrebo po novem specialistu, mladega specialista zaposliti za 100 %, in ne za manjši procent zaposlitve. V zvezi s sprejemljivim procentom zaposlitve, ki ga je dolžan sprejeti mladi specialist, pa menimo, da mora biti zaposlitev mladega specialista v tolikšni meri, da mu omogoča existenco, zato mladi specialist ni dolžan sprejeti zaposlitve le za 27 % delovnega časa.«

Koliko časa je mladi specialist dolžan čakati na ponudbo iz regije po končanem specialističnem izpitu?

Izvelek iz odgovora MZ: »...da je izvajalec zdravstvene dejavnosti, ki je podal potrebo po novem specialistu, neposredno kot delodajalec, ali posredno kot izvajalec zdravstvene dejavnosti, kjer se izvaja usposabljanje specializanta, seznanjen z zaključkom opravljanja specializacije, zato bi bil po našem mnenju razumen rok, v katerem bi moral delodajalec specializantu ponuditi zaposlitev, 1 mesec od opravljenega specialističnega izpita. V primeru, da izvajalec, ki je podal potrebo po novemu specialistu, ni delodajalec specializanta, menimo, da bi bil razumen rok, v katerem bi moral izvajalec zdravstvene dejavnosti specializantu ponuditi zaposlitev, do 3 mesece.«

Tina Šapec, univ. dipl. prav., ZZS

Dopis Odbora za zobozdravstvo na ZZS glede problematike čakalnih seznamov v splošnem zobozdravstvu

Odbor za zobozdravstvo pri Zdravniški zbornici Slovenije opozarja na nesprejemljivost birokratskega urejanja čakalnih seznamov v splošnem zobozdravstvu. Že vrsto let opozarjamo na problematičnost vodenja čakalnih dob v zvezi s potrebo po celostni obravnavi pacientov,

vendar ostaja področje še vedno neustrezno urejeno, posledično pa so tudi nadzori ZZS-ja na tem področju in ukrepi, ki jih izreka, neprimerni.

Sabina Markoli, dr. dent. med.

*Predsednica Odbora
za zobozdravstvo pri ZZS*

Cene zobozdravstvenih storitev v Sloveniji

Mediji nas pogosto sprašujejo o cenah zobozdravstvenih storitev v Sloveniji.

Spodaj vam prilagamo odgovor novinarki POP TV.

»V Sloveniji smo od leta 2008 znižali cene zdravstvenih storitev, financiranih s strani ZZZS in PZZ (prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, ki ga izvajajo Vzajemna, Adriatic in Triglav). Tako je bilo zdravstvu odvzetih cca 3 milijarde evrov, medtem pa smo v banke vložili 6 ali celo več milijard.

Glede na to izrazito znižanje vrednosti zobozdravstvenih storitev v zadnjih letih bi bila doplačila potreb-

na za prav vsako zobozdravstveno storitev.

Obstaja velik razkorak med sodobno stomatološko doktrino in dobro klinično prakso, ki jo izvajamo slovenski zobozdravniki, in zavarovalniškimi normativi iz leta 1963, po katerih ZZZS in PZZ plačujejo zobozdravstvene storitve.

Doplačila za posamezne storitve so tako v javnih zavodih kot pri koncesionarjih.

Doplačila in plačila v zobozdravstvu so odvisna od diagnostičnih in terapevtskih postopkov, uporabe različnih materialov in aparaturne ter posebnih znanj in veščin.

Zdravniška zbornica je pred petnajstimi leti želela urediti cene s Pravilnikom o zdravniški tarifi, v katerega so bile vključene tudi zobozdravniške storitve, vendar je Urad oz. Agencija za varstvo konkurence ta pravilnik prepovedala in zbornici celo naložila kazen.

Cene zobozdravstvenih storitev bi se morale primerjati z avstrijskimi, nemškimi, italijanskimi, in ne samo z državami južno od nas.

Sami menimo, da bi bila regulacija cen zobozdravstvenih storitev dobrodošla pri določitvi najnižje možne cene.

*Sabina Markoli, dr. dent. med.
Predsednica Odbora
za zobozdravstvo pri ZZZS*



Datum: 1. 12. 2015

Na podlagi 22. člena Statuta Zdravniške zbornice Slovenije (besedilo sprejeto na skupščini Zdravniške zbornice Slovenije dne 13. 12. 2007 ter 16. 12. 2008 (uradno prečiščeno besedilo)) in 19. člena Poslovnika o delu skupščine, izvršilnega odbora ter njihovih organov (besedilo sprejeto na skupščini Zdravniške zbornice Slovenije dne 4. 12. 2007)

RAZPISUJEM NADOMESTNE VOLITVE

za poslanca skupščine Zdravniške zbornice Slovenije
za volilno enoto CE1 (SB Celje)
Celjske regije

za 10. december 2015

Poslanca skupščine Zdravniške zbornice Slovenije se voli na neposrednih, splošnih in tajnih volitvah.

Volitve se opravijo z glasovanjem po pošti.

Prim. asist. mag. *Jernej Završnik*, dr. med., spec.
predsednik skupščine Zdravniške zbornice Slovenije

Svetovalna telefonska linija

»ZDRAVNIK ZA ZDRAVNIKA«

Tel. 01 30 72 102

Ponedeljek, torek, sreda 8.00–15.00 Četrtek 8.00–17.00 Petek 8.00–13.00

Življenje nam pogosto nalaga težka bremena, bremena zdravnika so med težjimi. Obravnava bolnikovega trpljenja, bolezni, smrti, pa tudi nerazumnih bolnikovih zahtev, da ne govorimo o organizacijskih, medijskih in političnih pritiskih, zdravnika postavlja v izjemno težak položaj. Mnogi smo šli študirat z idejo, kako bomo pomagali drugim, kako bomo cenjeni in spoštovani. Pod kožo nam je zlezla vloga pridne učenke, učenca, ki bo opravil še več, kot se od njega pričakuje. Postavljeni pa smo pred zahtevo, da moramo delati več, kot je možno, in se vedno pravilno odzvati, saj nas v nasprotnem primeru čaka medijski linč ali celo zapor. Kateri politik ali ekonomist je tako obremenjen in tako odgovarja za svoje napake?

Kot odgovor na vse to se je prav potihoma in neopazno med zdravnike usidralo prepričanje, da je bolezen, tako telesna kot psihična, nekaj, kar se nam ne more zgoditi. Kot bi bili bogovi, ki zviška gledamo na trpljenje in bolezni med smrtniki. Res v medsebojnih pogovorih vse večkrat izražamo nezadovoljstvo s situacijo. Vendar je pogosto videti, kot da je že ta ventil zadosti, da lahko potem nadaljujemo s svojim siceršnjim razdajanjem za druge. Ob tem, ko skrbimo za svoje bolnike, povsem spregledamo svojega najpomembnejšega bolnika: samega sebe. Odzovemo se v skladu z načelom »accept, adapt and carry on«. Pogosto pa niti opozorilnih bolezenskih znakov ne sprejmemo, ampak se le prilagodimo in delamo naprej. Prevlada strah, da ne bi izpadli šibki ali da nas ne bi ocenili kot preobčutljive.

Porečete, da vse to že vemo. To je res, pomenljive pa so številke študij o obolevnosti zdravnikov, predvsem o psihičnih težavah, ki se pojavljajo ob delu. Pregled 250 kartonov bolnih zdravnikov v Angliji je razkril, da jih je 200 od njih imelo kronično duševno bolezen, 60 jih je imelo še dodatno telesno bolezen. Presenetljivo pa jih je samo 10 koristilo bolniški dopust. Nizozemska anketa med 900 bolnišničnimi zdravniki je razkrila, da od 450 zdravnikov, ki so odgovorili, jih kar 42 odstotkov navaja utrujenost, vezano na delo, 29 odstotkov depresijo, 24 odstotkov simptome posttraumatske stresne motnje, 15 odstotkov jih navaja, da so v stresu, in 6 odstotkov, da so v stanju izgorelosti. Kar 4 odstotke zdravnikov je opredelilo, da se ne čutijo sposobne za svoje delo. Rezultati študij po drugih državah kažejo precej podobne številke.

Zdravniki torej nismo odporni proti boleznim. Smo celo bolj izpostavljeni kot splošna populacija. Naše kolegice umirajo prezgodaj in delež samomora je že od študentskih let med nami bistveno previsok (do štirikrat višji kot v splošni populaciji). Na drugi strani pa gledamo kolege, ki so razvili vzvišen nedostopen stil, so pogosto arogantni in nekolonialni. S tem, ko si na takšen način blažijo svoje lastno duševno trpljenje, pa pogosto ustvarjajo dodatno travmatiziranost drugih, predvsem mlajših kolegov, in ustvarjajo slabo predstavo o zdravnikih.

V mnogih državah se navedene problematike jasno zavedajo in imajo organizirane službe za pomoč zdravnikom. Pri Zdravniški zbornici Slovenije je bila v preteklosti že organizirana svetovalna telefonska linija za zdravnike v stiski. Na osnovi teh izkušenj bi želeli ponovno oživiti telefonsko svetovanje. Osnovna ideja je, da bi se vsi imeli možnost neobremenjeno ali celo anonimno pogovoriti s kolegom, ki se spozna na posamezno področje. Želeli bi imeti odprt prostor za vsa vprašanja: o medsebojnih odnosih v službi in doma, telesnem in duševnem zdravju, pritiskih in zlorabah, odvisnosti, sposobnosti za delo ... Torej o vseh zadevah, ki jih v vsakodnevnem življenju nekako ne moremo odpirati ali pa zanje nimamo pravega sogovornika.

Želeli bi imeti daljši spisek kolegov, ki bi bili pripravljene nameniti uro ali dve mesečno za svoje stanovske kolege. Potrebovali bi tako psihiatre s psihoterapevtskimi izkušnjami kot tudi splošne zdravnike, specialiste medicine dela, kirurge, interniste, pediatre ... Imena svetovalcev bi objavili v Izidi (brez kontaktnih podatkov). Zdravnik, ki bi želel pomoč, bi lahko sam izbral, s kom bi se želel pogovoriti. Kontaktna oseba bi bila strokovna delavka na zbornici, ki bi usklajevala termine pogovorov in tudi pomagala pri izbiri ustreznega svetovalca.

Vse tiste, ki bi želeli sodelovati v medsebojni pomoči, vabim, da se javite na št. 01 30 72 102 (tajništvo zbornice). Poslali vam bomo kratek vprašalnik, kjer boste opredelili, na katerem področju bi želeli biti kolegom v pomoč. Ocenjujem, da se boste večinoma odločali za svetovanje na svojem ožjem specialističnem področju, dragocena so pa seveda tudi dodatna znanja. Upam, da se boste nekateri odločali tudi za nudenje podpore v čustvenih stiskah.

Veliko vas je sodelovalo pri Klicu v duševni stiski. Vabljeni, da s svojimi izkušnjami pomagate tudi kolegom.

Želeli bi najti tudi kolege, ki so vam že uspešno nudili pomoč in podporo. Prosimo vas, da nam sporočite imena teh kolegov, da jih bomo lahko povabili v svetovalno skupino.

Svetovalci se boste lahko vključevali v dodatna izobraževanja. Upam, da bomo kmalu uspeli organizirati tudi možnost posvetovanja in supervizije.

S tem projektom nikakor ne bomo rešili problemov v zdravstvu, niti v nas zdravnikih. Pomagali pa bomo preobremenjenim kolegom in se učili, kako se izogniti nekaterim pastem našega dela. Srčno pa upam na kolateralno škodo: da bomo sčasoma zgradili močno skupino dobro mislečih in empatičnih zdravnikov, ki bomo širili skrb za kolega kljub organizacijskim, medijskim in političnim pritiskom, ki smo jim izpostavljeni.

Branko Brinšek

Ali je po 30 letih HIV/aidsa odpraviti stigmatizacijo v zdravstvu še vedno izziv?

Prof. dr. Janez Tomažič, dr. med., UKC Ljubljana

Izr. prof. dr. Irena Klavs, dr. med., Nacionalni inštitut za javno zdravje

Prof. dr. Jože Balažic, Inštitut za sodno medicino MF UL

Prim. Dušica Pleterski Rigler, dr. med., Ljubljana

Miha Lobnik, Društvo informacijski center Legebitra

janez.tomazic@kclj.si

Strah pred stigmatizacijo je pri osebah, ki živijo z virusom HIV, danes še vedno njihov in naš največji problem in se je žal le malo zmanjšal, kljub vsemu znanju glede načinov prenosa virusa in kljub temu, da je zaradi učinkovitega zdravljenja HIV/aids postal kronična obvladljiva okužba oz. bolezen. To se je nedavno potrdilo tudi v okviru partnerskega projekta »Odziv na HIV«, ki ob podpori Norveškega finančnega mehanizma združuje nevladne organizacije Legebitra, Škuc, Dih in Gay and Lesbian Health Norway, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo MFUL ter Kliniko za infektivne bolezni in vročinska stanja UKCL.

Tveganje prenosa virusa HIV ob izvajanju zdravstvenih storitev v zdravstvenih ustanovah je ob upoštevanju splošnih previdnostnih ukrepov, ki so uveljavljeni v zdravstvu, zanemarljivo. Pri zdravstvenih delavcih, ki se pri delu izpostavijo z virusom HIV okuženi krvi pri nezdravljenih osebah (npr. vbod z iglo), je 0,33-odstotno tveganje za okužbo s HIV. Pri nas se do sedaj še ni okužil noben zdravstveni delavec. V ZDA pa je do sedaj, v vsej zgodovini HIV/aidsa, dokumentiranih 59 okužb in 150 možnih okužb.

V Sloveniji, v obdobju od 1986, ko so bili prijavljeni prvi primeri prenosa virusa HIV, med katerimi so bili tudi prejemniki krvnih pripravkov, nismo imeli več niti enega samega prenosa virusa HIV, ki bi se zgodil na tak način.

Nedopustno je, da se osebe, ki živijo z virusom HIV, več kot tri desetletja po začetku epidemije nemalokrat še vedno soočajo z diskriminacijo v zdravstvu. Zagotoviti moramo strokovno primerno in spoštljivo obravnavo teh oseb v zdravstvenem sistemu, s čimer bomo prispevali k zmanjševanju ponotranjene stigme in slabega psihičnega počutja med ljudmi, ki živijo z viru-

som HIV, in tudi med nami, zdravniki, drugimi zdravstvenimi delavci in sodelavci.

Treba je zagotoviti spoštovanje določil Zakona o pacientovih pravicah (ZPacP), kot so *pravica do dostopa do zdravstvene oskrbe in zagotavljanja preventivnih storitev, pravica do enakopravnega dostopa in obravnave pri zdravstveni oskrbi, pravica do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov* itd.

Izpostavili bi splošno znan in še vedno prepogost problem odklanjanja oseb z virusom HIV s strani številnih stomatologov, ki je še toliko bolj nesmiseln, ker danes vse osebe s prepoznano okužbo zdravimo in ima velika večina nezaznavno koncentracijo virusa v telesnih tekočinah, tako da prenos virusa praktično ni mogoč, sploh pa ne ob upoštevanju splošnih previdnostnih ukrepov.

ZPacP določa: *Zdravnik in izvajalec zdravstvenih storitev, ki ga je pacient izbral, lahko pod pogojem, da ne gre za nujno medicinsko pomoč, pacientovo izbiro zavrne le v posebej utemeljenih primerih, ko bi bilo zdravljenje predvidoma manj uspešno oziroma nemogoče ali kadar tako določa zakon. Pacientu mora predlagati izbiro drugega zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev ter razloge za zavrnitev pojasniti v pisni obliki v osmih dneh od izražene pacientove izbire.*

Izvajalci zobozdravstvenih storitev, ki ne odklonijo obravnave oseb z virusom HIV (ki jim razkrijejo svoj status), slednje pogosto in praviloma naročajo ob koncu delovnega časa, kar pa je nesmiselno, ker se morajo storitve pri vseh osebah (ne glede na prepoznano ali morda neprepoznano okužbo, ki se lahko prenese ob izpostavljenosti okuženi krvi ali telesnim tekočinam) izvajati v skladu s splošnimi previdnostni-

mi ukrepi, kar prepreči prenos okužbe ob zdravstvenih storitvah. Zdravstveni delavci bi se morali zavedati, da so bolniki, ki vedo za svojo HIV-okužbo ali aids in so zdravljeni, izrazito manj nevarni za prenos virusa kot tiste osebe, ki še ne vedo za svojo okužbo in imajo lahko zelo velike koncentracije virusa v krvi. Torej je treba za preprečevanje prenosa okužb, ki se prenašajo ob izpostavitvi okuženi krvi ali telesnim tekočinam, pri vseh bolnikih upoštevati splošne, v zdravstvu uveljavljene previdnostne ukrepe.

Število primerov stigmatizacije/diskriminacije oseb, ki živijo z virusom HIV, ob zdravstvenih storitvah je nezadostno raziskano, ker se šele v zadnjem času opogumlja več ljudi, ki o tem poročajo. Vsekakor pa menimo, da je vsak primer preveč. Ne dogajajo se samo pri zobozdravstveni oskrbi, pač pa tudi na drugih področjih medicine. Navajamo nekaj primerov, ki so jih naši bolniki zaupali nevladnim organizacijam in so dokumentirani:

- a) *Oseba, ki se je zdravila v eni od slovenskih bolnišnic in imela na kartonu z rdečim flomastrom napisano HIV-pozitiven, je morala rabljeno bolnišnično pižamo sama odlagati v posebno vrečo, pri terapiji je vedno prišla zadnja na vrsto.*
- b) *Moškega z virusom HIV, ki smo ga z Infekcijske klinike poslali na psihiatrijo, so namestili v enoposteljno sobo in je bil ob viziti vedno zadnji na vrsti. Na Centru za izvenbolnišnično psihiatrijo so ga na preglede naročali zadnjega, ob čemer so mu dali jasno vedeti, da zaradi virusa HIV. Po njegovem odpustu so sobo razkužili, kar mu je pozneje povedala zdravnica.*
- c) *HIV-pozitiven moški, ki je padel in si razbil nos, je bil sprejet na urgenco, kjer ga je specializant nadrl, češ da je dolžen povedati, da je HIV-pozitiven in da bi ga zaradi nerazkritja lahko prijavil policiji. Moški je poklical svojega*

infektologa, ki je posredoval.

- d) *HIV-pozitivnemu moškemu, ki dela kot mesar v trgovini, je zdravnik medicine dela odsvetoval delo na oddelku mesnin zaradi možnosti prenosa okužbe. Po posredovanju infektologa je delo lahko opravljal.*
- e) *Več ljudi z virusom HIV je poročalo, da so nekatere sestre v ambulanti za spolno prenosljive okužbe Dermatološke klinike homofobne in da obsojajo HIV-pozitivne osebe. Pacient z virusom HIV je medicinski sestri pred odvzemom krvi sam rekel, naj uporabi rokavice, a ga je nadrla. Moralizirala je v smislu, kako je bil lahko tako nespameten (da se je okužil).*
- f) *Na Dermatološki kliniki je moški z virusom HIV dobil injekcijo antibiotika, po navodilu sestre odležal dve uri in potem so mu izmerili tlak. Na temperaturni list, ki ga je videlo vse drugo zdravstveno osebje, so napisali HIV. Medicinska sestra je komentirala: »Mogoče boste za drugič vedeli, da se ne splača.« Zaradi slabe izkušnje se zdaj izogiba Dermatološke klinike.*
- g) *Oseba z virusom HIV, pri kateri se je pozneje izkazalo, da je v Adisonovi krizi, je prišla po pomoč v Univerzitetni klinični center Maribor. Povedala je, da ima HIV in da se uspešno zdravi ter da ima nezaznavno virusno breme. Brez potrebe so ji postavljali vprašanja, kje se je okužila, zakaj se je okužila itd.*

Zaradi bodisi preteklih negativnih izkušenj z odnosom različnih zdravstvenih delavcev do oseb, ki živijo z virusom HIV (nediskretnosti, stigmatizacije ali diskriminacije), bodisi zaradi strahu pred zavrnitvijo obravnave njihovega dodatnega zdravstvenega problema, posamezniki svojega HIV-statusa ne želijo razkriti.

ZPačP določa: *Pristojnemu zdravniku in drugim zdravstvenim delavcem in sodelavcem je bolnik dolžen dati vse potrebne in resnične*

informacije o svojem zdravstvenem stanju, ki so pomembne za nadaljnjo zdravstveno oskrbo, zlasti podatke o svojih sedanjih in preteklih poškodbah ter njihovem zdravljenju, boleznih v rodbini, morebitnih alergijah in zdravilih, ki jih uživa.

Torej, bolnik pove, da je HIV-pozitiven, ker je to pomembno za njegovo nadaljnjo zdravstveno oskrbo, ni pa tega dolžan povedati, da bi zdravstvenega delavca opozoril, da se primerno zaščiti (splošni previdnostni ukrepi), vendar pa menimo, da je to njegova moralna obveza. Infektologi vsaki na novo odkriti osebi, ki živi z virusom HIV, med številnimi napotki in priporočili svetujemo oz. jo poučimo, da dejstvo, da je okužena z virusom HIV, razkrije drugemu zdravstvenemu delavcu, ki jo zdravi oz. neguje, in da to stori na primeren način, da pri tem zaščiti tudi svojo zasebnost in integriteto.

Za osebe, ki živijo z virusom HIV, je pomembno, da se zavedajo svojega stanja ne samo zaradi osnovne bolezni, pač pa tudi zaradi diferencialnih zdravil, ki jih uživajo in ki lahko s součinkovanjem z morebitnimi na novo uvedenimi drugimi zdravili (različnimi antibiotiki, statini, antihi-staminiki, učinkovinami, ki delujejo na strjevanje krvi, zdravili proti epilepsiji itd.), povzročijo nepričakovane reakcije, ki so lahko nevarne in ogrožajoče. Podobno je tudi pri drugih kroničnih boleznih (npr. epilepsija, sladkorna bolezen, zdravljenje z imunosupresivnimi zdravili itd.), ki sicer niso socialno stigmatizirane, nevarnost zatajene bolezni pa je za bolnika v navedenih primerih podobna, s to razliko, da se na HIV/aids celo redkeje pomisli.

Osebam, ki živijo z virusom HIV in so v redni zdravstveni oskrbi, je treba zagotoviti enakopravno obravnavo tudi v socialno-varstvenih ustanovah, saj zaradi svojega HIV-statusa ne predstavljajo nevarnosti za ostale varovance in varovanke, niti za zaposlene v teh ustanovah. Žal so glede tega v slovenskem prostoru še ogromni predsodki, ki onemogočajo, da bi

včasih osebo, ki nima drugih možnosti, lahko napotili v tovrstne ustanove.

Nedopustni so primeri, ko bi zdravnik pri osebi z virusom HIV opustil nudenje nujne medicinske pomoči, kadar bi jo ta potrebovala in bi bila v neposredni življenjski nevarnosti. S takim dejanjem bi storil kaznivo dejanje opustitve zdravstvene pomoči po 178. členu KZ-1UB, ki pravi: »Zdravnik ali drug zdravstveni

delavec, ki v nasprotju s svojo poklicno dolžnostjo ne pomaga bolniku ali komu drugemu, ki je v nevarnosti za življenje, se kaznuje z zaporom do enega leta«. Znana sta dva taka primera odklonitve s strani zdravnika, vendar je drugi zdravnik prevzel zdravniško pomoč in do udejanjenja kaznivega dejanja ni prišlo. Je pa tako dejanje nesporno tudi hud etično-deontološki prekršek.

Prispevek je napisan v želji, da prepoznamo in se zavedamo, kako pomembno je, da s svojimi včasih neustreznimi in nepremišljenimi dejanji lahko spodbujamo ravnanje oseb, ki živijo z virusom HIV, ki si ga nihče ne želi in ni v čast niti ljudem z virusom HIV, še manj pa zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem.

Zmanjševanje socialne stigme inkontinence

Dr. Božidar Voljč, dr. med., Inštitut Emonicum, zavod za aktivno in zdravo življenje

bozidar.voljc@gmail.com

Bolezni ali stanja lahko bolnike na različne načine obremenjujejo tudi v njihovih socialnih dejavnostih. Kadar je vzrok ali posledica bolezni v nasprotju s prevladujočimi družbenimi vrednotami ali pojmovanji, govorimo o socialni stigmati bolezni, ki bolniku otežuje ali onemogoča vključenost v socialne aktivnosti njegovega okolja. Socialno stigmo je mogoče zmanjšati ali odpraviti, če bolezen postane ozdravljiva ali pa je tiste njene lastnosti, ki jo povzročajo, mogoče uspešno korigirati. Kratkovidnost, naglušnost na eni in vrsta duševnih ter ozdravljivih spolnih bolezni na drugi strani so primeri bolezni oz. stanj, ki jih je nekoč obremenjevala socialna stigma, danes pa bolniki pri vključevanju v družbo zaradi njih nimajo več težav. Med boleznimi, ki bolnike še vedno bolj ali manj socialno obremenjujejo, so vse vrste inkontinence. Z ozirom na današnje poznavanje njihovih vzrokov, na možnost korektivnega ukrepanja in na učinkovite pripomočke, ki so na voljo, lahko ugotovimo, da je trdovratnost njene socialne stigme povezana izključno z družbenim pojmovanjem tistih njenih posledic, ki bolnike najbolj negativno stigmatizirajo,

to je z mokrim perilom in neprijetnim vonjem. Tega ne more spremeniti niti dejstvo, da sodi inkontinenca med najbolj razširjene zdravstvene probleme in da ob hitrem staranju slovenske družbe raste tudi njen javnozdravstveni pomen.

Po dostopnih podatkih znaša prevalenca urinske inkontinence 7 odstotkov med ženskami v starosti med 20 in 39 let, 17 odstotkov med 40 in 59 let, 23 odstotkov med 60 in 79 let in 32 odstotkov med ženskami, starejšimi od 80 let. Med moškimi je delež manjši za približno eno tretjino. Ob upoštevanju razlik v stopnji izražnosti, prisotnosti drugih bolezni, spolu in starosti ima od 15 do 30 odstotkov starejših težave z inkontinenco. Po poročilu Health Day za leto 2014 ima 50 odstotkov starejših Američanov težave z uhajanjem urina, 25 odstotkov jih trpi za blažjo, hudo ali zelo hudo obliko inkontinence in 8 odstotkov med njimi je že doživelo ali trpi za naključnim uhajanjem blata. V raziskavi, ki so jo izvedli v Franciji, Nemčiji, Španiji in Združenem kraljestvu med ženskami, starejšimi od 18 let, je 35 odstotkov tistih, ki so odgovorile na vprašalnik, dožive-

lo neprosto voljno iztekanje urina v zadnjih 30 dneh. V Španiji je znašala prevalenca 23 odstotkov, 44 odstotkov v Franciji, 41 odstotkov v Nemčiji in 42 odstotkov v Združenem kraljestvu. Približno četrtnina žensk v Španiji in Združenem kraljestvu je zaradi težav, povezanih z inkontinenco, obiskala zdravnika, v Franciji in Nemčiji je bil delež višji in je znašal od 33 do 40 odstotkov. Najbolj pogosta oblika inkontinence je bila stresna inkontinenca. Na splošno je bilo operiranih manj kot 5 odstotkov žensk, predloge pa je uporabljala polovica vseh žensk. V Sloveniji je inkontinenco na splošno že doživelo 8 odstotkov žensk in 3 odstotke moških, med njimi je od 5 do 15 odstotkov žensk mlajših od 65 let in 49,5 odstotka starejših od 65 let. V letu 2014 je bil strošek zdravstvene zavarovalnice za inkontinenčne pripomočke prek 14 milijonov evrov, kar znese povprečno 7,5 evra na prebivalca. Predloge za blago obliko inkontinence so bile najbolj pogosto uporabljene, sledijo plenice za hudo obliko. V domovih starejših občanov in drugih nastanitvenih ustanovah za oskrbo je bila uporaba predlog enaka,

medtem ko so bile plenice najpogosteje uporabljen pripomoček pri stanovalecih s hudo in zelo hudo obliko inkontinence

V Evropi so milijoni žensk in moških prizadeti zaradi urinske inkontinence, v Sloveniji zaradi nje trpijo tisoči bolnikov. Inkontinenca tako predstavlja eno od najbolj pogostih, če ne najbolj pogosto obliko težav z zdravjem. Običajno je pozornost zdravstvenega sistema in javnosti namenjena najbolj pogostim oblikam zdravstvenih težav. To žal ne velja za inkontinenco. Kljub njeni pogostosti in razširjenosti je ozaveščanje javnosti slabo in se o njej malo govori. Ostaja nekako skrita v družbi, tudi ali še posebej v slovenski. Ali takšno stanje ne ovira nujnega ozaveščanja javnosti o inkontinenci, kar bi olajšalo življenje tistim, ki trpijo za njo? In kakšni so vzroki za takšno stanje?

Za vsakega posameznika je urinska in črevesna kontinenca izjemno pomembna socialna vrednota. V zgodnjem otroštvu predstavlja prvi resni socialni uspeh, vrata v normalno družbo. Tisti, ki so inkontinentni, nosijo socialno stigmo od zgodnjega otroštva do konca življenja. Čeprav poznamo in razumemo zdravstvene razloge za inkontinenco bolje kot kdajkoli, se njena socialna stigma ni zmanjšala. Za vsakega bolnika je inkontinenca močan čustveni in socialni problem, obkrožen z močnim pojavom tabuja in nizko stopnjo zdravstvene razgledanosti v družbi. Razmeroma preprosto je pisati in govoriti o razlogih za inkontinenco in njenih oblikah s strokovnega stališča. S stališča bolnikov pa so stvari povsem drugačne. Celo v državah, v katerih je odnos do inkontinence v javnosti bolj odprt, ostaja veliko bolnikov skritih, za njihove težave ne vedo ne zdravniki ne prijatelji, neredko tega ne povedo niti najbližjim sorodnikom.

Enostranske strokovne obravnave bolezenskih variant inkontinence odvrtačajo potrebno pozornost od težav, ki bolnikom grenijo življenje. Dejstvo je, da pod vsemi pogoji nihče

ni sposoben zadržati blata ali vode. Glavni problem bolnikov je, kako ostati čim dlje suh in čist, kako ohraniti kontinenco. Inkontinenca je strokovni medicinski pojem, za bolnike z močnim slabšalnim pomenom, saj opisuje njihovo osebno in socialno šibkost. V nasprotju z visoko socialno vrednostjo kontinence je konotacija inkontinence močno negativna. Zaradi tega je bolj smiselno obravnavati inkontinenco kot motnjo kontinence. Številne funkcionalne motnje, ki so bile v preteklosti povezane s socialno stigmo, npr. slabovidnost, naglušnost, izguba zob in druge, se danes uspešno korigirajo in tako omogočajo popolno socialno vključenost. Veliko je bilo storjenega na področju motenj kontinence, nekatere oblike inkontinence lahko odpravimo z operacijo, zdravniškimi ali drugimi posegi. Še vedno pa je največ tistih, ki se vsak dan soočajo s težavami, povezanimi z uhajanjem urina ali blata. Potrebujemo predloge, plenice ali zaščitno spodnje perilo. Načrtna in učinkovita izbira medicinskih pripomočkov ter njihova pravilna uporaba sta ključni pri oskrbi inkontinence in povrnitvi funkcionalne neodvisnosti in socialne sprejemljivosti bolnikov. Na področju medicinskih pripomočkov je bil v zadnjih dveh desetletjih dosežen velik napredek. Tudi kadar iztekanja ali iztrebljanja ni mogoče zadržati, zadržijo tekočino, iztrebke in vonj. Z njihovo pomočjo lahko bolniki ostanejo socialno sprejemljivi in ohranjajo svoje dostojanstvo, kar spreminja breme inkontinence v socialno sprejemljivo motnjo.

Ni mogoče pričakovati, da se bo odnos javnosti ali stroke do inkontinence spremenil sam od sebe. Bolniki so tisti, ki imajo največjo zmožnost za spremembo razumevanja javnosti in socialno sprejemljivost različnih motenj kontinence. Če iz osebnih razlogov niso pripravljeni biti aktivni v spreminjanju družbenega gledanja na inkontinenco, s tem sami ovirajo svoje zmožnosti. Če želijo zmanjšati negativno stigmo inkontinence, morajo zaznati svoje sposobnosti, podpirati

drug drugega, izmenjevati izkušnje, opredeljevati lastna načela in izvajati aktivnosti na način, ki je prilagojen njihovim potrebam in navadam. Nihče drug tega ne more narediti. V lokalno organiziranih skupinah so aktivnosti lahko v zadostni meri usmerjene k vsakemu posamezniku, ki potrebuje pomoč, ne glede na njegovo izobrazbo ali socialni položaj. O dobrih lokalnih praksah bi morali poročati in jih izmenjevati skupaj s primeri slabe ali neprimerne oskrbe v javnih ali zasebnih ustanovah.

Plenice, predloge in perilo morajo biti uporabniku prijazni, se dobro prilagati in ohranjati suho kožo brez neprijetnega vonja. To lahko dosežemo z ustrezno izbiro pripomočka, njegove velikosti, vpojnosti in s prilagoditvijo profilu vsakega bolnika posebej, kar vključuje merjenje telesnih parametrov bolnika in simptomov inkontinence s količinskega vidika. Le tako lahko dosežemo manj iztekanja, boljše izrabo pripomočkov in varčno trošenje finančnih virov. S tem je opredeljen tudi etični pogoj, da naj bi bili kakovostni pripomočki za korekcijo motenj kontinence dostopni in cenovno dosegljivi za vse, ki jih potrebujejo. Ključni vrednoti vseh oblik podpiranja kontinence sta razpoložljivost in dostopnost do korektivnih ukrepov in kakovostnih pripomočkov. Zmanjševati morajo socialno stigmo, podpirati kakovostno življenje in ohranjati dostojanstvo bolnikov. Z usmerjenostjo na bolnika in upoštevanjem razlik v spolu in kulturi se ustvarjajo nove možnosti za sodelovanje, solidarnost in partnerstva.

Odgovorne vladne službe in sredstva javnega obveščanja bi morala na vseh ravneh, od lokalne do nacionalne, podpirati aktivnosti bolnikov. Za boljše ozaveščanje javnosti in povečanje socialne sprejemljivosti inkontinence bi bilo potrebno oblikovati nacionalni program kontinence. Ta naj bi poleg standardov za izbiro najbolj ustrezne vrste pripomočka, njegove velikosti in vpojnosti vseboval še standarde kakovostne oskrbe

različnih funkcionalnih motenj pri različnih bolnikih in njihovo osebno obravnavo. Strategija naj bi vključevala vse deležnike, ki lahko prispevajo k dvigu socialne kulture in empatije do bolnikov in njihove bolezni. Spremenjeno sprejemanje inkontinence kot motenj kontinence naj bi ustvarilo nove prakse in znanja ter vplivalo na kakovost dolgotrajne oskrbe povsod, kjer se izvaja.

Viri:

1. Merriam-Webster Thesaurus. <http://www.merriam-webster.com/dictionary/stigma>
2. Kuchel G.A. DuBeau C. Urinary Incontinence in the Elderly. <https://www.asn-online.org/education/distancelearning/curricula/geriatrics/Chapter30.pdf>
3. Merkelj I. Urinary incontinence in the Elderly. South Med J. 2001; 94(10) www.medscape.com/viewarticle/410843_2
4. Reinberg S. Over Half of Seniors Plagued by Incontinence: CDC. HealthDay, June 25, 2014
5. Hunska S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. BJU Int. 2004 Feb; 93(3):324-30
6. Tušek-Bunc K. Urinska inkontinenca. www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/x-88.pdf
7. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Poslovno poročilo za leto 2014, Ljubljana 2015; str. 60-1
8. [http://www.zzs.si/zzs/info/egradiva.nsf/0/9b52139ed62405f7c1257df00573af8/\\$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZS%20za%20leto%202014_april%202015.pdf](http://www.zzs.si/zzs/info/egradiva.nsf/0/9b52139ed62405f7c1257df00573af8/$FILE/Poslovno%20poro%C4%8Dilo%20ZZS%20za%20leto%202014_april%202015.pdf)

Podprimo uvedbo učinkovitih ukrepov za zmanjševanje razširjenosti in posledic uporabe tobaka v nov zakon o nadzoru nad tobakom v Sloveniji

Helena Koprivnikar, dr. med., Nacionalni inštitut za javno zdravje
Helena.Koprivnikar@nijz.si

Kajenje tobaka je eden vodilnih preprečljivih vzrokov številnih bolezni in prezgodnjih smrti. Dve tretjini kadičev umre za bolezen, pripisljivo tobaku. V Sloveniji je tobak med dejavniki tveganja vodilni preprečljivi vzrok smrti. Vsak dan zaradi bolezni, pripisljivih kajenju, umre 10 prebivalcev Slovenije, kadi približno vsak četrti odrasli prebivalec, delež kadičev pa se v zadnjih letih ne znižuje.

Do maja 2016 moramo v slovensko zakonodajo na tem področju vnesti določbe nove evropske direktive, kar je edinstvena priložnost, da v zakon vključimo tudi vse ukrepe, ki jih direktiva ne vključuje, so pa za

zmanjševanje razširjenosti in posledic uporabe tobaka za Slovenijo ključni. Med ključnimi ukrepi iz direktive so velika, kombinirana slikovno-besedilna zdravstvena opozorila, prepoved značilnih arom in določenih dodatkov v cigaretah in tobaku za zvijanje ter določbe, ki zagotavljajo večjo kakovost in varnost elektronskih cigaret. Med ključne nacionalne ukrepe pa sodijo popolna prepoved oglaševanja in razstavljanja tobaknih izdelkov ter pomožnih izdelkov za kajenje (brez izjem), licenciranje trgovcev, ki prodajajo tobakne izdelke, omejitve števila prodajnih mest in obvezno preverjanje starosti kupca ob sumu,

da ni polnoleten, uvedba enotne embalaže tobaknih izdelkov, uveljavitev istih določb za elektronske cigarete kot za tobakne izdelke, poostreitev nadzora nad izvajanjem zakonodaje in višje kazni.

Uvedbo različnih ukrepov nadzora nad tobakom podpira večina (dve tretjini ali več) polnoletnih prebivalcev Slovenije. Pomembno je, da zdravstveni delavci, kot posamezniki in v okviru svojih združenj in stanovskih organizacij, v času spreminjanja zakonodaje odločno podpremo nove učinkovite ukrepe za zmanjševanje razširjenosti enega vodilnih preprečljivih vzrokov številnih bolezni in prezgodnjih smrti v Sloveniji.

Kajenje tobaka je eden vodilnih preprečljivih vzrokov številnih boleznih in prezgodnjih smrti, ki hudo prizadene zdravje posameznika, njegovo blagostanje in blagostanje njegove družine. Privede do visokih stroškov za posameznika, njegovo družino, zdravstveni sistem in družbo v celoti. Škoduje tako rekoč vsakemu organu v človeškem telesu in škodljivo vpliva na zdravje skozi celotno življenje. Vzročno je povezano s številnimi vrstami raka, boleznimi dihal, boleznimi srca in ožilja ter številnimi drugimi boleznimi. Seznam bolezni, za katere je na voljo zadosti dokazov, da lahko govorimo o vzročni povezavi s kajenjem, je vedno daljši, pred kratkim so se na spisku znašle sladkorna bolezen, revmatoidni artritis, spremembe imunskega sistema, motnje erekcije, starostna degeneracija rumene pege idr. Kajenje matere med nosečnostjo ima škodljive učinke na zdravje še nerojenega otroka in na izide nosečnosti, na seznam sta se po novem uvrstili izvenmaternična nosečnost in razcep ustnice, dlesni, trdega neba pri otroku. Dolgotrajna izpostavljenost nekadilcev tobačnemu dimu lahko privede do škodljivih učinkov na zdravje, ki so podobni tistim pri kadilcih.

Statistični podatki neusmiljeno opisujejo velik obseg preprečljivih posledic uporabe tobaka. **Dve tretjini kadilcev umre zaradi bolezni, pripisljivih tobaku**, in ti ljudje v povprečju izgubijo okoli 10 let življenja. Poleg tega mnogi pred smrtjo številna leta preživijo v slabem zdravju in zmanjšani kakovosti življenja. Kajenje tudi pomembno prispeva k socialno-ekonomskim neenakostim v zdravju.

V Sloveniji je tobak med dejavniki tveganja vodilni preprečljivi vzrok smrti. Vsak dan umre 10 prebivalcev Slovenije zaradi bolezni, pripisljivih kajenju, četrtina jih umre že pred 60. letom starosti. Skupaj je to 3.600 smrti zaradi tobaka letno, kar je več, kot je smrti zaradi vseh nezgod

(vključno s prometnimi), samomorov, prepovedanih drog, alkohola in aidsa skupaj. Ali drugače povedano – to je toliko smrti, kot bi vsakih 10 let s področja Slovenije izbrisali Kranj ali Celje. Ampak o tobaku kljub vsemu navedenemu govorimo občutno premalo.

V Sloveniji kadi približno vsak četrti odrasli prebivalec in delež se v zadnjih letih ne znižuje. Kaditi začnejo otroci, najstniki, mladi odrasli. Slovenski podatki kažejo, da je skoraj dve tretjini prebivalcev, ki so kadarkoli v življenju kadili, prvič kadilo že pred polnoletnostjo, skorajda vsi pa v starosti 25 let ali manj. Po 25. letu prvih poskusov kajenja skorajda ni. Tega se dobro zaveda tobačna industrija, ki s svojimi tržnimi aktivnostmi navači nove kupce – uspeh, prodaja in dobiček tobačne industrije so v prihodnosti odvisni predvsem od obsega kajenja med mladimi. Tobakna industrija zato želi zaradi lastnih ekonomskih interesov na različne načine onemogočiti uvedbo učinkovitih ukrepov, le-te omiliti ali zamakniti. Beležimo tudi, da se v Sloveniji starost ob začetku kajenja v zadnjih desetletjih znižuje. Starost ob začetku kajenja je pomemben kazalnik poznejših kadilskih navad. Razvijajoči se možgani otrok in najstnikov so še posebej dovzetni in ranljivi za razvoj zasvojenosti z nikotinom in mlajši, ko je posameznik ob začetku kajenja, večja je verjetnost, da bo postal zasvojen, da bo napredoval do rednega kajenja, več kadil kot odrasla oseba in imel težave pri opustitvi kajenja. Starost ob začetku kajenja je pomembna tudi z vidika kasnejših zdravstvenih izidov, saj raziskave kažejo, da je tveganje za razvoj nekaterih s kajenjem povezanih bolezni pomembno višje ob zgodnejšem začetku kajenja.

Za preprečevanje in zmanjševanje posledic uporabe tobaka je pomembno, da čim bolj omejimo tobačno industrijo in trženje tobačnih izdelkov ter z učinkoviti ukrepi in programi preprečujemo začetek in nadaljevanje

kajenja med mladimi, spodbujamo opuščanje kajenja in čim bolj zmanjšamo izpostavljenost tobačnemu dimu. In rešitve? Dobro vemo, kateri so učinkoviti ukrepi na državni ravni, saj so na voljo številne raziskave in številni primeri držav. Razširjenost in škodljive posledice kajenja tobaka lahko pomembno zmanjšamo le s celovito kombinacijo dokazano učinkovitih ukrepov in popolnih (ne delnih) prepovedi.

Slovenija na področju nadzora nad tobakom v zadnjem obdobju zaostaja za drugimi evropskimi državami. V preteklosti smo uvedli številne učinkovite ukrepe za omejevanje uporabe tobačnih izdelkov. Leta 1996 smo med prvimi državami v Evropi uvedli zelo napreden Zakon o omejevanju uporabe tobačnih izdelkov. Leta 2007 smo zelo uspešno uvedli popolno prepoved kajenja v vseh zaprtih javnih in delovnih prostorih, ki je pomembno zmanjšala izpostavljenost prebivalcev tobačnemu dimu. Po letu 2007 pa je Slovenija krepko nazadovala na evropski lestvici uvedenih učinkovitih ukrepov nadzora nad tobakom in je trenutno v spodnji polovici lestvice evropskih držav, saj se od leta 2007 slovenska zakonodaja na področju nadzora nad tobakom ni več spremenjala. Medtem so nas prehiteli številne države, ki so sprejele vrsto učinkovitih ukrepov za omejevanje tobačne industrije in zmanjševanje razširjenosti kajenja.

Tobačna industrija ima v Sloveniji še vedno veliko možnosti za trženje tobačnih izdelkov oz. spodbujanje začetka kajenja in zmanjševanje opuščanja kajenja. Intenzivno se usmerja na prodajna mesta, na katerih se pri nas še lahko oglašuje. Število prodajnih mest tobačnih izdelkov je zelo visoko, zato ima tobačna industrija na voljo obsežen prostor za oglaševanje. Tobačni izdelki za prodajo so na prodajnih mestih tudi razstavljeni, kar je še dodaten način oglaševanja.

Kršitve zakonodaje o oglaševanju in promociji tobačnih izdelkov na prodajnih mestih so pogoste, saj kazni niso visoke. Zaradi velikega števila prodajnih mest je otežen nadzor spoštovanja oz. kršitev zakonodaje. Mladi zlahka pridejo do tobačnih izdelkov. Tudi cene tobačnih izdelkov so v Sloveniji še vedno med nižjimi v Evropski uniji. Poleg tega obstajajo znatne razlike v cenah med različnimi vrstami tobačnih izdelkov (npr. tovarniško izdelanimi cigaretami in tobakom za zvijanje cigaret), zato kadilec lahko izbere cenejšo obliko kajenja, namesto da kajenje opusti. Privlačna embalaža tobačnih izdelkov in dodane arome v tobačnih izdelkih še dodatno povečujejo privlačnost kajenja. Zdravstvena opozorila na embalaži tobačnih izdelkov, ki so le besedilna, brez slik, in ne zavzemajo večje površine embalaže, so manj učinkovit način opozarjanja na škodljive posledice kajenja. Množičnih medijskih kampanj za zmanjševanje kajenja zaradi finančnih omejitev ne izvajamo, pa tudi sicer je delovanje na tem področju kadrovsko in finančno podhranjeno.

V Sloveniji za čim večje znižanje deleža kadilcev in čim večje zmanjšanje škodljivih posledic uporabe tobaka čim prej potrebujemo naprednejše in strožje ukrepe nadzora nad tobakom. Številni pomembni zakonodajni ukrepi za zmanjševanje razširjenosti in posledic uporabe tobaka so vključeni v **ново evropsko Direktivo** o približevanju zakonov in drugih predpisov držav članic o proizvodnji, predstavitvi in prodaji tobačnih in povezanih izdelkov, ki jo moramo v nacionalno zakonodajo prenesti do maja 2016. Med ključnimi ukrepi nove direktive so uvedba velikih, kombiniranih slikovno-besedilnih zdravstvenih opozoril in spre-

membra splošnih opozoril na embalaži tobačnih izdelkov, prepoved značilnih arom in določenih dodatkov v cigaretah in tobaku za zvijanje ter določbe, ki zagotavljajo večjo kakovost in varnost elektronskih cigaret. **Odpiranje zakona zaradi vnosa določb nove direktive je edinstvena priložnost, da v zakon vključimo tudi vse ukrepe, ki jih direktiva ne vključuje, so pa za zmanjševanje razširjenosti in posledic uporabe tobaka za Slovenijo ključni.** Med ključne ukrepe sodijo popolna prepoved oglaševanja in razstavljanja tobačnih izdelkov ter pomožnih izdelkov za kajenje (brez izjem), licenciranje trgovcev, ki prodajajo tobačne izdelke, omejitve števila prodajnih mest in obvezno preverjanje starosti kupca ob sumu, da ni polnoleten, uvedba enotne embalaže tobačnih izdelkov, uveljavitev istih določb za elektronske cigarete kot za tobačne izdelke (prepoved uporabe povesod, kjer je prepovedano kajenje, popolna prepoved oglaševanja, promocije in sponzorstev, prepoved prodaje mladostnikom, obdavčitev idr.) in proučitev možnosti umestitve elektronskih cigaret med zdravila oz. medicinske pripomočke, poostreitev nadzora nad izvajanjem zakonodaje, višje kazni in progresivna kaznovalna politika, namensko usmerjanje dela prilivov iz tobačnih trošarin za programe zmanjševanja uporabe tobaka in drugi.

Najučinkovitejši ukrep nadzora nad tobakom je višanje obdavčitve in cen tobačnih izdelkov, ki naj spremlja in podpira druge ukrepe. Področje obdavčitve tobačnih izdelkov pa pokriva Zakon o trošarinah in ne predlog novega zakona. Vendar pa je pomembno, da opozarjamo, da mora redno in znatno zviševanje obdavčitve in cen tobačnih izdelkov (nad inflacijo), vzdrževanje visoke obdav-

čitve in cen tobačnih izdelkov ter zmanjševanje razlik v obdavčitvi in cenah med različnimi vrstami tobačnih izdelkov (uvedba primerljivih stopenj in zvišanje trošarin za vse različne tobačne izdelke) za čim večjo učinkovitost spremljati ostale ukrepe, ki jih uvajamo.

Uvedbo različnih ukrepov nadzora nad tobakom podpira večina (dve tretjini ali več) polnoletnih prebivalcev Slovenije. Žal pa se v javnih razpravah praviloma številčno odzovejo podporniki tobačne industrije in manj tisti, ki si želimo zmanjšati razširjenost uporabe tobaka in posledic. Nov zakon je že v pripravi na Ministrstvu za zdravje in javna razprava se nam obeta najverjetneje še pred koncem tega leta ali v začetku naslednjega. **Pomembno je, da zdravstveni delavci, kot posamezniki in v okviru svojih združenj in stanovskih organizacij, odločno podpremo nove učinkovite ukrepe za zmanjševanje razširjenosti enega vodilnih preprečljivih vzrokov številnih bolezni in prezgodnjih smrti v Sloveniji ter opozarjamo na tiste ukrepe, ki zaradi političnih odločitev niso bili umeščeni v predlog zakona.**

Več informacij o razširjenosti kajenja in posledicah ter o učinkovitih ukrepih lahko poiščete na spletni strani Nacionalnega inštituta za javno zdravje www.nijz.si v razdelku Področja dela/Kajenje in razdelku Publikacije, še posebej v publikaciji Slovenija brez tobaka – kdaj?

Dolgoročno moramo v Sloveniji stremeti k družbi brez tobaka (delež kadilcev pod 5 odstotkov). Tak cilj so si že zastavile Nova Zelandija in Irska za leto 2025, Škotska za leto 2034 ter Finska in Norveška za leto 2040.

Starost in demenca kot dejavnika tveganja za izpostavljenost nasilju v družini

Asist. dr. Nena Kopčavar Guček, dr. med., ZD Ljubljana
nena.kopcavar-gucek@zd-lj.si

Nasilje je zloraba moči in vsako kršenje temeljnih človekovih pravic. Nasilje kot destruktivna oblika medčloveških odnosov je nedvomno vsaj tako staro kot pojem družine. V družinskih odnosih lahko pride do vseh vrst nasilja (fizično, spolno, psihično, vključno z zanemarjanjem in s finančnim nasiljem). Najpogostejše nasilje v družini je nasilje v partnerskih odnosih, pojem pa vključuje še nasilje nad otroki (zlorabo otrok) in nasilje nad starejšimi (zlorabo starejših).

Oblike nasilja nad starejšimi

Nasilje in zanemarjanje sta pri starejših vzrok za nepotrebno trpljenje, poškodbe, bolečine, izgubo ali kršitve pravic in slabšo kakovost življenja. Značilnosti duševne zlorabe starejših so besedni spopadi, psovanje in kričanje ter povzročanje trpljenja, čustvenih bolečin in žalosti. Posebne oblike nasilja pri od tuje pomoči odvisnih posameznikov (ne le zaradi starosti, temveč tudi zaradi bolezni, invalidnosti ali drugih razvojnih in osebnih okoliščin) so lahko še medicinska zloraba, zanemarjanje, zapuščenost in ekonomsko nasilje. Zanemarjanje je neizpolnjevanje obveznosti s strani skrbnika, ki mu je bila oseba zaupana v skrbništvo: nepripravljenost zagotavljanja nujno potrebnih dobrin, kot so hrana, voda, obleka, zdravila, osnovna nega in osebna higiena, onemogočanje dostopa do zdravstvene oskrbe, odtegotvanje osnovne nege ter zagotavljanja udobja in varnosti. Zapuščenost je

stanje, ko skrbnik starejšo osebo ali bolnika, ki mu je bil zaupan v skrbništvo, zapusti in ga ne obiskuje v bolnišnici, v domu starejših občanov ali v drugi ustanovi.

Dejavniki tveganja za izpostavljenost nasilju pri starejših

Med glavnimi vzroki za nasilje nad starejšimi ženskami so bili brezposelnost odraslih otrok, pomanjkanje socialnih stikov, osamljenost, odvisnost od pomoči, neurejenost odnosov, medgeneracijski konflikt, preobremenjenost, izčrpanost skrbnikov in toleranca do nasilja.

Demenca ni le dejavnik tveganja za izpostavljenost nasilju pri starejših, predstavlja tudi oviro pri prepoznavanju le-tega. Vzpostavljane komunikacije med žrtvijo ter zdravstvenim osebjem in socialnim skrbstvom je oteženo in manj zanesljivo. Nezanesljivost lahko povzročitelji nasilja – skrbniki žrtve izpostavljajo in poudarjajo pri stikih žrtve nasilja s strokovnim osebjem. Osebe z demenco pri svojih skrbnikih sprožajo več nestrpnosti in nepotrpežljivosti kot drugi bolniki. Strah in odvisnost starostnikov od njihovih negovalcev – povzročiteljev nasilja preprečuje razkritje. Telesno nasilje je vedno spremljano s psihičnim nasiljem. Izpostavljenost psihičnemu nasilju pa je v odsotnosti telesnega nasilja zelo težko prepoznati. Starejši žrtve nasilja so tako ujeti v svojo družino, izpostavljeni nasilju, socialno izolirani, izpostavljeni hudemu in nenehnemu stresu, poškodbam ter zvečani umrljivosti.

Naraščajoči delež starejših v populaciji, velika pogostnost nasilja v domačem okolju in visok delež smrti starejših, povzročenih z nasiljem v družini, izpostavljajo pomembno vlogo zdravnika družinske medicine pri odkrivanju nasilja. Starejši s številnimi sočasnimi kroničnimi boleznimi se najpogosteje zatekajo k zdravnikom družinske medicine, ki imajo zaradi kontinuitete, zaupanja in pogostih stikov največjo možnost odkrivanja žrtev nasilja. Podatki kažejo, da v Združenih državah Amerike zdravniki družinske medicine odkrijejo samo 2 odstotka vseh prijavljenih primerov nasilja nad starejšimi.

Posledice nasilja pri starejših

V Evropski uniji nad bi bilo letno 8.300 smrti v skupini starejših nad 60 let posledica nasilja v družini. V primerjavi s posledicami nasilja pri mlajših imajo starejši bolj dolgoročne posledice, postanejo šibkejši, rehabilitacija je daljša in zahtevnejša, poslabša se splošno zdravstveno stanje in urejenost kroničnih bolezni, imajo več zapletov pri zdravljenju in terjajo višjo raven oskrbe. Kot posledica telesnega nasilja so najpogostejše podplutbe, zlomi kosti in poškodbe glave.

Med psihološkimi posledicami nasilja so pogosti hud strah, trpljenje, jeza, anksioznost, izolacija od družine in prijateljev, žalost, občutek nemoči, posttravmatski stres, nizka samopodoba, izguba samozaupanja, samoposkodovanje, samomorilnost.

Razširjenost nasilja nad starejšimi je odvisna od kulture in okolja. Najpogostejši povzročitelji nasilja so partnerji, otroci in skrbniki/negovalci

žrtve. Ženske so bolj izpostavljene nasilju kot moški. Nasilju so bolj izpostavljeni tisti z nižjo izobrazbo in ovdoveli, živeči v mestnem okolju, krhki, multimorbidni in tisti s kognitivnimi motnjami (demenco).

Pogostnost izpostavljenosti starejših nasilju

Zaradi različnih časovnih okvirov so izsledki raziskav o pogostnosti nasilja nad starejšimi (osebe v starosti nad 65 let) težko primerljivi, saj so nekateri ocenjevali nasilje »v zadnjem letu« pred raziskavo (Kanada, Združene države Amerike in Nizozemska), drugi »od upokojitve naprej«, v Veliki Britaniji pa so preiskovance spraševali o nasilju »v zadnjih nekaj letih«. Če je upoštevano telesno, duševno, ekonomsko in spolno nasilje ter zanemarjanje, izsledki raziskav v razvitih okoljih kažejo delež nasilja nad starejšimi v domačem okolju od 4 do 6 odstotkov.

V raziskavi iz leta 1993 v Združenih državah Amerike je med 345 negovalci 33 posameznikov (11,9 odstotka) poročalo o lastnem telesnem nasilju nad starejšimi (potiskanje, brcanje, ščipanje, grizenje, udarjanje). Nasprotno je 92 negovalcev poročalo o nasilju starejših nad njimi. Natančnejša analiza je pokazala, da so imeli negovalci žrtve nasilja daljše izkušnje pri delu v zdravstveni negi, dosegli so višje število točk na lestvici za depresijo in negovali so ljudi s hujšo obliko demence kot negovalci, ki niso bili deležni nasilja svojih oskrbovancev.

Raziskava med starejšimi ljudmi, ki živijo doma, je v Evropski uniji (približno 142.900.000 ljudi) v zadnjih 12 mesecih pred raziskavo odkrila 2,7 odstotka (približno 4 milijone) starejših z izkušnjo fizičnega nasilja, 0,7 odstotka je bilo spolno zlorabljenih (približno 1 milijon), 19,4 odstotka jih je bilo izpostavljenih psihičnemu nasilju (približno 29 milijonov) in 3,8 odstotka ekonomskemu nasilju (približno 6 milijonov).

Nasilje je navedeno kot vzrok za 30 odstotkov vseh smrti pri starejših na leto v EU.

Rezultati raziskav o nasilju nad starejšimi pri nas

V Sloveniji je bilo v zvezi z nasiljem nad starejšimi izvedenih nekaj raziskav. Urad za enake možnosti je leta 2004 izvedel raziskavo z naslovom »Spregovorimo o nasilju nad starejšimi ženskami«. Največ nasilja je bilo odkritega nad osebami v starosti od 75 do 85 let. Ženske žrtve nasilja so opisovale več združenih oblik nasilja, pretežno so imele nižjo izobrazbo, večinoma so bile ovdovele, v 40 odstotkih primerov so živele v skupnih gospodinjstvih, v 83 odstotkih primerov so imele zdravstvene težave oz. so bile gibalno ovirane. Pri moških žrtvah nasilja sta prevladovala telesno in ekonomsko-materialno nasilje. Povzročitelji nasilja so bili v večini družinski člani. Raziskava Inštituta Antona Trstenjaka iz leta 2006 je pokazala, da je bila verjetnost za izpostavljenost nasilju pri starejših v urbanem okolju do 30 odstotkov večja kot v podeželskem. V mednarodnem projektu »Odpravljanje tabuja« so v letih 2007–2009 ugotovili težave pri raziskovanju in ocenjevanju pogostnosti nasilja – pomanjkanje strategij in orodij za prepoznavanje, odkrivanje zlorab in njihovo ustrezno obravnavanje.

V mednarodni raziskavi o nasilju nad starejšimi ženskami »STOPVi.E.W.« je v letih 2009–2011 sodelovala tudi Slovenija. Podatke o nasilju nad starejšimi so zbrali iz različnih virov: leta 2010 naj bi bilo 5.737 primerov kaznivih dejanj z udeležbo vsaj ene oškodovane osebe, starejše od 64 let. Istega leta naj bi bilo zabeleženih 4.631 primerov kaznivih dejanj z udeležbo starejših. Po podatkih Skupnosti centrov za socialno delo je bilo v letu 2010 obravnavanih 195 starejših žrtev nasilja in zlorab, in sicer 152 zaradi duševnega nasilja, 145 zaradi telesne-

ga nasilja, 25 zaradi ekonomskega nasilja, 9 zaradi zanemarjanja in 4 zaradi spolnega nasilja. Na prvih petih mestih med najpogostejšimi oblikami prijavljenega nasilja nad starejšimi ženskami v Sloveniji so bili duševno in ekonomsko nasilje, zanemarjanje, zapuščenost in fizično nasilje, nad starejšimi moškimi pa je bilo prijavljeno samo telesno nasilje. Po podatkih nevladnih organizacij so najpogostejši povzročitelji nasilja trenutni partnerji, družinski člani in negovalci. Zanimiva je primerjava arbitrarne starosti, ki je meja za »starejše« v različnih sodelujočih državah: Bolgarija – 55 let, Francija – 75 let (upoštevajo fiziološko starost in ne mejo za upokojitve), Italija – 75 let (za zdrave), Portugalska in Slovenija – nad 65 let, Španija – nad 64 let. Starost nad 65 let se je v eni izmed raziskav, opravljenih v okolju družinske medicine v Sloveniji, izkazala kot zaščitni dejavnik pred nasiljem v družini.

Je Slovenija prijazna starejšim?

V Sloveniji je bilo v zadnjem času izvedenih nekaj aktivnosti za ozaveščanje, informiranje in izobraževanje laične in strokovne javnosti. Zdravstvo, socialno varstvo, nevladne organizacije in zainteresirana javnost imajo potencial za ustvarjanje mreže za preprečevanje, zdravljenje in podporo ranljivim posameznikom, žrtvam nasilja v družini in ljudem z demenco. Inštitut Antona Trstenjaka premošča medgeneracijske vrzeli in promovira sožitje. Preprečevanje nasilja in zaščita žrtev sta del celostne obravnave, ki mora vključevati tudi skrb za skrbnike starejših – povzročitelje nasilja. Mreža Matija zagotavlja oskrbo na domu in pomoč prostovoljcev in strokovnjakov. Univerza tretjega življenjskega obdobja s kontinuiteto vseživljenjskega učenja in z vzpostavljanjem socialnih stikov omogoča preprečevanje demence. Društvo Spominčica – Alzheimer Slovenija s celostno obravnavo posameznikov z demenco, z ozaveščanjem

laične in strokovne javnosti in s podporo skrbnikom predstavlja pomemben dejavnik v pomoči bolnikom in njihovim družinam. Vsakoletni Dnevi nevroznosti, ki jih organizira društvo Sinapsa, igrajo pomembno vlogo pri širjenju največjih spoznanj na področju človeškega uma. Številne druge nevladne organizacije predstavljajo pomemben del opore žrtvam nasilja v družini.

Priporočena literatura:

- Podnieks E. National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect* 1992; (4): 5–58.
- Comijs HC, Smit JH, Pot AM, Bouter LM, Jonker C et al. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1998, 46: 885–888.
- Kivela SL, Kõngäs-Saviaro P, Kesti E, Pahkala K, Ijäs ML. Abuse in old age: epidemiological data from Finland. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1992, 4: 1–18.
- Ogg J, Bennett GCJ. Elder abuse in Britain. *British Medical Journal*, 1992, 305: 998–999.
- Dézy PM, Prohaska TR. The Geriatric Emergency Nursing Education (GENE) course: an evaluation. *Journal of Emergency Nursing*, 2008, 34: 396–402.
- Eisdorfer C et al. The effect of a family therapy and technology-based intervention on caregiver depression. *The Gerontologist*, 2003; 43: 521–531.
- Elliot A, Burgio LD, DeCoster J. Enhancing caregiver health: findings from the resources for enhancing Alzheimer's caregiver health II intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2010; 58: 30–37.
- Martín-Carrasco M, Martín MF, Valero CP, Millán PR, García CI, Montalbán SR et al. Effectiveness of a psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in Alzheimer's disease patients' caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*; 2009; 24: 489–499.
- Navarro AE, Wilber KH, Yonashiro J. et al. Do we really need another meeting? Lessons from the Los Angeles County Elder Abuse Forensic Center. *The Gerontologist*, 2010; 50: 702–711.
- Wiglesworth A et al. Findings from an Elder Abuse Forensic Center. *The Gerontologist*, 2006; 46: 277–283.
- Malks B, Schmidt CM, Austin MJ. Elder abuse prevention: a case study of the Santa Clara County Financial Abuse Specialist Team (FAST) program. *Journal of Gerontological Social Work*, 2002; 39 (3): 23–40.
- Lachs MS, Williams C, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder mistreatment. *Journal of the American Medical Association*, 1998; 280:428–432.
- Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization, 2002 (WHO/NMH/NPH/02.8).
- Rosenblatt DE, Cho KH, Durance PW. Reporting mistreatment of older adults: the role of physicians. *Journal of the American Geriatric Society*, 1996; 44: 65–70.
- Perel Levin S. Discussing screening for elder abuse at primary health care level. Geneva: World Health Organisation, 2008.
- Tomažič K, Zorč A. Nasilje nad starimi, raziskava tiskanih medijev. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka, 2006. Pridobljeno 17. 5. 2011 s spletne strani <http://v2.inst-antontrstenjaka.si/slike/528-1.pdf>.
- Japelj Šlajmer M, Blažun H, Kokol P. Breaking the taboo, Nasilje nad starejšimi ženskami v družini: prepoznavanje in ukrepanje. Dunaj, 2009. Pridobljeno 23. 5. 2011 s spletne strani: http://bit.rotekreuz.at/fileadmin/btt/PDFs/Broschue_slo_web.pdf.
- Raziskava o nasilju nad starejšimi ženskami STOPVi.E.W. Pridobljeno 15. 8. 2014 s spletne strani: http://www.zdus-zveza.si/docs/STOP%20VI.E.W/766_Porocilo_nasilje_nad_starejsimi_zenskami.pdf.

Častni člani SZD in novoizvoljeni primariji

Polona Lečnik Wallas,
univ. dipl. soc., ZZS

152. redna letna skupščina Slovenskega zdravniškega društva (SZD) je letos potekala v Moravskih Toplicah. Naslov strokovne teme je bil Etika na razpotju. **Prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med., predsednik SZD**, je ob tem dejal, »da je skupščina odprla strokovne dileme, ki so v današnjem času izredno pomembne. Etika sodi med temeljna izhodišča delovanja slehernega zdravstvenega delavca, zlasti zdravnika. Samo zdravnik s kakovostno strokovno usposobljenostjo in izdelanimi etičnimi merili lahko bolniku ponudi najboljšo in varno zdravstveno storitev. Etična



Z okrogle mize.

pokončnost zdravnika, ki vključuje tudi poštenost in resnicoljubnost, je jamstvo za medsebojno zaupanje bolnika in zdravnika. « Prepričan je, da je treba o tem spregovoriti, saj se v zadnjem času neredko postavljajo pod vprašaj temeljna etična načela, kot je ohranjanje življenja, svoboda in neodvisnost zdravnikovega (zobozdravnikovega) delovanja in poslanstvo medicinske stroke.

Osrednji stanovski del srečanja je bil namenjen dejstvu, da se v slovenskem zdravstvu soočamo s problematiko odhodov specialistov v tujino, za kar je verjetno kriva tudi zdravstvena politika. Gre za beg možganov, kar je zagotovo slabo za našo državo in zdravstvo. **Prof. dr. Radko Komadina, dr. med., generalni sekretar SZD**, je na okrogli mizi opozoril, da se »položaj mladih zdravnikov v zadnjih letih nikakor ne izboljšuje. SZD je večkrat opozorilo politiko in strokovno javnost, da bo posledice neurejenega trga dela mladih zdravnikov čutila Slovenija v naslednjih desetletjih.«

Vsako leto ob obletnici ustanovitve Slovenskega zdravniškega društva podelijo diplome novoimenovanim častnim članom. Diplome sta podelila prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med., predsednik SZD, in prof. dr. Radko

Komadina, dr. med., generalni sekretar SZD.

Častni člani so postali:

- **Ana Korošec, dr. med.**

Ana Korošec, dr. med., specialistka pediatrije, dolga leta vodja Otroško-šolskega dispanzerja v Gornji Radgoni, ki se jve pod njenim vodstvom razvijal in ohranjal visoko strokovno raven in ugled. Posebno pozornost je posvetila preventivnemu delu v dispanzerju.

- **Izr. prof. dr. Aleksandra Markovič Predan, dr. med., v. svet.**

Vso svojo strokovno pot je zapisala največji bolnišnici v državi in predvsem delu v različnih združenjih in društvih doma in po svetu. Zasluzna je za organizacijo gastroenterološke onkologije v Sloveniji ter za izdelavo smernic in racionalizacijo obravnave. Njeno pedagoško delo je pustilo pečat na številnih generacijah študentov, prav tako je pomembno njeno znanstvenoraziskovalno delo. Skupaj s sodelavci je skrbela za uvedbo novih strokovnih dejavnosti pri zdravljenju primarnih in sekundarnih jetrnih tumorjev, adjuvantnem zdravljenju raka želodca in kolorektal-

nega raka, pri celostni obravnavi nevroendokrinih tumorjev prebavil, obravnavi bolnikov z genetsko hemokromatozo in pri transplantaciji jeter.

- **Jana Norčič, dr. med.**

Jana Norčič, dr. med., specialistka pediatrije, je kot predstojnica vodila Otroški oddelek SB Murska Sobota. Posebno skrb je namenila najnežnejšim in najbolj ranljivim bolnikom, saj je nadaljevala razvoj Odseka za nedonošenčke in bolne novorojence na Otroškem oddelku. Vodila je pediatrično nefrološko ambulantno in skrbela za vodenje in zdravljenje pediatričnih nefroloških pacientov na oddelku.



Jana Norčič, dr. med.

Ministrica za zdravje ga. Milojka Kolar Celarc je podelila priznanje tudi zdravnicam in zdravnikom, ki so se še posebej izkazali s svojim dosedanjim delom in skrbjo za izboljšanje zdravstvenega varstva v Sloveniji. Podelila jim je častni in strokovni naslov primarij.



Prof. dr. Radko Komadina, dr. med., Ana Korošec, dr. med., in prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med. (z leve).

Primariji so postali:



*Alenka Hafner, dr. med.,
specialistka socialne medicine*



*Zdenko Kikec, dr. med.,
specialist interne medicine*



*Matej Marinšek, dr. med.,
specialist interne medicine*



*Dorjjan Marušič, dr. med.,
specialist interne medicine*



*Asist. mag. Zdravko Roškar,
dr. med., specialist pediatrije*



*Asist. Andreja Tekauc Golob, dr.
med., specialistka pediatrije*



*Darija Mateja Strah, dr. med.,
specialistka ginekologije in
porodništva*



*Lucija Vrabič Dežman, dr.
med., specialistka ginekologije
in porodništva*



*Asist. Lidija Plaskan, dr. med.,
specialistka fizikalne medicine in
rehabilitacije*

Asist. Mojca Gabrijelčič Blenkuš, dr. med., specialistka higiene, mag. Dušan Nolimal, dr. med., specialist socialne medicine, asist. mag. Polonca Truden Dobrin, dr. med., specialistka epidemiologije, **so se opravičili.**

Med udeleženci skupščine so bili tudi mladi zdravniki, ki so sodelovali na okrogli mizi o položaju mladih zdravnikov v Evropi in Sloveniji. Tega smo bili še prav posebej veseli. Prepričani smo, da se nam za prihodnost

Slovenskega zdravniškega društva ni treba bati, če se dogodkov udeležujejo in na njih tudi aktivno sodelujejo mladi kolegi.

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.

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

Preverjanje z izkaznico

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana
marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Da bi se preprečila zloraba, bo od 1. januarja 2016 dalje v bolnišničnih ambulantah ter pri zdravnikih s koncesijo (*niedergelassene Ärzte*) obvezno ob kartici zdravstvenega zavarovanja (*E-Card*) – če zdravnik oz. osebje pacienta ne pozna – predložiti tudi

osebno izkaznico. Dalje bodo zavarovalnice – za preverjanje zdravnikovega računa pacientu – uporabljale t. i. *mystery shoppers*. Arthur Wechselberger, predsednik Avstrijske zdravniške zbornice, vidi v teh ukrepih vmešavanje v zaupen odnos med zdravnikom in

pacientom ter sumničenje ne le zdravnikov, temveč vsega prebivalstva. Predsednik zbornice sporoča, da bo prebivalstvo obvestil, da država od pacienta zahteva, naj se pred zdravnikom izkaže z izkaznico – in to v državi, v kateri državljani niso obvezani pri sebi imeti izkaznice. Državljeni bodo tudi obveščeni, da v nujnih primerih nikakor ne velja, da bi jim bila brez izkaznice odklonjena zdravniška oskrba.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung*
št. 17, 10. september 2015

Socialno zavarovanje: kartica (E-Card) zaenkrat brez slike

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana
marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Nasprotno jasni zahtevi politike (avstrijsko) socialno zavarovanje odklanja, da bi se t. i. *E-Card* opremila s fotografijo, češ da bi bilo predra-

go. Je pa to tema, o kateri bi bilo mogoče razpravljati srednjeročno. Stroški bi nastali zaradi nabave fotografij; če bi se povezali z ostalimi

vejami upravne oblasti, pa bi bilo mogoče o tem razpravljati, saj bi lahko uporabili slike, ki se uporabljajo za izstavljanje potnih listov.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung*
št. 17, 10. september 2015

Krepitev poklicnega stanu namesto sumničenja

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana
marjan.kordas@mf.uni-lj.si

»Dihati za ovratnik' in 'gledati pod prste' – že izbor besed te zvezne politične odločitve potrjuje dojemanje naše trenutne politične kulture pogovora,« meni dr. T. Fiedler, podpredsednik in načelnik odbora zdravnikov s koncesijo. »Potek je zame neokusen in skrajno sporen. Država grozi akademikinjam in akademikom s provokatorji (*Agent Provocateurs*) in tako poklicnemu

stanu gladko podtakne goljufijo. In tudi pacientom ne zaupa. Če se bo ta kultura dialoga še nadaljevala, bomo pač politiki 'stopili na prste',« meni dr. Fiedler.

Zakonsko določen nadzor na medicinskem področju naj bi bil hudo omejevanje varstva osebnih pravic. Nasprotno pa je mnogo bolj pomembna krepitev področja zdravnikov s koncesijo. »Naše že sicer tako težavno

in odgovornosti polno delo ne more in ne sme biti obremenjeno z neodgovorno administracijo in birokracijo, kot je nadzor osebja ter *mystery shopping*. Če se bo ta vrsta administriranja udejanjila, bodo pač posledice nosili pacienti.«

Vir: *ÖÄ Ärzte* št. 294, september 2015

Opomba: Ob besedilu je slika zdravnika s fonendoskopom, ki strogo opazuje namišljenega pacienta ter ga sprašuje: »Ste sploh pacient? Ali pa nas hočete le testirati? Zelo je namreč mogoče, da svoje bolečine le simulirate.« Bolj spodaj se besedilo nadaljuje takole: »Zelo spoštovani pacient, zelo spoštovana pacientka, svoje pritožbe glede obveznosti z osebno izkaznico ter nezaupanja do pacientov naslovite, prosim, neposredno na zdravstveno politiko.«

Primary Health Care: Pripravlja se zakon

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Po številnih zanikanjih ministrstva je ministrica za zdravstvo sama končala s špekulacijami: 20. avgusta je v jutranji oddaji izjavila, da se pripravlja zakon o PHC (*Primary Health Care Centre*, Centri primarne zdravstvene oskrbe). Ustrezna pogajanja naj bi se začela že v septembru, končala pa naj bi se do

konca leta ter s sprejemom zakona v parlamentu.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung*
št. 17, 10. september 2015

Opomba: Žal na tem mestu ne morem in tudi ne znam predstaviti vseh nadorbnosti. Na splošno pa Avstrijska zdravniška zbornica meni,

da gre za pocenitev medicine na račun pacientov – in sicer zaradi kakovostno slabše oskrbe pacientov. Vzorčnih skandinavskih modelov (o tam uporabljenih Centrih primarne zdravstvene oskrbe) ni mogoče prenašati na regionalne danosti Avstrije. »Politika se je tu namenila udejanjiti nekaj, kar še ni preskušeno. Zakon cilja na oslabitev zdravništva – saj zdravnice in zdravniki nismo bili povabljeni v oblikovanje,« je izjavil predstavnik odbora zdravnikov s koncesijo. Še bolj kritična pa je v parlamentu stranka FPÖ; njena govornica za zdravstvo je izjavila, da si avstrijska vlada prizadeva zdravstvo preoblikovati tako, kot je bilo v že zdavnaj propadli Nemški demokratični republiki.

ZDA: Škandal okoli ponudnika za splav

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

»Planned Parenthood« (»Načrtovano starševstvo«), v ZDA največji ponudnik za prekinitve nosečnosti, naj bi bil – tako se glasijo poročila ter tajni videoposnetki – vpleten v trgovino s celicami in tkivi splavljenih fetusov. Podjetje sicer ne zanika

predaje splavljenih fetusov v znanstvene namene in pojasnjuje, da se to dogaja za namen »raziskav, ki rešujejo življenja«, ter brez prinašanja dobička. To bi bilo kaznivo po zakonodaji, ki velja v ZDA. Vsekakor pa govorec Predstavnškega doma, John

Boehner, napoveduje preiskavo. Več republikanskih predsedniških kandidatov je že napovedalo, da si bodo v primeru zmage prizadevali umakniti finančno podporo temu ponudniku za splav. »Planned Parenthood« vodi ustrezne centre v vseh ameriških zveznih državah; državna podpora znaša eno tretjino stroškov. Za prekinitev nosečnosti ta organizacija ne prejema nobene podpore. Glavna področja so preventiva raka, preprečevanje zanositve ter dostopnost ginekoloških preiskav.

Vir: *Österreichische Ärztezeitung*
št. 17, 10. september 2015

Rezultati sprejemnega testa za študij medicine

Prevod in priredba: Marjan Kordaš, Ljubljana

marjan.kordas@mf.uni-lj.si

Na medicinskih univerzah Dunaj, Innsbruck, Gradec ter na Medicinski fakulteti Univerze Linz se je v juliju 2015 11.409 oseb udeležilo testa za

sprejem na študij. Od tega je bilo 58 odstotkov žensk in 42 odstotkov moških. Sprejetih je bilo 1561 oseb: 51 odstotkov žensk in 49 odstotkov

moških. V primerjavi z letom 2014 so bile ženske enako uspešne. Glede na univerzo pa je bila uspešnost različna: na Dunaju ter na Univerzi Linz je bilo 59 odstotkov kandidatk – med sprejetimi pa jih je bilo na Dunaju 54 odstotkov, v Linzu pa 45 odstotkov.

Ta sprejemni izpit se je letos za vso državo opravljal že tretjič z enotnima testoma *MedAT-H* (humana medicina) ter *MedAT-Z* (zobna medicina).

Vir: *Österreichische Ärztezeitung*
št. 17, 10. september 2015

Izmenjava ENTOG na Nizozemskem

Andrej Cokan, dr. med., UKC Maribor

Jure Klanjšček, dr. med., SB dr. Franca Derganca Nova Gorica

cokan.andrej@gmail.com

Od 8. do 12. junija je na Nizozemskem potekala izmenjava ENTOG (European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology), ki smo se je udeležili trije specializanti ginekologije in porodništva iz Slovenije: Jure Klanjšček, Matej Keršič in Andrej Cokan, sicer pa se je izmenjave udeležilo 49 specializantov iz 21 evropskih držav.

V prvih treh dneh smo bili vsi razporejeni v različna mesta v državi, tako da v nobenem mestu ni bil več kot en udeleženec iz iste države. Jure je odšel v Rotterdam, Matej v Leiden in Andrej v Maastricht. Nastanjeni smo bili pri skupno 44 lokalnih organizatorjih – specializantih. Program je bil sestavljen tako, da smo delovni dan preživeli v 32 različnih bolnišnicah, zvečer pa je bil pripravljen družabni program. V bolnišnicah smo imeli priložnost ogleda dela v ambulantah, operacijskih dvorah, histeroskopskih ambulantah, porodnih sobah ter ultrazvočnih ambulantah. Zanimivo je bilo videti nekoliko drugačen potek dela:

- na jutranjih sestankih niso izpostavljeni organizacijski problemi in več časa namenijo predajam službe, izobraževanju ter debatam o aktualnih strokovnih temah;
- delovni čas je daljši, od 8.30 do okoli 18.00, dostikrat tudi dlje. Ambulante obratujejo dalj časa, vendar v njih dnevno obravnavajo podobno število pacientov, zato imajo zdravniki več časa za pogovor s pacienti ter za razlago;
- delovno osebje je drago, manj je zaposlenih v administraciji in v marsikateri ambulanti (ultrazvočni, kolposkopski ...) je zdravnik sam, brez medicinske sestre;
- sistem porodnišnic je izredno razvejan, več kot 60 ustanov ima licenco za vodenje poroda, kar pomeni, da tudi večji centri nimajo velikega števila porodov,

npr. v Univerzitetnem kliničnem centru Maastricht, ki je tudi referenčni center regije, imajo približno 1200 porodov letno;

- 20 odstotkov nosečnic (večinoma mnogorodnice) rodi doma, ista babica vodi nosečnost od prvega pregleda do poroda. Porod na domu je organiziran in nadzorovan, babica ne sme uporabljati zdravil za lajšanje bolečin, čas vožnje do bolnišnice pa ne sme presegati pol ure.

Dnevi so minili zelo hitro, ves čas smo razpravljali o razlikah in podobnostih med državami, pogovore pa smo nato nadaljevali v večernih urah, saj so nam lokalni organizatorji pripravili simpatičen družabni program.

Tretji dan izmenjave je bil namenjen odhodu v Utrecht, kjer smo se zbrali vsi udeleženci izmenjave in nadaljevali z znanstvenim delom programa. Na spoznavnem večeru smo spoznali organizatorje, naslednji dan pa smo imeli predavanja in delavnice, kjer smo vadili na simulatorjih za laparoskopijo, histeroskopijo, imeli smo delavnico urgentnih porodniških stanj ter delavnico, namenjeno področju psihosomatke in komunikacije. Program je bil izredno dobro zasnovan, z dobrimi predavatelji, tako da smo vsi uživali, hkrati pa dobili kar nekaj koristnih informacij, ki nam bodo pomagale pri nadaljnjem delu. Peti, torej zadnji dan izmenjave je bil namenjen skupščini ENTOG, kjer smo izvolili novo predsednico in člane izvršnega odbora. Na skupščini

se nam je pridružil še novopečeni specialist Žiga Jan, sicer član izvršnega odbora ENTOG. Predstavili so se turški kolegi, ki bodo organizirali naslednjo izmenjavo v Istanbulu, nato pa smo izbrali tudi organizatorje izmenjave za leto 2017, ki bo v Sloveniji. Tako smo v velikem slogu zaključili izmenjavo in se odpravili domov.

Zahvalili bi se radi nizozemskim kolegom, ki so odlično pripravili program izmenjave, hkrati pa so se tudi trudili, da je skoraj vsa komunikacija, tudi z bolnicami, potekala v angleščini, kar je omogočalo neposredno sodelovanje in vključitev v obravnavo bolnic. Zelo koristna je bila izmenjava mnenj in izkušenj z udeleženci iz drugih držav, spoznali smo različne pristope k delu in se hkrati strinjali, da kljub občasnemu pomanjkanju časa in z manj opreme v Sloveniji delamo dobro in kakovostno. Zahvalili bi se tudi Žigu za podporo ter Juretu za navdušujočo predstavitev Slovenije v izbirnem postopku organizatorjev za leto 2017. Drugo leto bo izmenjava v Turčiji, čez dve leti pa, upamo, da bo izmenjava ENTOG vseslovenski projekt, zato vabimo vse specializante k sodelovanju.



Jure Klanjšček pri HSC-simulatorju.

Zahtevamo pomoč in spremembe

Ida Rus, dr. med., ZD Škofja Loka
ida.rus@zd-loka.si

Pišem v imenu pediatrij* v lokalnem zdravstvenem domu (Škofja Loka). Smo nekatere izmed številnih zdravnic v primarnem zdravstvenem varstvu otrok in mladine, ki nam naš sistem nalaga vedno več. Zaradi kadrovske politike preteklih let večina od nas dela preko vseh norm.

Zadnje mesece, posebno pa zadnje tedne, našo ustanovo pretresa dilema, **kako in kje opravljati preventivne preglede šolskih in predšolskih otrok**. Ali v zdravstvenem domu, kjer imamo boljše pogoje za delo, kjer se lahko tudi posvetujemo med seboj, opravimo osnovne preiskave, predvsem pa imamo v bližini urgentno službo, saj cepimo ogromno otrok. Ali pa po dolinah (ZP Žiri, Gorenja vas in Železniki) vzdrževati tri otroške ambulante za delo 1x tedensko? Strošek teh vzdrževanj, tudi strošek prevoza cepiv, kakor je določen po standardih, ni majhen. Večinoma v drugih slovenskih krajih prevoz razreda na preventivni pregled enkrat na 2 do 3 leta v oddaljen kraj z avtobusom ne predstavlja posebne težave. V predšolskem obdobju je največ posvetovalnic in cepljenj v prvem letu, ko je običajno mati še na porodniškem dopustu. Pravica otrok do preventivnih pregledov s strani pediatra s tem, ko starši otroka vozijo v drug kraj, otrokom ni kratena. Žal pa zaradi kadrovske težave ne moremo zagotoviti, da bi bile štiri otroške zdravnice v Škofji Loki lahko osebne zdravnice vsem otrokom iz obeh dolin. Trenutno vzamemo vse rizične otroke, ostali pa se morajo vpisati k družinskemu zdravniku.

Naslednja stvar, ki nam jo nalaga politika, pa je **uvajanje e-recepta**. Dve leti imamo že čitalec na svoji mizi, sedaj naj bi ga začeli zares uporabljati. Minili sta dve leti testiranje(?). Koga in čemu? Zavedamo se vseh prednosti takega načina dela, a kako naj se nanj navadimo v času, ko se pričenjajo epidemije? Za vsak recept moramo prevečkrat klikniti z miško, vsakič svojo 4-mestno kodo. Redki naši pacienti imajo kro-

nično terapijo z več zdravili, kakor v splošni praksi, kjer jim tak način zelo olajša delo. Prepričane smo, da bi se ob vsem računalniškem znanju, ki je na voljo danes, pisanje e-receptov za nas lahko in morala poenostaviti.

Kakor sem že prej omenila, v našem otroškem dispanzerju že nekaj let nikakor ne uspemo dobiti manjkajočega pediatra. Prepričane smo, da k temu, da se specialisti ne odločijo za naš kraj, ki je dokaj blizu Ljubljane, v veliki meri pripomore tudi dejstvo, da v našem zdravstvenem domu **pediatri dežuramo tudi v ambulantni splošni nujni medicinski pomoči**, kar med drugim pomeni, da gremo zaradi akutno zbolelih in poškodovanih odraslih in otrok tudi na teren. Kar dovršen del svojih izobraževanj namenimo seminarjem iz urgentne medicine in ne pediatriji, kakor je sicer predpisano. Na ta način torej trpi tudi naše znanje v naši osnovni specializaciji. Smo si pa enotne, da bi svojo obveznost dežuranja z veseljem odslužile v urgentnih centrih za otroke, o katerih se že toliko let govori, o njih pa sedaj v najnovejši ureditvi urgentnih centrov ni ne duha ne sluha. Država je na otroke pozabila, v naši splošni ambulanti pa obiski otrok ob koncu tedna zavzemajo vsaj tretjino vseh obiskov.

Zadnja problematika, ki bi se je s svojim prispevkom rada dotaknila, pa je **problem cepljenja**. Pediatri se zavedamo pomena cepljenja za svoje male paciente. Že leta nam na raznih naših srečanjih »tisti z vrha« obljublja konkretno podporo, a se ne zgodi nič. Biti osebni zdravnik pomeni tudi medsebojno si zaupati. Kako naj vzpostavimo to zaupanje s starši otrok, če jim grozimo, da jih bomo prijavile, ker ne želijo cepiti svojega otroka? Že leta prosimo, da bi bile za to pristojne druge službe, ki bi staršem pomagale razčistiti dileme, ki pa bi se tudi avtomatično odzvale, če bi se starši izogibali cepljenju – vsaj dokler je pri nas cepljenje še obvezno. Upamo si trditi, da so necepljeni otroci zdravstveno veliko bolj ogroženi, ne samo zaradi tega, ker niso cepljeni proti težkim otroškim boleznim, temveč tudi zaradi dejstva, da se te

* Pediatrij ZD Škofja Loka: Ida Rus, dr. med., Alenka Šumer Pirc, dr. med., Mateja Jeranko, dr. med., Irena Gracar, dr. med.

družine v velikem deležu izogibajo stika z zdravstvom, ker je to najboljši način, da se izognejo cepljenju in prijavi z naše strani. Otroka tako ne pripeljejo niti v posvetovalnico niti na sistematski pregled šolarjev, ko zbolijo, pa ga rajši odpeljejo v dežurno ambulanto. Tam jih večinoma pregledajo splošni zdravniki, ki, z izjemo zdravnikov iz dolin, nimajo veliko stika z otroki.

Nekateri nam očitajo, da ne opravljamo dobro pojasnilne dolžnosti. Za enega pacienta imamo v posvetovalnici v najboljšem primeru 15 minut časa; takrat moramo opraviti denverski razvojno-presejalni test, splošni pregled otroka, pokazati staršem osnove ravnanja z otrokom, se z njimi pogovoriti, pregledati izvide, izdati napotnice, recepte, otroka cepiti. Pogovorimo se tudi o cepljenju, če starši želijo, tudi bolj izčrpno, a to je običajno že na račun naslednjega otroka. Ob prvi posvetovalnici prejmejo tudi pisno literaturo s strani NIJZ (za katero ob naslednjem pregledu pogosto ne vedo, da so jo dobili). Osebo staršem, ki imajo več predsodkov, tudi obljubim, da jim bom po elektronski pošti poslala literaturo. In kaj jim pošljem? Pismo dr. Radšel Medvešček ter prispevek prof. dr. Ihana, objavljen v reviji Jana. Sicer odlična prispevka odličnih avtorjev, a na žalost kažeta že v osnovi na to, kako smo pediatri prepuščeni sami sebi. Bi lahko bilo to tisto, kar bi

starše prepričalo? Starši mi potem pogosto pošljejo nazaj kakšen članek ali videoposnetek z interneta, kot je npr. naslednji: https://www.youtube.com/watch?v=LsAAG5_qDM8, s pripisom, ki pove, kdo jih je prepričal: »Zelo dober film in odlično predavanje. Vredno ogleda.« Posnetek spoštovanja vrednega zdravnika, za laika je vse tisto, kar pove, sveta resnica, zame pa grozljivka. Je v tej državi kdo, ki bi nas v naših prizadevanjih lahko podprl? Ne samo grozil s kaznijo, če ne bomo prijavljali. Včasih tudi sami ocenimo, da bi pri določenem otroku lahko šlo za medicinsko kontraindikacijo – v tem primeru nam lahko naprtijo ogromno dodatnega dela.

Na tem mestu bi se rade tudi zahvalile vsem našim upokojenim pediatrinjam, ki nas dejansko rešujejo, da približno izpolnimo vse potrebne norme. Vidimo njihovo predanost, a tudi utrujenost, marsikatera od njih dela v otroških dispanzerjih tudi štirikrat tedensko, v različnih zdravstvenih domovih.

Ob koncu

Opravičujem se:

- predvsem našim malim pacientom in njihovim staršem, ker bodo sedaj čakali še dlje, rabile bomo nekaj časa, da se vsaj malo navadimo novega sistema pisanja receptov. Žal mi je za ves čas, ki ga bom porabila za delo z računalnikom, ne z njimi;

- vsem tistim iz Selške in Poljanske doline, ki jih ne moremo več vpisati. Ne zmoremo. Vse preventivne preglede bomo opravljali nemoteno naprej, sicer v Škofji Loki, po istem urniku in z možnostjo takojšnjega učinkovitega ukrepanja, če pride do zapletov. Starši, ravnatelji in župani, omogočite nam, da bomo lahko pregledale tudi vaše šolarje;
- opravičujem se tudi, če se morebiti v kaki kritični situaciji na terenu, predvsem z odraslimi, ne bomo pravilno odzvale. Zavedamo se, da opravičilo takrat ne bo zadostovalo, zdravnik je tisti, ki je naredil napako. Nihče ne bo upošteval, da nismo urgentne zdravnice, da kot pediatrinje ne morem slediti vsem novostim na tem področju.

Obsojam pa:

- vse odgovorne v našem zdravstvenem sistemu. V vseh teh letih, kar delamo v primarnem zdravstvenem varstvu otrok, se kljub vsem našim pozivom ni nič spremenilo. Sedaj je več specializantov pediatrije. A kako preživeti nadaljnjih pet ali več let s 50 do 70 pacienti na dan?

Upam, da ta naš prispevek ne bo naletel na gluha ušesa. Prepričana sem, da se veliko kolegov strinja z nami. Lahko upamo na kaj več kot le na pritrjevanje?

O referenčnih ambulantah

Prim. dr. Zlata Remškar, dr. med., Medvode
zlata.remskar@evj-kabel.net

Ponekod so se že uvedle tako imenovane referenčne ambulante, ki jih vodijo diplomirane medicinske sestre. Prevzele naj bi sistematično nadzorovanje nekaterih kroničnih bolnikov in s tem zmanjšale pogo-

stnost njihovih obiskov v zdravniških ambulantah ter sodelovale, kar naj bi bilo še pomembnejše, pri preventivnem zdravstvenem nadzoru in prebivalstva.

Glede na Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva v razdobju od leta 2015 do leta 2025 se jih namerava na primarni ravni številčno zelo okrepiti. Delovalo naj bi jih sto petdeset. Pričakuje se, da bodo pripomogle predvsem k zagotavljanju večje dostopnosti do preventivnih ukrepov za vse prebivalstvo ter

omogočile vsebinsko preusmeritev zdravstvene službe v preprečevanje in zgodnje odkrivanje dejavnikov tveganja, kar bi zmanjšalo obstoječo zaznavo, kot so se izrazili v resoluciji, neenakosti prebivalstva v zdravju.

Toda ali se organizacijsko dovolj premišljeno umeščajo v obstoječo mrežo zdravstvenega obravnavanja Slovencev, da bodo lahko izpolnile resolucijska pričakovanja?

Jim njihova današnja metodologija delovanja objektivno omogoča dolgoročno zasledovanje resolucijskih ciljev? S čim bomo merili doseganje resolucijskih ciljev, kateri kriteriji se bodo pri tem upoštevali?

Dosedanje naključne redke lastne praktične izkušnje z njihovim delom mi povzročajo nekatere dvome.

Oglejmo si omenjene praktične izkušnje.

Naj omenim primere nekaterih kadilcev, ki so bili v zadnjih treh letih napoteni v specialistično pulmološko obravnavo. V anamnezi so navedli, da se ne počutijo bolni in da v zadnjem razdobju niso imeli nikakršnih zdravstvenih težav. Ko pa so bili vprašani, kako to, da so bili brez subjektivnih težav napoteni v specialistično pljučno obravnavo, so povedali, da so jih usmerili na specialistični pregled po obravnavi v referenčni ambulanti. Na pregled v referenčno ambulanto so bili poklicani in njihove obravnave sami od sebe ne bi iskali. Opisali so, da so pri pregledu v referenčni ambulanti pisno odgovorili na nekaj vprašanj ter opravili meritev pljučnih volumnov. Ker naj bi »slabo pihali«, kot so navedli, jim je nato izbrani zdravnik svetoval pregled pri pulmologu, na katerega so sedaj prišli.

Kot zanimivost sem opazila, da nobeden od bolnikov ni vedel za ime in priimek referenčne sestre, ki ga je obravnavala, in tudi ni prinesel na vpogled zapisa njenih ugotovitev. S seboj so prinesli le zapis izmerjenih pljučnih volumnov brez komentarja meritve.

V pulmološki ambulanti smo jim še enkrat izmerili pljučno funkcijo in kontrolirali rentgenogram prsnih

organov. Nobeden od napotnih kadilcev še ni izpolnjeval funkcijskih kriterijev za diagnozo KOPB. Svetovali smo jim, naj opustijo kajenje.

Priznali so, da s kajenjem verjetno ne bodo mogli prenehati, čeprav sprejemajo priporočilo in se zavedajo, da je kajenje dolgoročno zdravju škodljivo.

Vprašamo se lahko, ali je referenčna ambulanta v omenjenih primerih odigrala pričakovano »razbremenilno vlogo zdravniške ambulante«. Glede na anamnezo so bili preiskovani poklicani na »preventivni« pregled, kjer so jim opravili merjenje pljučnih volumnov. Obravnava se je zaradi »slabega pihanja«, kot so navedli preiskovani, nato preusmerila k izbranemu zdravniku, ki jih je napotil k pulmologu, ter nato še enkrat ponovila, kot smo videli, v specialistični ambulanti – z razliko od predhodnega obravnavanja v tem, da so bolniki tokrat prejeli izvid, pod katerega je bil podpisan zdravnik, ki je s podpisom prevzel odgovornost za svojo oceno njihovega stanja. Delo s prikazanimi kadilci se je v praksi na tak način, kot smo lahko opazili, potrojilo: najprej referenčna sestra, nato izbrani zdravnik in še specialist, kar vsekakor ne kaže na racionalizacijo njihove zdravstvene obravnave.

Odsotnost izdajanja izvida po pregledu v referenčni ambulanti bi si morda lahko razlagali z v sistem vgrajeno vnaprejšnjo »neodgovornostjo diplomirane medicinske sestre« za svoje delo, ali pa s prikritim strahom, da bi zdravniki kompetenco »izdajanja izvida« prepustili sestri?!

Druga vrsta bolnikov, ki sem jih naključno srečala v pulmološki ambulanti in ki so v anamnezi navedli, da so bili v zadnjih mesecih spremljani v referenčnih ambulantah, so bili dolgoletni kronični bolniki.

Omenila bom dvainosemdesetletno bolnico, ki je bila že dobra tri desetletja obravnavana pri revmatologih zaradi seropozitivnega kroničnega artritisa s pljučno prizadetostjo. V zadnjih dveh letih so ji uspeli bolezen

stabilizirati z uvedbo bioloških zdravil, ki so ji jih aplicirali enkrat mesečno. Vodenje terapije se je po letu dni preusmerilo v referenčno ambulanto. Oktobra leta 2014 je bolnica ob prihodu v referenčno ambulanto potožila, da je »prehlajena«, zaradi česar so ji v referenčni ambulanti po bolničnih besedah prekinili mesečno aplikacijo zdravil in ne le odložili. V naslednjem mesecu je nato prišlo do hudega zagona revmatične bolezni. Pojavile so se otekline in bolečine po vseh sklepih in postala je, kot je navedla, nepomična. Zato je bila s strani izbranega zdravnika urgentno usmerjena na kontrolo k revmatologu. Ta se je, po bolničnih besedah, zelo začudil, da so ji ukiniti terapijo z biološkimi zdravili, ki ji jo je takoj ponovno uvedel s ponovnim dobrim izboljšanjem njenega stanja.

Tudi v tem primeru bolnica ni prejela izvida obravnave v referenčni ambulanti, iz katerega bi bila razvidna odgovorna oseba in njeni argumenti za ukrep prekinitve zdravljenja.

Vprašali bi se še lahko, zakaj pred prekinitvijo zdravljenja ni prišlo do posveta z revmatologom oz. preusmeritve bolnice na pregled k revmatologu.

Zanimiv je tudi primer sedemdesetletnega bolnika z napredovalo kronično obstruktivno pljučno boleznijo na trajnem zdravljenju s kisikom na domu, ki je ob pulmološkem pregledu povedal, da je pred štirinajstimi dnevi ob redni kontroli v referenčni ambulanti potožil, da dva dni izrazito težje diha. Pod običajnim dodajanjem kisika mu je bila izmerjena saturacija krvi s kisikom v mirovanju 91 %. Frekvenca dihanja, krvni tlak, frekvenca pulza in pljučni volumni mu po njegovih besedah niso bili izmerjeni. V referenčni ambulanti so stanje bolnika ocenili za stabilno. Še isti dan ponoči je bolnik iskal pomoč na urgenci, kjer so mu ugotovili akutno poslabšanje kronične obstruktivne pljučne bolezni, mu predpisali antibiotik ter mu svetovali kontrolni pregled pri pulmologu.

Vprašamo se lahko, ali bi bilo smiselno tega bolnika že takoj iz referenčne ambulante preusmeriti v oceno stanja k izbranemu zdravniku ter ali je bil v referenčni ambulanti kontroliran obseg parametrov za oceno »stanja stabilnosti« kronične bolezni primeren. Verjetno izmeritev saturacije krvi s kisikom ni bila optimalna obravnava bolnika. Tudi v tem primeru je odgovorni v referenčni ambulanti ostal anonim, brez zapisa o svojem odločanju!

Če na koncu primerjalno proučimo podobnosti med prvo in drugo skupino prikazanih primerov, lahko vidimo, da jim je skupno, da v referenčnih ambulantah niso prejeli nobenega dokumenta, iz katerega bi bila razvidna njihova obravnava v referenčnih ambulantah ter z izvidom identificiran izvajalec obravnave in ocene stanja.

Prejetje izvida bi dokumentiralo zdravstveni pregled v referenčni ambulanti, ki sedaj sloni le na anamnezi bolnikov. Dokumentiranje pa je, kot se tudi v naši medicinski praksi čedalje bolj zavedamo, predpogoj za varno zdravstveno obravnavanje bolnikov. Edino namreč omogoča dovolj zanesljivo retrogradno analizo našega dela, ki ga želimo izboljšati še zlasti po zadnjih dogodkih na otroški kardiokirurgiji in intenzivnem nevrološkem oddelku. Ker je pregled v referenčni ambulanti tudi zdravstvena obravnava, torej v tem pogledu ne bi smel biti izjema.

Na osnovi prikazanih primerov bi kazalo tudi razmisliti, ali bodo referenčne ambulante s sedanjim načinom dela, kot je bil naključno zaznan v dnevni praksi, dosegle napovedan cilj razbremenitve običajnih zdravniških ambulant. Ali pa bodo le množile delo, kot je vtis pri opisanih primerih? In še posebej pomembno, ali so

sestre, ki delujejo v referenčnih ambulantah, strokovno preverjeno primerno dodatno izobražene, da ne bo prepogosto prihajalo do podobnih primerov, kot sta zadnja dva?!

Zaključila bom z javno ugotovitvijo enega od naših »najmedijskih zdravnikov«, ki je dejal, da so postali današnji bolniki do nas zahtevnejši.

Sama menim, da je tako prav!

Vsi vključeni v zdravstveno obravnavanje bolnikov bi morali težiti za dosledno profesionalnostjo svojega dela, s katero bi zagotavljali največjo možno varnost obravnavanih. Seveda tudi v referenčnih ambulantah, ki so le del kompleksnega sistema zdravstvenega obravnavanja Slovencev in ki jih načrtujejo celo zelo razširiti! Še zlasti zaradi slednjega bi bilo smiselno, da bi referenčne ambulante z izdajanjem izvidov svoje delo dokumentirale, kar sem v prikazanih primerih zelo pogrešala.

Rojeva se nova zavest

Dr. Uroš Dobnikar, dr. med., UKC Maribor
dobnikar.uros@gmail.com

Svet, v katerem živimo, se ves čas spreminja. Tudi vsak človek, rastline, živali, vsa narava. Zagotovo je marsikdo opazil, da je svet v zadnjih letih tako rekoč ponorel. Da se vse spreminja veliko hitreje kot prej. Spremembe močno pritiskajo na človeštvo in ljudje se zelo različno odzivajo na ta pritisk. Temne plati se veliko jasneje kažejo, vidijo in opazijo. Nepoštenost, sovraštvo, nadzor, napadalnost, jeza, strah, nevednost in pohlep množično puhtijo iz človeštva in se kažejo v čudnih, groznih in neverjetnih dogodkih, ki jih nemočno opazuješ. V tujini in doma, daleč in hkrati zelo blizu nas. Spremembe se dogajajo v politiki, gospodarstvu, na finančnih trgih in v družbenem življenju. Vrstijo se epidemije bolezni in naravne kata-

strofe, spreminjajo se socialne razmere. Spremembe pritiskajo tudi na zdravstveni sistem in na tebe kot zdravnico oz. zdravnika. V novi dobi, ki prihaja, bo nujno drugače razmišljati in delovati. Stari način mišljenja in delovanja je namreč oblikoval svet, ki ga sedaj opazujemo. In to nam ni všeč!

Zelo smo zaposleni s kritiziranjem sistema, politikov, ki ga vodijo, vodilnih v ustanovi, v kateri delamo ... Toliko imamo opraviti s tem, da smo pozabili nase. Na jezo, ki jo nosimo,

na našo nemoč, na strah pred spremembo. Na otopelost in izgorelost, ki kot težek oklep omejujeta naše počutje in življenje.

Naučili so nas, da zdravimo. Da zdravimo bolezni. To naj bi bilo jedro našega poklica, naše dejavnosti. A v tem jedru se skriva osnovna laž. Kaj v resnici zdravimo? Zdravimo samo

*Problemov ne moremo reševati
z enakim načinom razmišljanja,
ki smo ga uporabljali,
ko smo probleme ustvarili.*

Albert Einstein

posledice bolezni in poškodb! In to zelo učinkovito, zelo dobri smo v tem. Vzrokov pa ne poznamo! Ne vemo, kaj je smrt, ne vemo niti, kaj je življenje. In tukaj je naš osnovni problem. Zdravimo tisto, kar vidimo, to pa so samo posledice. Zdravljenja vzrokov

pa nas nihče ni učil. Pacientu s povišanim pritiskom damo zdravilo, ki zniža pritisk. Bolečine lajšamo z analgetiki, inzulin zniža raven sladkorja v krvi. Bakterijske okužbe zdravimo z antibiotiki, alergije z antihistaminiki in s kortikosteroidi. Za depresijo predpišemo antidepressive, kirurško odstranjujemo tumorje. Vstavimo žilno opornico v zaprto srčno žilo. Operativno oskrbimo zlome kosti in druge poškodbe.

A kaj se zgodi, ko izzveni delovanje zdravila v krvi? Pritisk spet naraste, bolečina se vnovič pojavi, sladkorna bolezen ne izgine, ob ponovnem stiku z bakterijami se ponovi okužba, enako znaki alergij. Depresija je še močnejša kot prej, tumor se morda pojavi kje drugje ali pa se razseje. Srčne žile se še naprej mašijo. Pacient se ponovno poškoduje ... Smo pozdravili bolezen, njen vzrok? Smo odpravili vzrok, da se je pacient poškodoval, da se je okužil z bakterijo ali virusom? Zakaj se nekdo okuži, drugi pa ne? Kako zdravimo vzrok možganske kapi? Vzrok epilepsije? Pa vzrok srčnega infarkta? Vzrok psihoz? V bistvu vzroka boleznih sploh ne poznamo. Če bi ga, bi ga znali pozdraviti. Ne vemo, zakaj se človek poškoduje. Če bi vedeli, bi znali preprečiti poškodbe. Ne vemo, zakaj pride do okužbe. Če bi vedeli, nihče več ne bi zbolel zaradi okužbe. Kaj povzroči, da zraste rakasto tkivo? Če bi pozdravili vzrok sladkorne bolezni, inzulin ne bi bil več potreben! In to velja za vse bolezni, ki jih navidezno zdravimo, in za vsa zdravila, ki jih pri tem uporabljamo.

V bistvu smo zelo omejeni v vedenju in razumevanju bolezni in njihovega zdravljenja. Skrajni čas je, da to spoznamo in si priznamo, da nismo vsemogočni in da nihče ne more tega od nas pričakovati!

Naučili so nas, da moramo pomagati ljudem, da jih moramo zdraviti, jih celo pozdraviti! Bolniki pričakujejo podobno: zdravnik me bo pozdravil! Zdravnikov ego je močno ujet v ta pričakovanja. Jaz zdravim, jaz sem pozdravil tega pacienta!

Tukaj se skriva osnovna zmeta! V resnici nikogar ne znamo pozdraviti – razen sebe. Bolniku lahko samo olajšamo trpljenje in mu pokažemo pot. Pot, po kateri bo prišel do zavedanja, da se lahko pozdravi sam. Da se lahko samo sam zares pozdravi! Dokler se tega ne zavedamo, smo ujetniki naših pričakovanj in pričakovanj bolnikov in naše družbe. Ujeti smo v breme odgovornosti, ki smo si jo naložili. Postali smo odgovorni za zdravje ljudi in za njihovo zdravljenje. To pa ni resnica! To preprečuje, da bi se ljudje zares pozdravili. Čas je že, da ljudje slišijo resnico – da jih nihče ne more pozdraviti. Da so sami odgovorni za svoje zdravje in počutje. Da lahko sami vplivajo na svoje počutje in zdravje. Da lahko pridejo k zdravniku in ga prosijo za pomoč pri tem. Da začutijo svojo odgovornost za svoje zdravje. Da se tega zavedajo! Tako se bo veliko breme, ki podzavestno pritiska na nas, raztopilo in izginilo. Odnos zdravnik – pacient bo spet temeljil na resnici, in če je temelj resnica, vse teče gladko in brez zapletov. V dobro vseh, ki sodelujejo. To je svoboda, ki si jo sami lahko damo!

Otopeli, izžeti in izgoreli smo zato, ker delamo v laži. Ker samo navidezno zdravimo in smo se nekoč s tem zadovoljili. Namenjeno pa nam je veliko več: da pričnemo razumeti človeka, življenje, bolezen in smrt. Da se začnemo ukvarjati z vzroki in ne samo s posledicami bolezni. Človeku, ki trpi, je treba najprej pomagati odpraviti simptome bolezni. Potem se lahko začne pravo zdravljenje. V tem konkretnem delu pa smo danes popolnoma nevedni in nemočni. Zato je toliko nezadovoljstva, toliko izgorelosti, ker se podzavestno čutimo nemočni pomagati svojim pacientom! Zato so naša srca do bolnikov zaprta. Kdaj si nazadnje šla oziroma šel z veseljem v službo? Z ljubeznijo do pacientov? Zakaj smo se prepustili vplivu kapitala in birokraciji, ki je prevzela glavno vlogo pri našem delu? Vse to se dogaja zato, ker ne opravljamo dela

tako, kot bi ga morali, ker smo nevedni. In to se sedaj spreminja. Spremembe pritiskajo in vplivajo na naše počutje. Tako nas vzpodbujajo, da iščemo drugo pot. Sprememba je edina stalnica v življenju. Sprememba je dobra, če se pustiš spremeniti. Če dopustiš, da se ti odpre srce, in delaš iz srca. Da daješ tisto, kar želi dati tvoje srce. Da pokažeš razumevanje in sočutje. Da v pacienta vneseš mir in zaupanje in vero v ozdravljenje. Da mu priznaš, da ga ne znaš pozdraviti. Da mu lahko samo pomagaš, in mu tudi pomagaš, kar zelo dobro znaš!

Vse se lahko spremeni. Vendar ti lahko spremeniš samo sebe! Spremembe vedno pridejo od znotraj. Ko boš odprl vrata svoje notranjosti, se boš začel spreminjati in potem boš zaradi spremembe v sebi vplival na globalno spremembo. Skozi tvojo spremembo bodo tudi drugi okoli tebe dobili priložnost, da se spremenijo. To je kot verižna reakcija. Tako se dosežejo spremembe! A vedno začneš pri sebi. Da pa lahko začneš pri sebi, moraš najprej nehati obsojati druge. Nehati moraš soditi drugim in sebi. To je najtežje, vendar brez tega ne gre. Spremeniti moraš misel. Stare misli, prepričanja, vse, kar si se naučil, in vse, v kar verjameš, vse to je tvoja okorelost, otopelost, nemoč in izgorelost. Nova misel bo prinesla novo vedenje, novo znanje in delovanje. Tako se bo spremenila tvoja zavest. Spremenila se bosta zavedanje in razumevanje tvoje vloge kot zdravnika, tvoje dožemanje bolezni in zdravljenja. In to bo pozdravilo zdravstveni sistem. Sprememba bo prišla skozi tebe, skozi tvoje kolege in kolegice, od znotraj navzven. Sprememba se bo zgodila, ko se bo spremenila več kot polovica zdravnikov in zdravnic. Potem bo ta sprememba pritisnila na vodilne, na politike in na celotno družbo. In nekaj se bo zagotovo premaknilo.

Nekaj starega mora umreti, da lahko nastane kaj novega!

Ali je zdravstvo res trgovina z mešanim blagom?

Dr. Marjan Jereb, dr. med., Ljubljana

Ob sedanjih debatah na to temo v medijih se mi zdi vredno nekoliko razčistiti pojme ter podati nekaj svojih misli. Sam sem namreč istočasno zdravnik in bolnik, imam torej dobro izhodišče za ta poseg v razpravo.

Zdravstvo so ljudje – bolniki in zdravstveno osebje – ter seveda tisto, kar spada zraven: bolnišnice, inštituti, farmakologija ter vsa potrebna tehnika. Brez denarja seveda vse to ne more delovati, vendar včasih malo pozabimo, tudi s pomočjo medijev, da denar ni cilj, ampak sredstvo. Nikoli ne more biti dovolj denarja za tisto, čemur bi se zdravstvo rado vsaj približalo – da bi bili vsi ljudje zdravi in sposobni za delo. Ves denar, kar ga dobi, pa lahko zdravstvo, pod pametnim vodstvom, bolj ali manj koristno porabi. Tu pa se naša mnenja začnejo razhajati. Eni bi zvišali plače, drugi bi bolj podprli raziskave, tretji bi nabavili več modernih aparatov in instrumentov, še drugi bi usmerili več denarja v izobraževanje. Vse to so hvalevredne ambicije, žal pa denarja zmanjkuje že za ohranjanje sedanjega stanja.

Slovensko zdravstveno osebje, z zdravniki na čelu, je vredno občudovanja. S polovico manj denarja, kot ga za to porabijo naši sosedi Avstriji, vzdržujejo, v glavnem na račun svojih nizkih plač (material je še nekoliko dražji kot pri sosedih), zdravje naših ljudi na enaki ravni kot v Avstriji, Nemčiji, Franciji. Žal to ne more več dolgo trajati, prvi znaki upadanja kakovosti se že kažejo: nevrologija in otroška srčna kirurgija v ljubljanskem kliničnem centru, opuščanje nekaterih specialnosti v drugih slovenskih bolnišnicah, zmanjšani programi v nekaterih zdravstvenih domovih, pa tudi pomanjkanje zdravnikov in drugega osebja se ponekod že pozna.

Kako preprečiti ta »negativni trend« in stanje morda celo izboljšati, je tako imenovano vprašanje za milijon dolarjev. »Več denarja«, tudi če bi ga kje dobili, verjetno ni edini odgovor. Bolj obetavni se mi zdijo poizkusi dviganja strokovne ravni in učinkovitosti, torej smiselne porabe tega, kar imamo. Skoraj vsemogočna birokracija, tipično slovensko izmikanje odgovornosti ter vmešavanje politike tu ne bi smeli biti nepremostljive ovire.

Strokovnost, tj. znanje in njegova smiselna uporaba, ima svoje osnove predvsem v dobrih šolah, s tem pa imamo v Sloveniji težave. Skozi dve ali celo tri generacije so bile, od osnovnih šol do fakultet, pod močnim političnim vplivom, ki se je poznal predvsem v izbiri učiteljev. Slovenija je majhna in nima dovolj ljudi, ki bi res lahko bili univerzitetni profesorji. Če se to število še razpolovi po politični liniji, je primanjkljaj očiten. Izpolnili so ga v glavnem drugorazredni politični kandidati, kar seveda ni bilo v prid strokovnosti. Svoje so prispevale tudi skoraj hermetično zaprte državne meje v letih 1950–60. V razvite tuje dežele so smeli le izbranci, in to ne v službo, kjer bi se lahko kaj naučili, ampak na kongrese in simpozije. Zato vsaj medicinska fakulteta ni bila na nivoju, kar se še danes pozna marsikateremu njenemu diplomantu. K sreči se je ta upad strokovnosti poznal predvsem v vrhovih naše medicine, medtem ko so zdravniki v ambulantah, zdravstvenih domovih in redkih zasebnih ordinacijah dobro opravljali svoje delo in vzdrževali zdravje prebivalcev na dostojni ravni. Se pa te stvari zdaj hitro izboljšujejo, ko smo se odprli svetu, vstopili v Evropo in se končno poslovlili od enoumja.

Smiselna poraba tistega, kar imamo, je še vedno dokaj oddaljen cilj. Povprečen slovenski zdravnik začne samostojno, brez nadzora, delati vsaj nekaj let pozneje kot npr. njegov švedski kolega, gre tudi kakšno leto prej v pokoj in tudi čez dan dela kakšno uro manj. V ljubljanskem kliničnem centru so ob štirih popoldne samo še dežurni zdravniki ter tu in tam kakšen navdušenec, medtem ko npr. v Karolinski bolnišnici v Stockholmu ob šestih popoldne še tečejo rutinske preiskave in posegi. V UKC se je že zgodilo, da so zdravniku prepovedali delati s pacienti popoldne, ker bi zavarovalnici porabil preveč denarja. Jasno je, da se na ta način daljšajo čakalne vrste, s čimer se poslabša stanje vsaj nekaterih čakajočih, kar spet poveča stroške zdravljenja in niti ne prihrani denarja zavarovalnici, neposredno pa škodi zdravju bolnikov.

Za racionalno zdravljenje naj bi poskrbele t.i. »smernice« za obravnavo bolnika. Večino teh zdravnik že pozna. Ker so jih izdelali v pisarnah in se nanašajo na statistično povprečnega bolnika, se je bati, da bodo dobrega zdravnika včasih celo ovirale pri obravnavi bolnika, ki ga on pozna bolje in terapijo prilagaja njegovim posebnostim. Lahko bi se zgodilo, da bodo smernice tudi ovirale uvajanje novosti. Te se navadno pričnejo tam, kjer nekdo ali nekaj štrli iz povprečja.

Eden glavnih pogojev za uspešno zdravljenje je seveda odnos med bolnikom in zdravnikom – medsebojno zaupanje in spoštovanje. To je v Sloveniji zadnje čase na trhljih nogah, tudi ali celo zlasti po zaslugi medijev, pa tudi splošnega vzdušja v naši državi. Težko komu kaj verjamemo, o drugih raje slišimo, ali rečemo, kaj slabega in to pričakujemo tudi od njih. Tudi to ima lahko slab vpliv na zdravstvo. Zdravnik, ki o svojem delu

izve iz medijev, da je zaslužkar in prepirljivec, ki mu je glavno, da prikrije svoje napake, ne bo delal z veseljem, kar se lahko sčasoma pozna na kakovosti. Sedanje stanje našega zdravstva, ki ni tako slabo, bi po moje lahko učvrstili in izboljšali z nekaj preprostimi potezami:

Oseben pogovor s kandidati za študij medicine, več novih profesorjev in docentov, neobremenjenih s preteklostjo, zaupati mladim zdravnikom, da sami vedo, kdaj rabijo pomoč ali nadzor, pustiti zdravnikom, da delajo, kolikor je treba, in ne, kolikor jim določi zavarovalnica, omejiti naloge zavarovalnice na njeno osnovno – plačevanje računov, olajšati sodelovanje med javnim in zasebnim v zdravstvu in tudi zavarovalništvu, dati večja pooblastila zdravniški zbornici, ki je predvsem dolžna skrbeti za kakovost in reševanje sporov.

Nepravilnosti ali domnevne napake bi morali pristojni organi zbornice obravnavati prvi, pred sodišči. Tako da bi bilo že strokovno

analizirano stališče znano, preden se pojavijo diskreditacije in ugibanja v medijih. Take obravnave pa bi morale biti objavljene v zborničnem strokovnem časopisu Isis v pouk. Pred leti so bile obravnave razsodišča zbornice objavljene v reviji Isis, v prvih letih po osamosvojitvi pa je zaradi tega prišlo do burnih odzivov zdravnikov, saj takrat zdravniki še niso bili navajeni javne kritike. Take objave so imeli za preganjanje, niso se zavedali, da priznanje in obravnava lastnih slabosti lahko privede do izboljšave kakovosti njihovega dela in njihovega ugleda.

Javno in zasebno zdravstvo se v razvitih deželah, kot so Švedska in ZDA, dopolnjujeta ter imata nekoliko različne prednosti in slabosti. Na Švedskem so zasebniki v glavnem koncesionarji, vsi prebivalci so zavarovani, bolnišnice večinoma državne, okrajne ali občinske, glavna težava so dolge čakalne dobe. Koliko se med čakanjem bolezni poslabšajo in s tem še povečajo stroške, je težko izračunati. V ZDA pa bolniško zavarovanje ni

obvezno, približno šestina prebivalcev ni zavarovana in jih bolezni lahko hudo udari po žepu. To je predvsem srednji sloj. Starejšim in revnejšim v tej skupini sta namenjena programa *Medicaid* in *Medicare*, ki plačata račune namesto bolnika, obstaja pa še vrsta društev, fundacij in organizacij za pomoč tistim, ki ne zmorejo plačila. Večina bolnišnic je zasebnih, seveda pa sprejmejo vsakega, ki potrebuje pomoč. Glavna prednost tega sistema je, da praktično ni čakalnih dob. Skupni stroški za zdravstvo so v ZDA večji kot v evropskih državah, mislim pa, da razlika ni tolikšna, kot jo včasih prikazujejo naši mediji. Plače in najemnine so višje kot v Evropi, hrana je cenejša, krajše čakalne dobe pa stvar še nekoliko pocenijo.

Verjetno bi tudi pri nas koristilo bolnikom in državi, če ne bi tako strogo ločevali javnega zdravstva od zasebnega ter tako očitno favorizirali prvega. Če bi npr. zdravnik javnega zavoda popoldne smel delati v zasebni ambulanti, bi bilo opravljenega več dela in bi se čakalne dobe skrajšale.

Imamo meter

Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana

Meter imamo, vprašanje pa je, ali ga znamo, zmoremo in hočemo uporabljati.

Ko beseda nanese na zdravnike, predstavniki ostalih poklicev radi modrujejo, pametujejo in poudarjajo, da bi »bogovi v belem« že davno padli, če bi imeli merila, s katerimi bi lahko natančno določali, merili, primerjali in preverjali – secirali njihovo delo. Tako pa lahko ustvarjajo vtis o svoji neprekosljivosti, neobvladljivosti in nepremagljivosti ter se obdajajo z avreolo nedotakljivosti. Glavnina sodobnega prebivalstva je prepričana, da ključni problem delovanja, nagrajevanja in statusa zdravnikov, pa tudi nekaterih drugih visoko izobraženih poklicev, katerih

ustvarjena dodana vrednost temelji na znanju in razmišljanju, izkušnjah in kompetencah, izvira iz dejstva oz., bolje, predpostavke, da njihovega delovanja in dosežkov ni mogoče meriti, temu primerno pa tudi ne primerjati in objektivno vrednotiti.

Pa se motijo, ker meter imamo. Že dolgo. Sicer res ni običajen, mehanski, ki ga odvijesh oz. potegneš iz toka, postaviš na rob in začneš meriti. Neposredno odčitavanje iz ustaljenih merilnih naprav (zaenkrat še) ni na voljo. Ko gre za zdravnike, je zadeva praviloma precej bolj zapletena in kompleksna od linearnega odčitavanja metrov in centimetrov, litrov in decilitrov, kilogramov in dekagramov. Proces ugotavljanja pravilnih »odčit-

kov« pa terja kanček več od golega poznavanja utežnih/volumskih, dolžinskih, površinskih in ostalih mer ter njihovih pretvornikov. Vrednotenje dela zdravnikov terja poleg pravilne izbire metra in upoštevanja taktike kompleksnega merjenja tudi upoštevanje doktrine ugodnih (želenih pozitivnih) in neugodnih (neželenih, škodljivih) stranskih učinkov. Kar pa seveda nikakor ne pomeni, da zdravnikovega dela ni mogoče objektivno vrednotiti. Lahko ga merimo, primerjamo in preverjamo predvsem s pomočjo odnosa strokovne javnosti do delovanja oz. nedelovanja posameznika oz. skupine zdravnikov. Kar v praksi pomeni, da verodostojni, zaupanja vredni in primerno cenjeni oz. spoštovani in ugledni strokovnjaki medicinske stroke brez nepotrebne pristranskosti vzamejo pod drobnoogled, preverjajo, primerjajo, ocenjujejo in vrednotijo delo svojih kolegov.

Za zdravnike je edino sprejemljivo in sila pomembno, da so arbitri najprej in praviloma zdravniki – kolegi, ki so na določenem strokovnem področju boljši od njih (ali vsaj tako dobri kot oni sami), hkrati pa vredni vsega strokovnega zaupanja in človeškega spoštovanja. Nesprejemljivo pa je, da se tovrstnega merjenja že kar takoj, *ad hoc* (brez premisleka in prepotrebne priprave) lotijo pravniki, ekonomisti, sociologi in njim sorodni poklici, ki si ne morejo predstavljati zdravniške razpetosti med zdravjem in boleznijo ter hoje po tanki ločnici med življenjem in smrtjo. Ti pridejo (po potrebi) na vrsto kasneje, če se v procesu medicinskega ocenjevanja odkrije, da konkretna zadeva s svojo multidisciplinarnostjo, nejasnostjo in kompleksnostjo oz. zaradi kršitev

terja tovrstno obravnavo. Vnaprejšnja, neposredna in slepa, rutinska inkriminacija je nedopustna in nesprejemljiva – nevarna tako za zdravnike kot za bolnike in družbo nasploh. Pragmatičnosti neobičajnih (vendar ne spornih) odločitev in (še) neuveljavljenih potez oz. ukrepov marsikdo ni sposoben, ne more ali noče razumeti, zato jih najraje »miže« že vnaprej ožigosa za škodljive in protipravne oz. jih nepremišljeno obsodi.

K občutljivosti »merjenja«, primerjanja, preverjanja in vrednotenja dela zdravnikov pa v znatni meri pripomore tudi javni značaj njihovega delovanja – tudi če so se odločili za zasebno dejavnost, delo zdravnikov še naprej ostaja javno, namenjeno javnemu dobremu! V vrednotenje delovanja zdravnikov so tako (vsaj

posredno) *eo ipso* vključeni tudi bolniki, njihovi svojci in ostala javnost. Tudi ti zelo radi igrajo vlogo arbitrov, še preden jih kdo k temu sploh povabi oz. pozove.

Pri ocenjevanju uresničevanja poslanstva zdravnikov se je treba zavedati, da ni meter tisti, ki odloča, marveč ključen ostaja človek s sposobnostjo zdrave, objektivne presoje. Ne meter, tehtnica in menzura ter odčitavanje vrednosti na merilni skali, predalčkanje in evidentiranje, marveč strokovna sprejemljivost, utemeljenost, primernost in vzdržnost so elementi, na katerih mora temeljiti delo zdravnikov in njihovih sodelavcev. In če vse naštetu zataji, nam še vedno ostane ključni – večni in nespremenljivi Hipokratov »Primum nihil nocere«.

Odziv na članek Štirideset let intervencijske endoskopske retrogradne holangiopankreatografije (ERCP)

Spoštovani,

v novembrski številki revije Isis je bil objavljen članek asist. Davorina Dajčmana, dr. med., z naslovom Štirideset let intervencijske endoskopske retrogradne holangiopankreatografije (ERCP). V članku je nazorno predstavljen zgodovinski razvoj te metode v svetu in pri nas. Istočasno kot na Kliničnem oddelku za gastroenterologijo je pričela uvajati to

metodo na Kliničnem oddelku za abdominalno kirurgijo prim. Metka Uršič Gostinčar. Iz protokolov je razvidno, da je bila prva uspešno izvedena ERCP-preiskava na kirurgiji 8. 11. 1979, to je pred letom 1980, ko je bil poseg opravljen prvič na interni kliniki. Prva papilotomija in odstranitev kamna iz žolčevoda je bila na kirurški kliniki narejena 19. 8. 1985,

mesec dni kasneje pa prva uspešna ERCP-preiskava pri bolniku po resekciji želodca po metodi Billroth II.

Prosim uredništvo, da te podatke objavi, saj je prim. Metka Uršič Gostinčar zaslužna, da so se endoskopske preiskave uveljavile tudi na kirurških oddelkih.

Lep pozdrav,
Franc Jelenc

Goro Takano, pesnik, pisatelj, profesor za jezik in literaturo na japonski medicinski fakulteti

Intervju po pismih, september 2015

Prim. Igor M. Ravnik, dr. med., Ljubljana
iravnik@yahoo.com



Pozdravljen, Goro. Se za začetek lahko predstaviš s kratko biografijo?

Pošiljam ti odgovore na tvoja vprašanja. Upam, da boš zadovoljen. Pa nobenih težkih vprašanj več, prosim. Zdaj pa izvoli. Kratka biografija: Goro Takano je bil rojen leta 1966 v Hirošimi. Je docent na Medicinski fakulteti Univerze Saga na Japonskem, kjer poučuje angleščino in japonsščino ter zahodnjaško književnost. Magistriral je iz ameriške literature na tokijski univerzi, doktoriral pa iz angleščine in ustvarjalnega pisanja na havajski univerzi Manoa. Njegov prvi roman *Še en korak naprej* je izšel leta 2009 v ZDA pri založbi BlazeVOX. Pri isti založbi je leta 2013 izšla tudi njegova prva zbirka poezij *Odgovornost obsedencev*, letos jeseni pa pri njej izide njegova druga zbirka poezij *Tihi žvižgači*.

Nam lahko malo bolje pojasniš: ali programi medicinskih fakultet običajno ponujajo študentom tudi pouk jezika in literature? Je tvoj predmet obvezen ali izbiran? Koliko študentov se običajno prijavi v primeru, da gre za izbirni predmet?

Angleščina je na tej fakulteti obvezen predmet za vse študente prvega letnika medicine in zdravstvene nege. Zahodnjaška in japonska literatura pa sta izbirna predmeta. Običajno se na vsakega od programov

književnosti vpiše manj kot deset študentov, enako na program zahodne kot japonske literature.

Se učijo pisati strokovna besedila v angleščini in japonsščini?

Pri pouku angleščine se ne učijo ravno pisanja strokovnih medicinskih člankov. Bolj gre za to, da se naučijo podrobno brati in odgovarjati v angleščini. Delamo s celo vrsto v angleščini napisanih esejev, ki jih silijo k razmišljanju. Tematika sega od popolnoma znanstvenih, matematičnih ali medicinskih gradiv do literature, filma, sociologije in antropologije ter filozofije, kulturološkega študijskega gradiva itd. Ko enkrat pridejo do tretjega letnika fakultete, vpišejo predmet »medicinska angleščina«. Tam ne poučujem jaz, ampak eden od fakultetnih kolegov, ki je medicinski strokovnjak. Pri tem predmetu se osredinjajo samo na to, kako v medicinskem svetu govoriti in pisati angleško.

Ali študentje, ki so v prvem letniku vpisali književnost, kasneje ostanejo bližje literaturi? Ali morda kasneje tudi sami začnejo pisati?

Žal se, kolikor mi je znano, doslej nihče od študentov, ki sem jih srečal pri svojem predmetu književnost, ni podal v resno pisanje leposlovja, stvarne literature, poezije ali dramati-

ke. K mojemu predmetu so se prijavi- li, da bi v književnosti **uživali**, ne pa da bi postali poklicni pisatelji.

Pa se morda kasneje še obračajo nate in se npr. vključujejo v delavnice s področij, ki se jim posebej posve- čaš?

Nak.

Je umetnost kakorkoli vključena v dejavnost vaših bolnišnic?

Mislím, da študentje medicine včasih prirejajo koncerte v Univerzitetni bolnišnici Saga, ki stoji tik ob naši medicinski fakulteti. A o tem ne vem dosti, ker pri tem ne sodelujem.

Kako se kot jezikoslovec in pesnik oz. pisatelj počutiš med temi ljudmi, ki so običajno inteligentni in zelo delavni, a raje praviloma ostajajo – kar sodi k njihovi poklicni drži – na razdalji do »surovega stanja« človeških reči, stran od neposrednega doživljanja bivanjskih stisk, čustev, izgub in žalovanja.

Predvsem naj rečem, da sočustvu- jem z njihovim skrajno preobremenje- nim življenjem: z delavniki, v katerih ni praktično nikoli miru pred telefon- skimi klici iz bolnišnice; v katerem so pod stalnim udarom bolnikov, ki tožijo o svojem zdravju; pod prisilo brezštevilnih sestankov, ki so lahko včasih prav ušive kakovosti. Njihov

samožrtvovalen življenjski slog
človeku vzbuja grozo.

Pri tem pa so, tako se zdi, običajno preveč usmerjeni v vidik, »kako« kaj storiti (na primer pozdraviti bolezen), da bi se lahko resno lotili bivanjskega razmisleka o tem, zakaj moramo ozdraviti; pa vprašanja, ali je bolezen vedno zlo ali ne; pa tega, ali je človek, ki zavrača zdravljenje, vedno nor. Poznam kar nekaj zdravstvenih delavcev, ki namerno potlačujejo svoja človeška čustva, da bi bili pri delu v bolnišnici lahko kar najbolj učinkoviti. Kot pesnik pa se vselej lahko veliko naučim od njih, še posebej takrat, ko se sprostijo in mi odprejo pogled v svoje zapleteno čustvovanje, na primer o smrti ali bolečini ali staranju ali strahu.

Si glede na svoje znanje in izkušnje kakorkoli vključen v dejavnosti za pomoč bolnikom, na primer v biblioterapijo?

Zaenkrat ne.

O čem pišeš? Je večina tvojega umetniškega ustvarjanja povezana z medicino?

Pišem o vsem, kar me obseda v določenem trenutku vsakdanjega življenja. To je lahko karkoli. Včasih kaj zelo medicinskega, pa ne zmeraj. Mislim, da moja dela običajno niso v povezavi z medicino.

Si bil v stiku z medicino, preden si začel študirati?

Ne, sploh ne. Dolgo sem študiral ameriško in primerjalno književnost do diplome, rasel sem na polju literature. V vsem času šolanja nisem imel nobenega stika z medicinskim študijem. Medicinska fakulteta me je najela, ko so potrebovali profesorja angleščine, in nekako so ocenili, da sem najboljša izbira.

Povedal si, da poezijo pišeš le v angleščini. Ali se zavedaš kakšnega posebnega razloga za to? Je bilo vedno tako?

Dobro vprašanje. Včasih pišem prozo ali poezijo v japonsščini, a to

Goro Takano:

Najgrši pogled na svetu

Prevod iz angleščine: Muanis Sinanović

Lokalna karnevalska parada gre mimo bolnice na višini
Zaplata gorščic ob strani odstranjene sošeske
Splet levjih plesov, srnjih plesov in demonskih plesov
Prenosni tempelj, okrašen z velikim napisom: »Hitro okrevanje za nas«
Glavni odhod v porodniški oddelek, kjer še hranijo
rože od pogreba
Prihod moškega in njegove žene, neseznanjenih z nedavno zgodovino tega mesta
Sestra srednjih let in ledenega obraza moškega povede v drugo stavbo
V kot najvišjega nadstropja
Osamljeni koraki moškega, ki vstopajo v hladno majhno sobo
Prazen prostor brez oken imenovan »Soba za pripravo na test semena«
Veliko ogledalo, obešeno na desni steni
Velika fotografija, zalepljena na nasprotni steni
Na njej gola ženska v naravni velikosti
Mehanični glas sestre, ki mu naroča naj masturbira
Papirnati kozarec za zbiranje sperme
Žena in zdravnik čakata v spodnji ambulanti
Brezizrazen odhod sestre
Na hitro zaklenjena vrata
Naglo slačenja, kot bi se mu mudilo
Stare posušene genitalije
Direktno soočenje z žarečim obrazom na fotki
Najgrši obraz na svetu
Nestrpnost glede težavnega začetka onaniranja
Njegovo ohlapno poželenje potopljeno v brezvočnost
izvlečen spomin
Poskus priklica najlepše ženske v njegovem življenju
Domišljajska krinka njegove prve izbire
Klišajska preferenca »zdravnice v belem ogrinjalu«
Najhujša grdota, spretno predelana za zaprtimi očmi
Sebično, postopno zburjanje erekcije
Mirnost zdravnice, ko oznanja izvide njegovih možganskih preiskav
Hrepenenje po nosečnosti v mislih njegove žene
3D-podoba sedembarvnega prepleta krvnega ožilja
Brezimne popkovine, pokopane v podzemlju
Pacient, skrivaj očaran nad solidno lepoto lastne hemisfere
Tišina njegove fantazijske zdravnice pri opazovanju nenavadnih senc na sliki
Sladek vzdih, ki ga vabi na preizkus vida
Naraščanje utrujenosti njegove desne roke
Vlažne ustnice dajejo navodila za branje, ko pokrije desno oko tri
infinitezimalne besede na tabli: »VOJNE JE KONEC«
Levo oko prebere stavek kot: »SEKSA JE KONEC«
Govor zdravnika v prvem nadstropju: »Zahvaljujoč mrtvim lahko mi, smrtniki,
ostanemo živi«
Iluzija otroka, ki ga je zavrnila prihodnost
Odbijajoče obličje otroka, ki je zavrnil preteklost
Glas, ki obtožuje moškega sterilnosti

Glas, ki slavi njegovo sterilnost zaradi ustvarjanja prave sreče
Osamljenost kot območje nuklearnih poskusov v njegovih odprtih očeh
Začaranost kot bioluminiscentna bakterija v njegovih zaprtih očeh
»Moja nosečnost in tista grozna nesreča«
Negotovost glede skritih povezav med njima
Naslednje navodilo za branje drugega dela iste table, tokrat s pokritim levim
očesom
Dolga vrsta mikroskopskih črk
Previden pogled na vrstico: »danes celo rože končajo kot smeti
v ognjeni peči, kaj je reinkarnacija, ljudje«
Nenaden vzgib, da bi prikril svoje staranje
Nenaden vzgib po naslednjem odgovoru: »ne glede na to, kolikokrat se
splazim v bolnico, da bi vohal smrt,
za mojo poezijo so moje oči navzven vedno zamrznjene«
Zdravničar pogled uničenega užitka
Nobene možnosti več za osredotočenje na njeno pohotnost
Utvara: »Morda je ikona s krvnim madežem«
Diagnoza glavkoma ali odstopa mrežnice
Začetek jemanja krvi takoj po fundoskopiji
Potreba po slečenju zdravnice
Postopno vzpenjanje parade k višavjem
Puščava na barvnem monitorju v sobi za odvzem krvi
Moški preklinja svojega talca zaradi blasfemije nad njegovim bogom
Črnkava kri počasi odteka skozi hipodermično iglo
Sveža kri brizga iz rane na talčevem vratu
Napredek omejenosti domišljije
Trenutek preobrazbe napol gole zdravnice v smehljajoči
se, grd brezimni objekt
Otrplost skoraj preveva njegovo desno roko
Valovi naraščajo na nasprotni strani Zemlje
Ogromnost valov, ki se premikajo čez polovico oble s svetlobno hitrostjo
Mlečna tekočina se cedi v papirnati lonček
Njegov lasten odsev v velikem ogledalu
Najgrši pogled na svetu
Od zunaj vzklikanje: »Živi so živi, mrtvi so mrtvi, in nikdar naj
se ne srečajo«
Zdravnikov naslednji govor: »Edina lastnina, ki jo še imamo, je naša lokalna
tradicija«
Zdravnikove dostojanstvene manire pred računalniškim ekranom
Povečava semena visoke ločljivosti
Nenaden preskok h »kmečkim uporom« v povezavah njegovih idej
Trdnost vodje vstaje med umiranjem za svojo pravico
Verjetnost skrivnega dogovora med preživeli kmeti in opresorji
Koncentrirano strmenje njegove žene v ples spermijev na glasbo parade
Zdravnikov strog pogled v čas po testu, v katerem se bo seme zavrglo
Kotiček ogromne fotografije v najvišjem nadstropju
Kratko obvestilo: »Najboljši festivalski plesalec v mestu – lokacija njegovih
ostankov je še vedno neznana«
Oseka spermijev zunaj pogleda moškega
Pokrajina področja Trinity vstaja kot nadomestek
Rože srečnega videza plešejo v ritmu puščavske sapice
Zdravničar pogled uničenega užitka

redko objavim; nekako ne gre za končne izdelke, ampak bolj za osnutke (ki jih nato prevedem za svoj končni izdelek v angleščini).

Najboljši odgovor na to mogoče lahko najdeš iz tehle gibljivih sličic – lani so me intervjuvali, ko sem bil v Ventspilsu v Latviji vabljani pesnik na festivalu Dnevi poezije 2014 (<https://www.youtube.com/watch?v=SifQi83rllk>).

Ali jezik, v katerem pišeš, opredeljuje način, kako obravnavaš določeno temo? Naj te vprašam konkretno: bi na primer literarno obdelal isto temo drugače – pa ne le slogovno – v japonščini kot v angleščini?

Kadar o čem pišem v angleščini, postane moj izraz mnogo bolj sarkastičen, bolj nasilen, dosti bolj tvegan in dosti bolj političen kot v japonščini. Kadar pišem poezijo v japonščini, pa bi rekel, da je krajša kot v angleški inačici.

Mi lahko poveš, kaj počneš zdaj? In o svojih načrtih za prihodnost.

Doslej sem objavil en roman in eno zbirko poezij.

http://www.amazon.com/One-More-Step-Ahead-ebook/dp/B005DJ923O/ref=sr_1_1?ie=UTF8&qid=1442449185&sr=8-1&keywords=goro+takano

http://www.amazon.com/Responsibilities-Obsessed-Goro-Takano-ebook/dp/B00BI7R7SW/ref=sr_1_2?ie=UTF8&qid=1442449185&sr=8-2&keywords=goro+takano

Blizu sem objavi druge zbirke poezij. Kmalu bo zunaj.

Moji načrti za naprej? Ja, zdaj lahko rečem, da hočem nadaljevati s pisanjem. Eno pesem za drugo. Upajmo. Rad bi spet objavil zbirko poezij, recimo leta 2017.

Vizite, oh vizite

Prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med., v. svet., Preddvor

eldar.gadzijev@gmail.com

Namesto uvoda

Naziv vizita izvira iz latinske besede »visitare«, kar pomeni obiskati, večkrat videti, ogledati si, pa tudi preveriti, pregledati. Je torej zelo pravi izraz za predvideni namen zdravniške vizite.

Anglosasi pravijo viziti »round«, kar med drugimi pomeni marsikaj – od obline, kolesa, runde (pijače ali pri športu), do rafala, pomeni pa tudi iti okrog. Pri tem je verjetno za vizito mišljeno ne le iti okrog po sobah, ampak tudi iti okoli postelje. Tudi primeren izraz, pa vendarle je naš izraz večpomenski, kot je »round«. To pa nikakor ne pomeni, da so naše vizite boljše in uspešnejše od »roundov«.

Pred leti je bila v veliki sobi na stari »Travmi« t.i. »glavna vizita«: Predstojnik kirurgije stopa korak pred drugimi, šefi oddelkov in sobni zdravniki, gostje iz drugih bolnišnic, specializanti, študentje in glavne sestre v dolgi vrsti za njim... Predstojnik med vizito zagleda na tleh zmečkan papir in glasno vpraša šefa oddelka: »Kaj je to?« »Tank!« ta kar izstreli. »Kakšen tank, če je vendar papir?« reče nejevoljno predstojnik. »Ja, zakaj pa potem sprašujete, kaj je, če že veste?«

Vizita je ne le del hišnega reda v bolnišnici, ampak pomemben dogodek tako za osebje kot predvsem za bolnika. Ta pričakuje, da bo zvedel, kako mu gre, kaj se načrtuje z njim, kaj ga čaka, in da bo lahko celo kaj vprašal in dobil odgovor.

Zopet nekoč v UKC: Na glavni viziti je nekega sicer duhovitega, a zelo neposrednega predstojnika nekega kirurškega oddelka zadnja od treh bolnic v sobi, s cevko iz žolčevoda in motnim žolčem v pripojeni vrečki, vprašala: »Zakaj je moj žolč tako grde barve?« »Ker je vaš!« je »izstrelil« predstojnik in z ostalimi krenil iz sobe. Šele ko smo bili skoraj vsi zunaj, sem jo slišal vprašati: »Kaj je rekla?«

Vemo, da je vizit več vrst: imamo jutranje, popoldanske, včasih večerne vizite, pa glavne, šefove, predstojnikove vizite, pa vizite sobnega zdravnika, specializanta, včasih sestrske, celo fizioterapevtske ...

Tako sem doživel na nekem oddelku, kjer sem ležal po posegu, da je prišel mlad postaven fizioterapevt. Vprašal sem ga, ali bova imela fizioterapijo, pa mi je odvrnil, da je prišel le opraviti vizito, in me mimogrede vprašal, kako mi gre. Verjetno zato, ker sem se pohvalil, je tisti dan fizioterapija pač odpadla ...

Najpomembnejše je, da je pacient ob viziti v postelji in počaka v njej, da vizita mine. Če je od nje kaj pridobil, je pač odvisno od vrste »dejavnikov« ...

Kirurške vizite

Kot star kirurg nikakor ne bi hotel razpredati o vseh, posebej ne o dolgih vizitah internistov, bi se pa zadržal pri kirurških vizitah. Dovolj dobro jih poznam, ne le kot kirurg, ampak tudi kot pacient. Tako vem, kaj pomeni čakati na vizito, vem, kaj pomeni, če popoldne ni vizite, kako je nerodno, če ne uspeš zvedeti, kar bi rad. Videl sem »blitz« – hitre vizite, pa tudi, da je zdravnik le pomolil glavo v sobo, pa tudi take, zame nerodne, ko se je npr. kolega zelo posvetil meni, ostale pa na hitro odpravil. Vem pa tudi, kaj pomeni, ko sam ne moreš opraviti vizite, ker operiraš. Ko te kličejo za popoldansko vizito v »intenzivno«, ti pa še kar operiraš. Lažje je bilo takrat, ko je dežuralo na oddelku več zdravnikov hkrati in si lahko tistega, ki ni bil s teboj v operacijski, prosil za vizito, in kadar nisi našel nadzornega, odpustil od operacije mlajšega kolega, da je šel napraviti vizito, sam pa nadaljeval operacijo z instrumentarko. Popoldanska ali včasih večerna vizita je pač morala biti! In prav je, da je bila! Ločim koristne vizite od takih, ki so same sebi namen, od hitrih, bežnih, do natančnih, skrbno opravljenih, pa dolgih in »učiteljskih«.

Namen vizite je najprej obisk pri bolniku. Je komunikacija z njim in pomemben »dejavnik« zaupanja bolnika v zdravnika. Zdravniki seveda želimo bolnika obveščati o njegovem stanju in predvidenih ukrepih in hočemo zato imeti sveže podatke o rezultatih preiskav in o stanju njegovih življenjskih funkcij. Večine svežih laboratorijskih izvidov na jutranji viziti ne moremo imeti,

četudi sestre jemljejo kri zgodaj zjutraj, in pogosto ob jutranji viziti tudi še ne moremo imeti dokončnega načrta ukrepov pri bolniku za tisti dan.

Ali to zmanjšuje smiselnost zgodnje jutranje vizite? Po mojem sploh ne, saj je glavni namen, da pridemo do bolnika, se pogovorimo in mu odgovorimo na njegova vprašanja.

Jutranja vizita sobnega zdravnika, ali ponekod pač t.i. lečečega zdravnika, je v bistvu najpomembnejša. Zdravnik poižve pri bolniku, kako se počuti, si ga ogleda, ga pregleda, morda opravi skupaj s sestro prevezo ali pregleda druga mesta invazivnih poseganj na telesu, pregleda in morda spremeni predpisano terapijo itd. Kaj vse lahko opravi in napravi, je pač odvisno od organizacije na oddelku, urnika nege in siceršnjega »hišnega reda«. Nikakor pa ni dovolj, da le pride, pogleda v temperaturni list in »potegne naprej« terapijo. Zdravnik vsekakor dobi podatke o pacientu, ta pa lahko izve od zdravnika, kaj ga čaka in kako so postopki pri njem načrtovani. Take vizite smo nekoč, če smo le uspeli, opravili pred skupnim sestankom in zato pogosto prihajali v službo pred uradnim začetkom delavnika. Kako bi šlo to pri nas danes, ne vem, vem pa, da je za bolnika tak pristop in način pomemben, saj začenja dan zanj prijazno in je vsaj okvirno seznanjen s tem, kar ga čaka. Včasih mora sobni ali lečeči zdravnik, potem ko ga sestre obvestijo o rezultatih laboratorijskih preiskav, priti ponovno k bolniku in se odzvati na izvid, kadar je to potrebno, včasih celo nujno.

Imamo pa seveda še t.i. »glavne vizite«, ki so bile od nekdaj področje, kateremu so dajali velik pomen šefi, predstojniki, profesorji. Na takih vizitah so predstojniki dobili vpogled v bolnike na svojem oddelku, neredko zahtevali od sobnih zdravnikov vse pomembne podatke, potem pa so radi pokazali svoje znanje in izkušnje, odločali o zdravljenju in drugih ukrepih, pogosto postavljali vprašanja mlajšim kolegom ter izkoristili vizito

za nekakšno izobraževanje podrejenih in mladih kolegov. Vizita je bila tako lahko poučna in koristna ne le za bolnika, ampak tudi za mlade kolege, včasih pa je bila pač »predstava« predstojnika.

Pri tem pa je danes vprašljivo, koliko je bila taka vizita racionalna, in predvsem, koliko se je pri tem spoštovala zasebnost posameznega pacienta v sobah z več bolniki. Ti so še kako radi vlekli na ušesa, kaj govorijo na viziti o sosedu, in neredko že popoldne med obiski o tem, sicer bolj po tiho, obveščali svoje obiskovalce.

Dejstvo je še, da si dolgih vizit, razen predstojnikov, ni mogel privoščiti noben drug od kolegov. Vsi so bili razpisani na svoja delovišča in je bilo nujno, posebej v operacijskih dvoranah, spoštovati predvideni čas začetka posegov ali dela ambulant in ostalih delovišč.

Danes je marsikje marsikaj drugače: bolniki so »od določenega zdravnika«, ki je bolnika videl in spoznal v ambulanti ter ga tudi še ambulantno pripravil za predviden poseg. Tako bolnik pogosto prihaja praktično neposredno na poseg in gre po njem čim prej domov ali drugam. Za te bolnike so vizite seveda aktualne predvsem po posegih, in sicer vizita njegovega zdravnika, s katerim se običajno že dobro poznata. Pa vendar je pomembno, da tudi ostali kolegi, ki delajo tam in tudi dežurajo, vedo čim več o pacientu, o posegu pri njem in stanju. Glavna ali šefova vizita je tako namenjena vsem bolnikom, pa tudi samemu predstojniku, da ve, koga zdravijo na njegovem oddelku ...

Da bi bili bolniki čim bolj varni pred morebitnimi škodljivimi dogodki in napakami ali nepredvidenimi zapleti predvsem v času dežurstva, je za vse bolnike v ustanovah le pomembno, da so z njihovim posegom in stanjem seznanjeni tudi ostali kolegi. Če sledi jutranji viziti »operaterja«, da ga tako imenujem, le »blitz vizita« šefa in za njim predvsem hodečih kolegov, to ni dosti vredno. Včasih se je celo dogajalo, da so ob taki viziti kolegi bolj buljili v tempera-

turni list kot pa v pacienta, ali pa so šli le v vrsti mimo ob medsebojnih tihih pogovorih ali »duhovitih« pripombah na to ali ono ... Vse to smo lahko bolniki opažali in zdravniki doživljali.

Vsak kirurški oddelek ima določen red, določen urnik aktivnosti. Vse naj bi bilo smiselno organizirano in naj bi gladko teklo. Pri tem je prav najprej poskrbeti za to, kar potrebujejo bolniki, za njihovo varnost, učinkovito zdravljenje in dovolj hiter odpust, kar je danes zelo poudarjeno. Prav hitro odpuščanje zahteva zelo natančna navodila bolniku, odlično komunikacijo in pripravljenost na morebitne kasnejše zaplete.

»Sedeča vizita«

Jutranja vizita, ki v bistvu ni vizita, je tako lahko »sedeča«, v konferenčni sobi, kjer se »obdela« vsakega bolnika oz. o njem poroča sobni ali lečeči zdravnik, ki je vsekakor moral pred tem napraviti svojo jutranjo vizito. Takrat se pregleda izvide preiskav, morebitnih konziliarnih pregledov, ugotovitve dežurnega in negovalnega kadra (pristotne so tudi nekatere sestre), pregleda se temperaturni list in se skupno dogovori o nadaljnjih postopkih. Taka »antivizita« lahko vzame kar nekaj časa. Koliko je potem smiselna ali potrebna še vizita vseh zdravnikov pri bolnikih, je zanimivo vprašanje. Morda je smiselno, da gredo do bolnikov predstojnik in tisti, ki bo dežural, ter za vsako sobo aktualni sobni zdravnik oz. operater. Da bi šli vsi, je praktično neizvedljivo in nepotrebno. Mnogi morajo na svoja delovišča! Taka vizita je predvsem zato, da se bolnike pozdravi in nagovori, da vidijo, kako predstojniku ni vseeno zanje, čeprav niso ravno njegovi bolniki, in da spoznajo tiste, ki bodo ta dan dežurni ter bodo predvidoma popoldne napravili pri njih vizito. Seveda tudi radi vidijo, da jih pozdravi predstojnik ali profesor, ki je vendarle neka avtoriteta in na nek način odgovoren za njihovo varnost in ki si ga včasih celo upajo kaj vprašati.

Vizite na intenzivnih oddelkih

Vizite na oddelkih za intenzivno nego znotraj kirurškega oddelka, kjer običajno ležijo pacienti po operaciji ali zaradi hujšega zapleta, so večinoma del takšne ali drugačne glavne vizite na oddelku. Tu so poročila o opažanjih negovalnega kadra izredno pomembna in v takih sobah bi bilo prav, da bi se vizita vedno opravila ob prisotnosti ne le predstojnika in zadolženega za sobo, ampak tudi operaterjev ležečih bolnikov in tistega, ki bo dežural. Seveda naj bi zdravnik, ki je zadolžen za sobo, pred glavno vizito pri teh bolnikih natančno opravil svojo vizito.

O vizitah na specializiranih oddelkih intenzivne terapije, ki jih vodijo anesteziologi – reanimatologi, intenzivisti, in o pristojnostih ter odgovornostih zdravnikov do tamkajšnjih pacientov je bilo kar nekaj razpravljaj. Kdo je v »intenzivni« odgovoren za kirurškega bolnika, kdo naj naroča relevantne preiskave, odloča o morda potrebnih agresivni terapiji ali diagnostičnih postopkih? Ali naj se kirurga o tem obvešča ali naj ta odloča ali soodloča? Na Republiški komisiji za medicinsko etiko smo menili, da za bolnika v kirurški intenzivni terapiji odgovarjata oba,

tako operater ali zdravnik, ki je nek (npr. endoskopski ali drugačen invazivni) poseg opravil, kot tudi anesteziolog oz. reanimatolog intenzivist, ki je v enoti zadolžen za bolnika. To pač pomeni, da morata oba pri bolniku tudi opravljati skupno vizito. Oddelki za intenzivno terapijo imajo takšne in drugačne vizite, v bistvu pa so tam zdravniki praktično ves čas prisotni in sproti seznanjeni s problemi, stanjem in potrebami pacienta. Vsak kirurg pa mora prihajati na »intenzivno« k svojemu pacientu, če se le da redno in nujno v dogovoru z bolnikovim »intenzivistom«. Ne le na viziti, ampak tudi sicer, včasih ob dobrem sodelovanju in zaupanju celo prek telefona, se morata dogovarjati in skupaj odločati o potrebnih ukrepih. Neredko pride namreč do logističnih problemov, ko je kirurg zaradi operacije nedosegljiv ali ko je odsoten zaradi kakršnega koli vzroka – ti so danes še bolj »različni«, kot so bili včasih – in je odgovornega kirurga (predvsem) v dežurstvu težko najti! Kirurg bi v takih primerih, ko ve, da bo nedosegljiv, moral najti ustrezno zamenjavo, dovolj seznanjenega in strokovno kompetentnega kolega, ki se bo namesto njega odločal, vendar s tem tudi prevzemal odgovornost za tisti čas, ko operater ni dosegljiv. Pa smo še enkrat pri pomembnosti

sodelovanja na vizitah oddelka in potrebi po poznavanju več kot le svojega bolnika!

Namesto zaključka

V času, ko pravijo, da se v zdravstvu »vse sesuva«, morda le ni slabo, da razmislimo o tem, kakšne so (bile) naše vizite. Po mojem tudi glavna vizita ni nekaj preživetega, ampak lahko dobro združuje potrebno za predstojnike s koristnim za bolnike in celo poučnim za učeče se. Poglobljena, skrbna ter natančna individualna vizita sobnega ali lečečega zdravnika ali operaterja pa je absolutno nujna, ne le kot pomemben člen medsebojnega zaupanja med bolnikom in zdravnikom, ampak pomemben diagnostični postopek in zagotovilo kakovostne kontrole stanja bolnika ter preprečevanja neljubih dogodkov.

In za konec:

Tudi pred leti na stari »Travmi«, vizita sobnega zdravnika: Bolnik pove, da vidi mravlje! »Konziliarno psihiatra, prosim!« naroči sobni zdravnik. Drugi dan želi videti mnenje psihiatra in prebere na konziliarnem listu: »Pacient vidi mravlje. Jaz tudi!« Mravlje so lezle mimo pacientove postelje ...

Precepljenost predšolskih otrok v ameriških vrtcih

Prim. dr. Alenka Trop Skaza, dr. med.,

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Območna enota Celje
Alenka.Skaza@nijz.si

Precepljenost ameriških otrok v vrtcih z dvema odmerkoma cepiva proti ošpicam, mumpsu in rdečkam v šolskem letu 2014/2015 je bila 94-odstotna. Proti davici, tetanusu in

oslovskemu kašlju je osnovno cepljenje opravilo 94,2 odstotka malčkov. Proti noricam v 40 zveznih državah, ki zahtevajo to cepljenje za vstop v javne vrtece, je bilo cepljenih 93,6

odstotka otrok. Države glede opustitve cepljenja nimajo enotnih kriterijev. V vseh je sprejeta opustitev cepljenja zaradi medicinskih razlogov. V Kaliforniji opustitev cepljenja zaradi verskih in filozofskih razlogov z letošnjim letom ni več mogoča, ne glede na to, ali se otrok vključuje v javni ali zasebni vrtec. Otroci, ki niso cepljeni, se lahko šolajo oz. varujejo le

doma. Nekatere države dovoljujejo opustitev zaradi filozofskih, ne pa verskih razlogov, ne glede na to, ali so otroci vključeni v javne oziroma zasebne ustanove. Drugje morajo biti otroci cepljeni le pri vključitvi v javne vrtce in šole. Osem ameriških zveznih držav dovoli vstop v javne vrtce samo tistim otrokom, ki so opravili vsa cepljenja, ki so obvezna za vstop v javne osnovne šole.

Podatki glede precepljenosti ne dosegajo zveznega cilja v okviru programa *Healthy people 2020* glede ≥ 95 -odstotne precepljenosti ameriških otrok, ki so v vrtcih. Odstotki glede zaščite proti ošpicam so se gibali od 86,2 do 99,2 odstotka; 17 držav je imelo več kot 95-odstotno precepljenost. Podobno je bilo pri cepljenju proti davici, tetanusu in oslovskemu

kašlju, kjer je bil razpon precepljenosti od 84,3 do 99,6 odstotka, pri cepljenju proti noricam pa od 85,4 do 99,2 odstotka. Povprečni odstotek opustitve cepljenja ne glede na vzrok je bil 1,7 odstotka (od 0,1 do 6,5).

Države so o odstotkih cepljenih otrok poročale na različne načine. 44 držav ima informacijske programe za spremljanje cepljenja. Nekatere države so posredovale podatke, ki so jih zbrale na osnovi prostovoljnih odzivov vrtcev, v nekaterih državah so precepljenost otrok ocenili s pomočjo naključno izbranega vzorca oziroma so uporabili kombinacijo vseh pristopov. Dejstvo je, da obstajajo »žepi« necepljenih otrok, ki predstavljajo tveganje za javno zdravje. Do konca letošnjega avgusta so v ZDA identificirali pet izbruhov ošpic, v katerih je

zbolelo 188 oseb. 68 obolelih proti ošpicam ni bilo cepljenih. Med necepljenimi je bilo 29 takšnih, ki cepljenja niso opravili zaradi verskih oziroma filozofskih razlogov. V Evropi je bilo od julija 2014 do junija 2015 zabeleženih 4224 bolnikov z ošpicami, 58,2 odstotka jih je bilo v Nemčiji.

Viri:

1. CDC. Vaccination coverage among children in kindergarten—United States, 2014–15 school year. *MMWR* 2015. 64(33): 897–904. Dostopno na spletnem naslovu: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6433a2.htm>
2. ECDC. Surveillance report. Measles and rubella monitoring July 2015. Dostopno na spletnem naslovu: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/measles-rubella-quarterly-surveillance-july-2015.pdf>

Krvavitve in nujni posegi ob zdravljenju z novimi peroralnimi antikoagulacijskimi zdravili – v pričakovanju protiučinkovin

Nina Vene, Klinični oddelek za žilne bolezni, UKC Ljubljana

Za preprečevanje in zdravljenje različnih trombemboličnih zapletov so bili dolga leta na voljo izključno zaviralci vitamina K, v zadnjih letih pa so se jim pridružila nova peroralna antikoagulacijska zdravila: dabigatran, rivaroksaban in apiksaban. Ta imajo predvidljivo delovanje, kratko razpolovno dobo in malo interakcij z zdravili in so za preprečevanje trombemboličnih zapletov pri bolnikih z atrijsko fibrilacijo in venskimi trombembolizmi enako ali bolj učinkovita in varna kot zaviralci vitamina K. Redne laboratorijske kontrole ob zdravljenju niso potrebne. Kljub omenjenim prednostim je bil za mnoge zdravnike

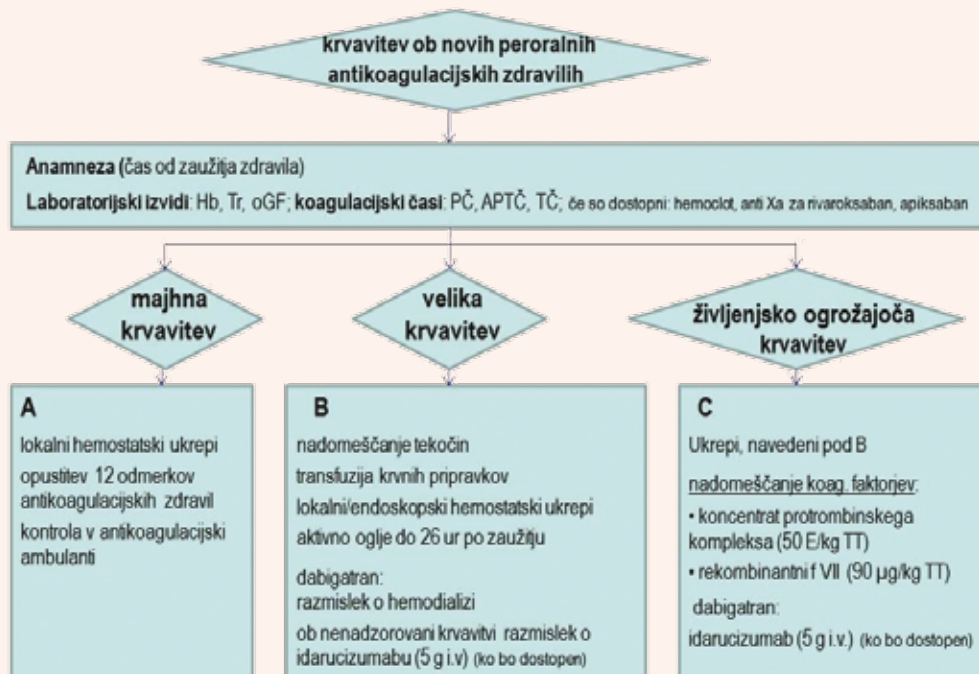
zadržek pri uporabi teh zdravil pomanjkanje specifičnih protiučinkovin, ki bi izničile učinek antikoagulacijskih zdravil pri bolnikih s krvavitvami ali nujnim neodločljivim invazivnim posegom.

Za ustrezno ukrepanje ob krvavitvi in nujnih operacijah ali drugih invazivnih posegih je poleg poznavanja značilnosti zdravila ključen čas od zaužitja zadnjega odmerka zdravila in poznavanje bolnikove ledvične funkcije. Ob krvavitvi so najpomembnejši nespecifični ukrepi: nadomeščanje tekočin, ustrezni krvni pripravki (koncentrirani eritrociti, polna kri, trombocitna plazma) in lokalna

hemostaza. Pri večini bolnikov dodatni ukrepi niso potrebni, saj imajo zdravila kratko razpolovno dobo in po opustitvi zdravljenja njihov učinek hitro izzveni. Le tedaj, kadar je krvavitev življenjsko ogrožajoča ali pa je z običajnimi ukrepi ni mogoče nadzorovati, skušamo hemostazo ponovno vzpostaviti s hemostatskimi zdravili: protrombinskim kompleksom ali izjemoma z rekombinantnim faktorjem VII.

Pri bolnikih, ki potrebujejo nenačrtovano operacijo ali drug invaziven poseg, skušamo poseg odložiti vsaj za 12 ur, če je le mogoče, pa za 24 ur, saj pričakujemo, da se bo

Ukrepi ob krvavitvi ob novih peroralnih antikoagulacijskih zdravilih



antikoagulacijski učinek v tem času pomembno zmanjšal ali izzvenel. Seveda ob tem upoštevamo nujnost operativnega posega. V primeru neodložljivega posega ravnamo podobno kot ob krvavitvi in za zagotovitev hemostaze uporabimo protrombinski kompleks, izjemoma lahko tudi rekombinantni faktor VII.

Specifičnih protiučinkovin za nova peroralna antikoagulacijska zdravila doslej nismo imeli, pričakujemo pa jih v kratkem. Tako je bil nedavno v klinični raziskavi pri bolnikih, zdravljenih z dabigatranom, ki so utrpeli krvavitev ali pa so potrebovali neodložljivo operacijo, preizkušen idarucizumab, specifična protiučinkovina za dabigatran. Idarucizumab je humanizirani fragment monoklonskega protitelesa, ki se specifično veže na dabigatran in tako prepreči njegovo delovanje na trombin. Zdravilo hitro in učinkovito izniči antikoagulacijski učinek dabigatrana in po dosedanjih podatkih nima pomembnih stranskih učinkov. Za zdravilo je že izdala pozitivno mnenje evropska agencija za zdravila in ga odobrila FDA. Ko bo

dostopen, bo zdravljenje z idarucizumabom indicirano za izničenje antikoagulacijskega učinka dabigatrana pri bolnikih z življenjsko ogrožajočo krvavitvijo, nenadzorovano krvavitvijo in pri neodložljivih posegih z velikim tveganjem za krvavitev.

Pospešeno poteka tudi klinično preizkušanje protiučinkovine za zaviralce faktorja Xa. Adeksanet alfa, specifična protiučinkovina za zaviralce faktorja Xa, je rekombinantni protein, ki je po strukturi podoben faktorju Xa, vendar je brez katalitične aktivnosti in kompetitivno zavre delovanje apiksabana, rivaroksabana in drugih zaviralcev faktorja Xa. Po uspešnih raziskavah na zdravih prostovoljcih sedaj potekajo raziskave o učinkovitosti in varnosti zdravila pri bolnikih.

Razvoj specifičnih protiučinkovin za nova peroralna antikoagulacijska zdravila predstavlja pomemben napredek v antikoagulacijskem zdravljenju. Razumljivo je, da uporaba protiučinkovine ne more nadomestiti skrbne priprave bolnikov na invazivne posege in ukrepov, ki jih je

treba izvajati ob krvavitvi pri bolniku z antikoagulacijskim zdravljenjem, vsekakor pa lahko prispeva pomemben delež k učinkovitemu zdravljenju najbolj ogroženih bolnikov.

Literatura:

1. Mavri A. Nova peroralna antikoagulacijska zdravila. In: Mavri A: Priročnik za uporabo novih peroralnih antikoagulacijskih zdravil v klinični praksi. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo; 2012: 5–20.
2. Heidebuchel H, Verhamme P, Alings M, Antz M, Diener HC, Hacke W; et al. Updated European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation. *Europace*. 2015; 17:1467–507.
3. Pollack CV, Reilly PA, Eikelboom J, Glund S, Verhamme P, Bernstein RA, et al. Idarucizumab for dabigatran Reversal. *N Engl J Med*. 2015; 373: 511–20.
4. Crowther M, Crowther MA. Antidotes for novel oral anticoagulants: current status and future potential. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2015; 35: 1736–45.

Izjava

Sponzor članka je podjetje Boehringer Ingelheim, ki v strokovno vsebino prispevka ni posegalo.

5. osteološki dnevi

Prof. dr. Radko Komadina, dr. med., svet., SB Celje

Prim. asist. Miro Čokolič, dr. med., UKC Maribor

sbcrdi@guest.arnes.si

Interdisciplinarna delovna skupina, ki jo je pred dobrima dvema desetletjema ustanovila prof. dr. Andreja Kocijančič z namenom raziskovati osteoporozo, je z razvejanim delovanjem dosegla nekaj dobrih rezultatov. Poleg Slovenskega osteološkega društva sodelujejo predstavniki strokovnih združenj in sekcij Slovenskega zdravniškega društva s področja mišično-skeletne medicine (kostni kirurgi, fizioterapevti, nefrologi, endokrinologi, ginekologi, specialiste medicine dela, prometa in športa, družinski zdravniki) hkrati z bazičnimi raziskovalci kostnine, ki se trenutno na ravni nanodelcev ukvarjajo s študijem informacijskih molekul v kostnini in z genetskimi osnovami osteoporoz. Pred osmimi leti smo sklenili organizirati strokovni sestanek, na katerem bi se srečali bazični raziskovalci s kliniki, in k sodelovanju povabili raziskovalce in klinike obeh UKC, Medicinske fakultete v Mariboru, Medicinske fakultete v Ljubljani in Fakultete za farmacijo v Ljubljani. Zaradi dobrih izkušenj so srečanja postala bienalna. Letos 16. in 17. oktobra smo izvedli že 5. osteološke dneve. Srečanje je potekalo v avditoriju Podreccove palače Medicinske fakultete v Mariboru in je združilo predklinike in klinike, bazične raziskovalce, ortopedске kirurge, travmatologe, endokrinologe, hematologe, nefrologe, revmatologe, biofizike, farmacevte, specialiste klinične biokemije, ginekologe, radiologe, celo tehnične strokovnjake s področja strojništva in fizike.

nato pa so potekala predavanja vabljenih predavateljev v štirih sklopih. V prvem, ki je bil posvečen osteoporozni, njenemu odkrivanju in vplivu različnih bolezni in zdravil na njen potek, so sodelovali tudi vabljeni predavatelji iz tujine, med domačimi pa iz obeh UKC. Drugi sklop je obravnaval internistični pogled na mišično-skeletno medicino z obravnavo kostno-žilnih povezav pri bolnikih s sladkorno boleznijo tipa 2, s Charcotovo boleznijo sklepov in z nevroartropatijo, z inzulinsko rezistenco ob pomanjkanju vitamina D ter pomen farmakoeconomike pri vrednotenju terapije zdravljenja osteoporoz. Tretji sklop je bil posvečen osteosarkopeniji z vidika dispanzerskega ginekologa in kineziologa. Radiologi iz UKC Ljubljana so predstavili metodo krioablacije pri metastatski bolezni kostnine, ortopedi in radiologi aktualna priporočila zdravljenja osteoartroze – osteoartritisa kolenskega sklepa. Nekaj avtorjev je obravnavalo vpliv nosečnosti na kostno tkivo in vpliv maternalnega vitamina D na zdravje novorojenčka, glede na aktualnost gerontologije tudi krhkost in osteoporozo. Z vidika procesne reorganizacije zdravljenja tovrstnih bolezni pa so z vidika krhkosti in osteoporoz obravnavali tudi ortogeriatrično soupravljanje v priporočilih Evropskega združenja za travmatološko in urgentno kirurgijo pri zdravljenju zloma kolka.

Glede na pestrost prispevkov z različnih predkliničnih in kliničnih področij se je poslušalstvo v predavalnici mešalo. Tovrstna srečanja pripomorejo, ob prijetnem druženju, k novim poznanstvom med različnimi raziskovalci, omogočajo rojevanje novih idej za nove raziskovalne projekte in hitrejše prenašanje novosti iz tujine in domovine s temeljnega raziskovalnega področja v vsakdanjo klinično prakso. Organizacijski odbor v sestavi prim. Miro Čokolič (predsedujoči), prof. dr. Breda Pečovnik Balon, prof. dr. Janja Marc in prof. dr. Radko Komadina je ob številnih dobrih odzivih udeležencev dobil mandat, da čez dve leti pripravi 6. osteološke dneve in proslavi 10. obletnico tovrstnih interdisciplinarnih sestankov predklinikov s kliniki.



Prim. Miro Čokolič,
predsednik organizacijskega odbora

Dvodnevno strokovno srečanje so odprli s kratkim kulturnim programom glasbeniki mariborske medicinske fakultete trio Ad hoc,

Kongres Evropskega združenja za ginekološko onkologijo

Žiga Jan, dr. med., Onkološki inštitut Ljubljana

Sonja Bebar, dr. med., Onkološki inštitut Ljubljana

zjan@onko-i.si

Od 24. do 27. oktobra je v Nici, biseru francoske riviere, potekal eden najpomembnejših kongresov s področja ginekološke onkologije – kongres ESGO (European Society of Gynaecological Oncology). Ta kongres lahko štejemo za prelomen, saj je ponudil evropske smernice za zdravljenje raka materničnega telesa. Organizatorji so privabili več kot 2700 udeležencev.

Rak materničnega telesa

Komisija za pripravo smernic je predstavila nove evropske smernice za zdravljenje raka telesa maternice, ki z odliko vključujejo z dokazi podprto medicino. Pri razvrstitvi bolnic v skupine glede na tveganje za lokalno napredovanje bolezni so uvedli novo skupino: *high-intermediate risk*. Minimalno invazivno kirurško zdravljenje je priporočljivo za skupini z nizkim in srednjim tveganjem. Za skupino z velikim tveganjem pa pride v poštev radikalnejši poseg, ki za minimalno invazivno kirurgijo zahteva izkušenega operaterja zaradi priporočene paraaortne limfadenektomije.

Limfadenektomija naj vedno obsega pelvično in tudi paraaortno limfadenektomijo (do nivoja ledvičnih ven). Limfadenektomija ni več priporočena za bolnice z majhnim tveganjem, kot možnost pa obstaja pri bolnicah s srednjim oz. »srednje-velikim« tveganjem, pri katerih pride v

poštev tudi odstranitev varovalnih bezgavk. Upoštevati je treba, da vpliv limfadenektomije na izboljšanje preživetja bolnic z majhnim tveganjem ni dokazan. Limfadenektomija (torej pelvična in paraaortna) je priporočena pri bolnicah z visokim tveganjem; v poštev pridejo tudi reoperacije. Vloga ekscizije varovalne bezgavke še ni pojasnjena, je pa za tehniko med udeleženci kongresa vladalo zelo veliko zanimanje.

Rak jajčnikov, jajcevodov in primarni peritonealni serozni karcinom (PPSC)

Razprava je večinoma potekala glede shem za dopolnilno kemoterapijo in za vzdrževalno zdravljenje z bevacizumabom. Na trgu je novo biološko zdravilo olaparib, ki je PARP-inhibitor. Zato priporočajo testiranje tumorskega tkiva bolnic s slabo diferenciranim seroznim rakom jajčnikov, jajcevodov ali PPSC na prisotnost mutacije gena BRCA. Pri tem je velik spodrsrljaj kongresa dejstvo, da nihče od predavateljev ni omenil pravnih in etičnih posledic opravljanja genskih testov za bolnice in njihove družinske člane.

Kongres tudi ni odgovoril na vprašanje glede uveljavitve nove klasifikacije FIGO (*International Federation of Gynecology and Obstetrics*). Nekaj predavanj je predstavilo vlogo kirurgije pri zdravljenju ponovitve raka jajčnikov ter organizacije multidisciplinarnega onkološkega tima. Predstavili so tudi ESGO-kazal-

ce kakovosti pri zdravljenju raka jajčnikov. Pogrešali smo napredek pri objektivni izbiri bolnic za primarno citoreduktivno kirurgijo ter kriterije, temelječe na močnih dokazih.

Rak materničnega vratu (RMV)

Na področju preprečevanja RMV je pomembna napoved 9-valentega cepiva proti HPV. Test za HPV dobiva vse večjo vlogo. Študije, ki potekajo, poskušajo odgovoriti na vprašanje neoadjuvantne kemoterapije pri napredovalnem RMV in morebitnega vpliva neradikalne kirurgije in dopolnilnega obsevanja na preživetje pri stadiju IB.

Rak zunanega spolovila

Ekscizija varovalne bezgavke (»sentinel node«) se je docela uveljavila. Naslednje leto se bo oblikovala skupina za pripravo evropskih smernic za zdravljenje raka vulve.

Sklep

Kongres je bil uspešen, saj smo Evropejci pri priporočilih za zdravljenje raka materničnega telesa tokrat pred Američani. Vključevanje slovenskih ginekoloških onkologov v dejavnosti ESGO je ključno za nudenje sodobnih oblik zdravljenja. Zahvaljujemo se kolegoma Alešu Vakslju, dr. med., in dr. Sebastijanu Merlu, dr. med., za pregled tega poročila, Onkološkemu inštitutu pa za omogočeno udeležbo.

37. kongres evropskega združenja za parenteralno in enteralno prehrano ESPEN v Lizboni – najboljša mešanica najrazličnejših okusov

Matjaž Groznik, dr. med., spec. travmatologije in intenzivne medicine, UKC Ljubljana
matjaz.groznik@kclj.si

Od 5. do 8. septembra letos je v kongresnem centru Lizbone potekal kongres za klinično prehrano in presnovo, ki sta ga že drugič organizirala skupaj lokalno in krovno portugalsko združenje za parenteralno in enteralno prehrano. Kongresni center se nahaja v čudovitem predelu Junqueira v mestni četrti Belem med utrdbo Belem in samostanom svetega Hieronima vzdolž reke Tajo, od koder so Portugalci odhajali odkrivat novi svet pod vodstvom slavnih pomorščakov. Vodilni moto letošnjega kongresa je bil bolj zdravo življenje s pomočjo prehrane. Cilj naj bi bil izboljšanje prehrane od rojstva do kasnejših življenjskih obdobj za bolj zdravo družbo.

Glavne teme predavanj so bile posvečene temeljnim znanostim v povezavi s klinično prehrano na področju onkologije (presnovna in prehranska podpora pri terapiji rakavega obolenja, prehrana in nastanek raka), geriatrije (prehrana in kognitivni upad), gastroenterologije (nove perspektive toksičnosti glutena, kako doseči sožitje s svojo črevesno mikrobnobno floro, zamaščena jetra niso samo posledica nepravilne prehrane), intenzivne medicine (specifični substrati, potrebni kritično bolnemu, vpeljava izsledkov kliničnih prehranskih raziskav v vsakodnevno prakso), psihologije (debelost, razpoloženje in prehrana), kirurgije (izboljšanje pooperativnega prehranskega statusa operirancev), interne medicine (ateroskleroza in prehrana) ter splošnih nikoli izčrpanih tem, kot sta sladkorji za in proti ter vnos beljakovin skozi celoten življenjski cikel.

Tako kot so bila pestra različna področja predavanj na kongresu, je bila številna tudi slovenska zastopnost na kongresu: od kirurgov, pred-

vsem abdominalnih, anesteziologov, intenzivistov do internistov gastroenterologov, nefrologov in še koga. To dokazuje, kako je klinična prehrana vpeta v skoraj vsako področje klinične medicine.

Osrednje mesto v kongresnem programu sta imeli glavni plenarni

predavanji, ki sta poimenovani po dveh pionirjih klinične prehrane in presnove: Škotu siru Davidu Cuthbertsonu, biokemiku in nutricionistu, ter Švedu Arvidu Wretlindu, profesorju s Karolinškega inštituta, raziskovalcu lipidnih emulzij in aminokislin. Prvo je pripadlo Špancu prof. Argile-su, ki je predaval o kroničnem vnetju kot gonilni sili razgradnje mišičja pri rakavih bolnikih. Dolgotrajno katabolno stanje povzroči zvečano bazalno porabo energije ob zmanjšanem vnosu, tako da se porabljata glicerol iz maščevja in glutamin iz mišičja za presnovo v Corijevev cikel, kjer nastaja glukoza, ki je gorivo za tumorske celice. Sarkopenija je pri določenih rakavih obolenjih samostojen negativni napovedni dejavnik za slab izid zdravljenja. Drugo predavanje je



Najstarejši lizbonski predel Alfama.

imel Italijan prof. Braga o razvoju konceptov presnove v perioperativnem obdobju in prehranski podpori. Ustrezni enteralna in parenteralna prehrana preprečita v perioperativnem obdobju negativno beljakovinsko bilanco zaradi stradanja (predoperativna obremenitev z ogljikovimi hidrati v napitku 3 ure pred posegom), omogočita vzdrževanje mišične, imunske in kognitivne dejavnosti ter pospešita okrevanje in povrnitev dejavnosti na prvotno raven.

V okviru enega izmed mnogih tečajev vseživljenjskega izobraževanja z naslovom Šport in prehrana je predavala anesteziologinja dr. Nada Kozjek o prehrani tekmovalcev v športih, kjer sta potrebna moč in eksplozivna moč. Vodilna strokovnjakinja, ki se že vrsto let ukvarja s klinično prehrano in je veliko prostega časa namenila prav prehrani športnikov, poleg tega pa je tudi sama izvrstna športnica, je govorila o pripravi športnika na tekmovanje v športih, ki zahtevajo moč in eksplozivnost. Žal se zanimivega in z veliko svežimi spoznanji bogatega predavanja nismo vsi udeležili.

Na področju intenzivne medicine bi izpostavil naslednje teme: ali vpliva način vnosa aminokislin na njihovo sistemsko biorazpoložljivost ter s tem na učinkovitost prehranjevanja kritično bolnega, kako ravnati z insulinso rezistenco pri kritično bolnem in kakšne so razlike med tradicionalnimi in novejšimi lipidnimi intravenoznimi pripravki v parenteralni prehranski podpori. Perioperativna prehrana bolnika je del oskrbe operiranca znotraj sistema ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). Protokol ERAS, ki je najprej obravnaval predvsem bolnike po abdominalnih posegih, je sedaj postal tudi del smernic za perioperativno oskrbo. Specifično sestavljen in prilagojen program treningov glede na različice protokolov ERAS za posamezne kirurške enote, ki jih izvaja združenje ERAS (sestavni del organizacije European Society for Clinical Nutrition and Metabolism – ESPEN), omogoča usmerjeno pripravo perioperativnega tima na oskrbo operiranca.

Pridobljeno znanje na kongresu smo še dodatno obogatili z večerom

tradicionalne fado glasbe v živahnem in prijetnem vzdušju tipične restavracije v lizbonski četrti Bairro alto. Ogledali smo si tudi kraj Sintro v predmestju Lisbone, kraljevi dragulj iz bogate stare kolonialne portugalske krone, ki je umeščen pod vznožje dveh vzpetin z blagodejnim vplivom Atlantika. Turisti oblegajo kraj zaradi dveh romantičnih gradov: mavrskega na vrhu griča in palače Pena de nacional, ki je nekoliko oddaljena od Sintre. Prilezli smo tudi do Cabo de Roca, skrajnega roba na zahodu Evrope, od koder nas je skoraj odpihnilo.

Stavka taksistov bi skoraj podaljšala naše bivanje v Lizboni. Med čakanjem in vožnjo s podzemno železnico je padla zanimiva ideja že upokojene, a toliko bolj aktivne ginekologinje prof. dr. Žive Novak Antolič, da bi v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani nujno potrebovali ambulanto in oddelek za klinično prehrano. V njej bi lahko multidisciplinarno obravnavali bolnika, ki v času hospitalizacije potrebuje dodatno prehransko podporo. Zbrane je spodbudila, da sodeluje v tem projektu.

Smejalni plin v vsakodnevni zobozdravniški praksi

Tečaj ambulantne inhalacijske sedacije – anksiolize – z didušikovim oksidom in kisikom (N₂O/O₂)

Asist. Lenka Likar Ostre, dr. dent. med., Medicinska fakulteta Ljubljana

lenka.likar@mf.uni-lj.si

18. septembra in 3. oktobra 2015 je v Ljubljani potekal dvodnevni tečaj ambulantne inhalacijske sedacije – anksiolize – z didušikovim oksidom in kisikom (N₂O/O₂). Prvi tovrstni tečaj pri nas je v sodelovanju s Katedro za anesteziologijo in reanimatologijo organizirala Katedra za otroško in preventivno zobozdravstvo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani.

Namen tečaja je bil pridobiti znanja in spretnosti za učinkovito in varno izvajanje tehnike ambulantne inhalacijske sedacije z N₂O/O₂ ter pridobiti oz. obnoviti ustrezna znanja in praktične veščine za ukrepanje v primerih življenjske ogroženosti pacienta v ambulanti. Tečaj je bil namenjen zobozdravnicam in zobozdravnikom, ki želijo v svojih ambu-

lantai uporabljati inhalacijsko sedacijo z N₂O/O₂, in zobozdravniškim asistentkam oz. medicinskim sestram, ki bodo pri tem sodelovale.

Predavatelji in vodje praktičnih delavnic na tečaju so prihajali z Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani in z Univerze v Leedsu. Predavanje doc. dr. Sabe Battelino, dr. med., o anatomiji in osnovni fiziologiji

zgornjih dihalnih poti je bilo bogato opremljeno s slikovnim gradivom kliničnih primerov. S predavanji je nadaljevala prof. dr. Jinous Tahmassebi, ki že 20 let izvaja ambulantno inhalacijsko sedacijo z N_2O/O_2 in sočasno tudi vodi tečaje, namenjene ambulantni sedaciji z N_2O/O_2 po Veliki Britaniji in Evropi. Predstavila je zgodovinski pregled, indikacije in kontraindikacije, prednosti in pomnjkivosti ter postopke sedacije z N_2O/O_2 v medicini oz. pediatričnem zobozdravstvu. Večina predavanj je bila izrazito klinično naravnanih. Iz Leedsa je prišla tudi druga tuja predavateljica, Tina Miller, ki že vrsto let sodeluje kot zobozdravniška asistentka pri ambulantnih inhalacijskih sedacijah. Udeležencem tečaja je predstavila svoje delo v okviru inhalacijske sedacije. V popoldanskih urah prvega dne tečaja je prof. Tahmassebi vodila praktično delavnico, v kateri je, med drugim, ob asistenci ge. Miller udeležencem tečaja prikazala postopek inhalacijske sedacije na prostovoljnih.

V okviru drugega dne tečaja je izr. prof. dr. Alenka Pavlič, dr. dent. med., v svojem predavanju o sedaciji z N_2O/O_2 izpostavila potrebo po ustreznem beleženju. Sledili sta izjemno zanimivi predavanji asist. Petra Poredoša, dr. med., o temeljnih postopkih oživljanja in avtomatskem zunanjem defibrilatorju ter doc. dr. Maje Šoštarčič, dr. med., o ukrepanjih v primerih življenjske ogroženosti. Tudi v okviru drugega dne tečaja so imele posebno mesto praktične delavnice. Tokrat so bile delavnice namenjene predstavitvi dela z aparatom za inhalacijsko sedacijo z N_2O/O_2 , poznavanju indikacij in kontraindikacij za inhalacijsko sedacijo z N_2O/O_2 ter pregledu in uporabi opreme in zdravil. Poseben poudarek je bil namenjen delavnicam, v katerih so udeleženci obnavljali in širili svoja znanja iz temeljnih postopkov oživljanja, simulacij nujnih stanj v ordinaciji na lutki, vzpostavitve venske poti in vzdrževanja dihalne poti. Ob zaključku tečaja so udeleženci opravljali praktični in pisni izpit iz



Udeleženci tečaja z zanimanjem spremljajo postopek inhalacijske sedacije pod vodstvom prof. dr. Jinous Tahmassebi.

ambulantne sedacije z didušikovim oksidom in kisikom (N_2O/O_2) ter iz temeljnih postopkov oživljanja (TPO).

Zakaj vpeljati inhalacijsko sedacijo z didušikovim oksidom in kisikom?

Sproščujoči učinki didušikovega oksida so pri pacientu vidni kmalu potem, ko ga prične vdihovati. Po odkritju tega brezbarvnega plina, ki je brez vonja in ne draži tkiv, leta 1772, so konec 18. in v začetku 19. stoletja uporabljali N_2O kot drogo na zabavah. Njegov medicinski potencial je že leta 1799 odkril Humphrey Davy in ga tudi leta 1800 opisal v knjigi. Vendar je moralo miniti skoraj pol stoletja, da so njegovo uporabo prenesli v prakso. Tako je Horace Wells leta 1844 izpulil zob pacientu, ki je vdihaval N_2O .

Od takrat do danes se je, ob izpopolnjenih aparaturnih in tehnikah, uveljavila inhalacijska sedacija z N_2O/O_2 v različnih vejah medicine. Med prednosti inhalacijske sedacije pred drugimi tehnikami plitve sedacije uvrščamo možnost titriranja didušikovega oksida. Prav tako hitro je pacient tudi ponovno v prvotnem stanju zavesti po zaključenem zdrav-

ljenju z inhalacijsko sedacijo z N_2O/O_2 . Ker je pacient ves čas zdravljenja pri zavesti in se z nami lahko sporazumeva, ima ohranjene reflekse in se bo po posegu tudi spomnil dogajanja med zdravljenjem, bo zelo verjetno s pravilno izvedeno tehniko inhalacijske sedacije pri posegu tudi sodeloval.

Ambulantna inhalacijska sedacija z didušikovim oksidom in kisikom (N_2O/O_2) je v svetu dobro poznana in pogosto uporabljena metoda anksiolize zdravih pacientov oz. pacientov, ki so po klasifikaciji Ameriškega združenja anesteziologov (*American Society of Anesthesiologists*) razvrščeni v ASA1 in AS2. V ZDA, Kanadi, Avstraliji in državah zahodne Evrope in Skandinavije je inhalacijska sedacija z didušikovim oksidom in kisikom uveljavljena tehnika anksiolize oz. plitve sedacije v zobozdravniških ordinacijah. V medicini, in še posebno v zobozdravstvu, ta tehnika omogoča varno in učinkovito ambulantno (zobo)zdravniško zdravljenje pacientov, ki zaradi velikega strahu pri zobozdravniku slabše sodelujejo.

Veliko število udeležencev in odlične ocene, ki so jih udeleženci tečaja navedli v anketnih listih, so predavateljem in organizatorjem lahko v posebno zadovoljstvo. Glede

na odziv je pričakovati, da bo uporaba ambulantne inhalacijske sedacije z N_2O/O_2 našla svojo pot tako kot drugod po svetu tudi v Sloveniji. S tem pa bo moč nuditi zobozdravniško

oskrbo tudi precejšnjemu deležu tistih otrok in mladostnikov, ki pri zobozdravniku ne zberejo dovolj poguma za sodelovanje.

8. Svetovni kongres ortodontov v Londonu

»Welcome to London and see the World Smile«

Sanda Lah Kravanja, dr. dent. med.,
Dentalni center dr. Lah Kravanja, d. o. o., Bovec
sanda.kravanja@gmail.com

V zadnjih dneh septembra je v Londonu potekal osmi Svetovni kongres ortodontov (IOC), največje tovrstno srečanje, po dolgem času ponovno v Evropi. Po srečanju 2010 v Sydneyju v Avstraliji pred petimi leti se je v okviru Svetovnega združenja ortodontov (WFO) in pod gostiteljstvom Britanskega združenja ortodontov (BOS) ponovno zbralo več kot 5900 kolegov iz več kot 140 držav: ortodontov, ortognatskih kirurgov, ortodontskih tehnikov, higienikov, asistentov in drugega pomožnega osebja v ordinacijah z željo izobraževanja, druženja, izmenjave idej in spoznavanja prijateljev z vsega sveta.

Prizorišče srečanja je bil gigantski londonski kongresno-razstavišči ExCell, ki je z edinstveno lokacijo v povsem prenovljeni okolici dokov in v bližini znamenitega Canary Warfa na enem mestu ponudil najsodobnejšo kongresno opremo in ogromne prostore za predavanja in dentalno razstavo. Organizatorji so svetovni kongres odprli s povsem angleško obarvano otvoritveno slovesnostjo, podelitvijo priznanj najzaslužnejšim in častnim članom združenja WFO ter z odprtjem bogate ortodontsko-dentalne razstave.

Znanstveni program je bil razdeljen v dva dela, za specialiste ortodontov in ortognatske kirurge ter za orto-

dontske tehnike, higienike, asistente in ostale sodelavce. Povabljeni so bili najodmevnejši in trenutno najaktualnejši svetovni predavatelji, ki so predstavili svoje dosežke, raziskave, praktične izkušnje, zavzetost, nove trende in razvojne vizije. Čast otvoritvenega predavanja z naslovom »The many faces of orthodontics« je letos pripadala profesorici Anne-Marie Kuijpers-Jagtman. Predavanja so potekala v glavni predavalnici ter vzporedno v več manjših predavalnicah in seminarjih, strukturirano po tematikah in tudi po nacionalnih združenjih. Zajeta so bila široka področja zobne in čeljustne ortopedije: genetika in razvojne kraniofacialne nepravilnosti, sodobne slikovne metode, 3D in CBCT-diagnostika, zdravljenje ortodontskih nepravilnosti po klasičnih in novih metodah premikov zob in čeljustnic, sodobne klinične tehnike začasnega in skeletnega sidrenja z najsodobnejšimi pripomočki, implantati, kovinskimi konstrukcijami, metode za pospeševanje hitrosti premikov zob z vibracijami, nevidni lingvalni ortodontski aparati in opornice, principi interdisciplinarnega pristopa, kjer pri zdravljenju sodeluje več specialnosti (ortodonti, kirurgi, protetiki, pediatri, logopedi, fizioterapevti ...).

Strokovnih tem in znamenitih imen je bilo v Londonu istočasno in na enem mestu toliko, da se je bilo prav težko odločiti za razpored predavanj (Sandler, Sandy, Ruf, Sarver, De Clerc, De Cevidanes, Kokich Jr., Hatcher, Rosa, Cocconi, Raffaini, Wiechman, Ludwig, Eliades, Littlewood, Mah, Sugawara, Darendeliler, Schneider-Moser, Cozzani, Mirabella, Bondemark, Huggare...).

V odmorih je bilo organiziranih nekaj sponzorskih predavanj dentalnih podjetij. Predkongresni tečaj je predstavil tematiko nadomeščanja manjkajočih zob z avtotransplantacijo pri odraščajočih pacientih (Czochrowska, Fudalej, Marek, Plakwicz).



Zelo zanimiv je bil svetovni ortodontski pregled po narodnostih World Village Day, kjer so posamezna nacionalna združenja ponudila predavanja najpomembnejših predavateljev, od Evrope, obeh Amerik do Azije, Pacifika in Oceanije. Tako raznovrstno, pa vendar vsi na poti do istega cilja!

Vse dni je bila na ogled velika razstava posterjev, organizatorji so jih avtorjem z vsega sveta odobrili več kot 900. Letos se nismo prav nič obremenjevali s transportom in lepljenjem izdelkov na panoje, saj so organizatorji zahtevali elektronsko verzijo, posterje sami natisnili in razporedili izdelke po tematikah: osnovne in klinične raziskave, klinične tehnike, zdravljenje in prikazi primerov, izobraževanje ter raziskovalni skladi. Slovenske ortodontke sva s posterjem zastopali Mojca Lajh iz Maribora in avtorica zapisa Sanda Lah Kravanja.

Na kongres je pripotovalo še več kolegov ortodontov iz Slovenije, med predavanji se nas je prepoznalo vsaj deset, z nekaterimi pa se v množici celo nismo uspeli niti srečati.

Prisoten je bil tudi edini slovenski razstavljalac, podjetje Audax iz Ljubljane; Tomaž Tušar in Peter Kobal sta predstavljala sodoben program za kefalometrijo – AxCeph.

Vsi dokumenti, programi, izvlečki in predstavitve so bili in so še vedno dostopni v elektronski obliki in posebni povezavi IOC London 2015 App.

Pestra in cene vredna je bila tudi ponudba programov za večerno druženje na privlačnih londonskih lokacijah, kot je npr. sprejem dobrodošlice v ExCellu, mednarodni sprejem v muzeju voščenih lutk (Madame Tussaud), predsednikov sprejem med Darwinovimi vrstami (Natural History Museum) in elegantna gala večerja na nekdanji ribji tržnici (Old Billingsgate Market).

Novosti v raziskavah, pristopih in metodah je vedno več in imajo pomemben vpliv tudi na potek in organizacijo kliničnega vsakodnevnega dela v ordinacijah. Novi pristopi olajšujejo delo zdravnikom in način življenja med zdravljenjem pacientom, ki si seveda vedno želijo, da bi se ortodont-

ski aparati čim manj videli in da bi bilo zdravljenje čim krajše. Vse to globalno vodi v vse bolj digitalno in 3D-zdravljenje, nenehno iskanje novih rešitev, stalno podiplomsko izobraževanje zdravnikov za posodabljanje spretnosti, materialov, aparatur in opreme. Druge tehnologije in pripomočki seveda dražijo tudi zdravljenje pacientov, ki jim z zdravljenjem pomembno izboljšamo kakovost življenja, samopodobo in pozdravimo funkcionalne odklone, zato si lahko le želimo, da bomo lahko tudi v bodoče sledili novostim in ponudbi sodobnih načinov zdravljenja zobnih in čeljustnih nepravilnosti s premiki zob, po možnosti kar največ preko zdravstvenega zavarovanja.

Do sedaj sem imela priložnost aktivno sodelovati na dveh zaporednih Svetovnih kongresih ortodontov in glede na pridobljene izkušnje lahko obisk tovrstnega druženja iskreno priporočam.

Naslednje svetovno srečanje ortodontov bo daljnega leta 2020 potekalo na prav tako daljnem Japonskem.



Predstavitve posterjev: Mojca Lajh (levo) in Sanda Lah Kravanja.

Monografija o luskavici, spomenik pokojnemu prof. Alekseju Kanskemu!

Renata Završnik Mihič, dr. med., GINEKOMED FORUM, zdravstvene storitve in svetovanje, d. o. o., Maribor
Prim. prof. dr. Elko Borko, dr. med., v. svet., Maribor
elko.borko@guest.arnes.si

Združenje slovenskih dermatologov je v septembru 2015 izdalo monografijo o luskavici, ki jo je uredil mariborski dermatolog prof. Jovan Miljković. Prispevke o tej kožni bolezni so napisali odlični slovenski strokovnjaki, ki se ukvarjajo z luskavico. V monografiji so to bolezen celovito obdelali in bralcu podali pregled najnovejših, v tujem slovstvu objavljenih ugotovitev o etiologiji in drugih vidikih te neugodne bolezni. Sodelavci so te znanstveno dokazane ugotovitve obogatili z lastnimi izkušnjami. Knjižica, ki ima nekaj nad sto strani, je razdeljena v poglavja, ki so vsa enako pomembna in jih pri prebiranju ne smemo izpustiti, saj se podre celostna podoba monografije.

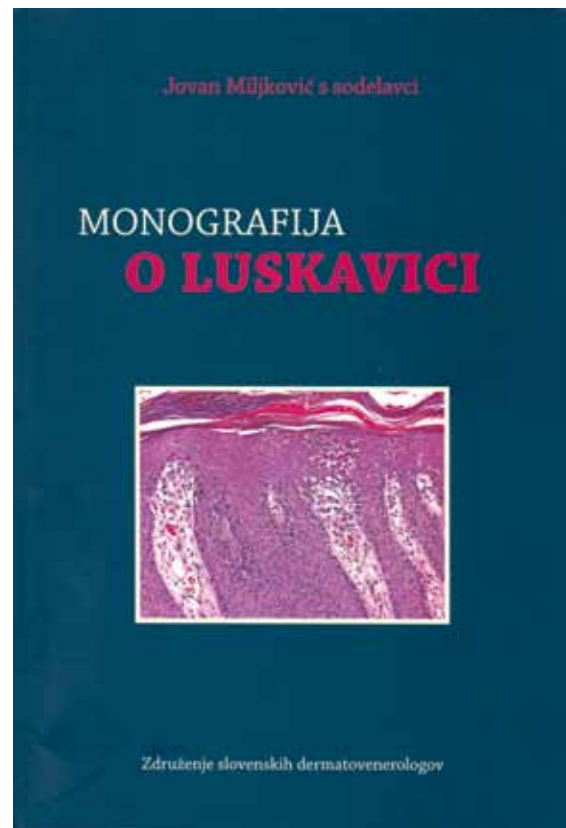
V prvem poglavju je prof. Jovan Miljković na šestih straneh opisal pomembnejše zgodovinske podatke o luskavici. Prof. Uroš Potočnik je z dr. Matjažem Deželakom, s katerim delujeta v Centru za humano molekularno genetiko in farmakogenomiko na mariborski Medicinski fakulteti, napisal poglavje o genetiki luskavice. V njem sta predstavila številne raziskave iz literature, ki so pokazale vso zapletenost te genetsko pogojene bolezni, saj je znano, da pri nastanku luskavice sodeluje več kot 40 genov. Odkrivanje genetskih in drugih dejavnikov, kot so okolijski dejavniki in manj znano področje epigenetskih mehanizmov, pa so prispevali k razvoju zdravljenja, saj so se na osnovi teh dognanj razvila nova zdravila, ki lajšajo težave te kronične bolezni. Nadaljevanje tega poglavja predstavlja poglavje o imunopatogenezi luskavice, ki sta jo napisala doc. Aleksander Godić iz Velike Britanije in prof. Jovan Miljković. Bolj zanimivo in tudi bolj razumljivo je poglavje o postavitvi diagnoze pri luskavici, ki sta ga prispevala ista avtorja. Prof. Mateja Dolenc Voljč z Dermatovenerološke

klinike v Ljubljani je napisala zelo razumljivo poglavje o različnih kliničnih oblikah luskavice. Doc. Iztok Holc, predstojnik oddelka za revmatologijo v UKC Maribor, pa je napisal zelo pregledno poglavje o luskavičnem artritisu, ki se razvije pri 40 odstotkih bolnikov z luskavi-

co. Asistentka na ljubljanski dermatovenerološki kliniki, Vesna Tlaker Žunter, je napisala poglavje o zdravljenju luskavice, ki ga je razdelila na lokalno, sistemsko in na zdravljenje z biološkimi zdravili. Podobno je prof. Borut Štrukelj, učitelj na Fakulteti za farmacijo Univerze v Ljubljani, v posebnem poglavju poročal o bioloških zdravilih za zdravljenje luskavice, s poudarkom na bioloških zdravilih za zdravljenje luskavice, ki so šele v razvoju. Prof. Vita Dolžan z Medicinske fakultete v Ljubljani je napisala poglavje o farmakogenetiki sistemskega zdravljenja luskavice, ki še ni dostopno v klinični praksi, bo pa v bodočnosti pripomoglo k učinkovitemu zdravljenju luskavice in neželenih pojavov. V zadnjem poglavju sta dr. Žiga Rotar in prof. Jovan Miljković opisala današnje možnosti za zdravljenje z biološkimi zdravili v naši državi.

Monografija, v lepi slovenščini in s skrbno izbranimi slikovnimi dodatki, celovito prikazuje razvoj in sedanje stanje pri kliničnem delu z bolniki, ki trpijo zaradi luskavice in zapletov te kožne bolezni. Monografija je namenjena predvsem zdravstvenim delavcem, saj so posamezna poglavja zahtevno napisana.

Iz opisa vsebine lahko razberemo, da bi bila monografija lahko manj obsežna, saj se v nekaterih poglavjih ponavljajo podatki o zdravljenju,



predvsem z biološkimi zdravili. Ne glede na pomanjkljivosti smo pridobili pomembno strokovno publikacijo, ki jo je uredil ugleden mariborski zdravnik in v kateri so sodelovali pomembni slovenski strokovnjaki s področja dermatološke prakse in raziskovalci obeh medicinskih fakultet. Monografija je primerno učno

gradivo za študente medicine, družinske zdravnike in specialiste, ki se med svojim delom soočajo s to boleznijo, ter sodi v knjižnico vsakega širše razgledanega slovenskega družinskega zdravnika in drugih ljubiteljev slovenske medicinske literature.

Knjižica je lično oblikovana in je izšla v nakladi 1000 izvodov. Urednik

prof. Jovan Miljković jo je posvetil učitelju in mentorju prof. Alekseju Kanskemu v zahvalo za njegov prispevek k razvoju slovenske dermatologije. Profesor Kansky, ki je preminil 6. oktobra, je tako dobil najlepše in trajno priznanje za svoje zdravniško delo.

Domus Medica za vas!

Domus Medica je bil ustvarjen kot osrednja hiša slovenskega zdravništva. Velika Modra dvorana, številne sejne sobe in klubski prostori so bili zgrajeni z namenom srečevanj, stanovskega druženja, odprtega dialoga, organiziranih strokovnih predavanj med zdravniki in zobozdravniki.

Z veseljem vas obveščamo, da smo predstavitev Domus Medica pripravili tudi na internetni strani: <http://www.domusmedica.si/>.

Vabimo vas, da si spletno stran ogledate in v prihodnosti svoje srečanje organizirate v prostorih **Domus Medica!**

Za več informacij o Medicinskem izobraževalnem centru pišite Mojci Vrečar (mojca.vrecar@zzs-mcs.si) ali pokličite 01 307 21 91.







Zbornična izobraževanja za zdravnike in zobozdravnike

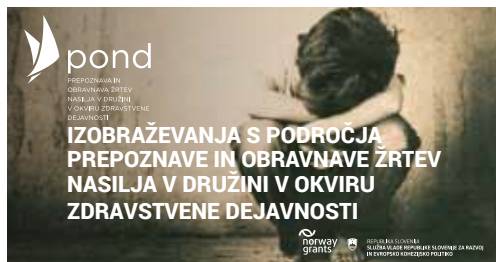
Zakaj se bojimo komuniciranja?

Na izobraževalnem seminarju bo dr. Dejan Verčič, redni profesor in vodja Centra za marketing in odnose z javnostmi na FDV, osvetlil dogajanje na slovenski medijski sceni in kako to zadeva zdravnike. Je zdravstvo res pod novinarskim napadom in kako si lahko zdravniki pomagajo s spoznanji kriznega komuniciranja?

Izvajalec: dr. Dejan Verčič, redni profesor in vodja Centra za marketing in odnose z javnostmi na FDV

Prepoznava in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti

predavanja in delavnice, 2 dni – september–april



Namen izobraževanja je zdravstveno osebje opremiti z znanjem in komunikacijskimi veščinami za izboljšanje prepoznavanja in obravnavanja žrtev nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti.

Izobraževanje med drugim **izpolnjuje predpis ministrstva za zdravje**, ki določa, da se morajo zdravstveni delavci z določenih področij **udeležiti izobraževanja o nasilju v družini vsakih pet let**, v obsegu najmanj 5 ur.

Poudarki iz vsebine:

- osnovne značilnosti, oblike in dinamika nasilja v družini,
- klinični in drugi znaki za boljše prepoznavanje žrtev nasilja v družini,
- teoretične smernice ter praktični prikaz ustrezne komunikacije z žrtvami nasilja v družini,
- primeri dobrih kliničnih in mednarodnih praks s področja prepoznave in obravnave žrtev nasilja v družini,

- izkušnje ter pričakovanja žrtev pri obravnavi v zdravstvenem sistemu,
- koraki medinstitucionalnega sodelovanja pri prepoznavi in obravnavi žrtev nasilja v družini,
- protokoli obravnave otrok in odraslih žrtev nasilja v družini v sklopu zdravstvene dejavnosti.

Izobraževanje je del projekta **Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti: smernice in izobraževanja za zdravstvene delavce (POND_SiZdrav)**. Sodelujoči partnerji so Druženomedicinski inštitut ZRC SAZU, Zdravniška zbornica Slovenije, Center za socialno delo Maribor, Zavod Emma in St. Olavs University Hospital, Forensic department Brøset, Centre for research and education in forensic psychiatry. Projekt je sofinanciran s strani Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014.

Da ne bi po nepotrebem strašili in jezili drugih

predavanja – december

Strah in jezo bomo predstavili skozi samoopazovanje ter v skupini omogočili prepoznavanje različnosti. **Empatijo** bomo uvedli kot **zmožnost zavedanja čustev, potreb in skrbi drugih**, ki omogoča razumevanje druge osebe/drugega in oceno problema z njegove strani, kar je še posebej pomembno pri blaženju strahu in zaskrbljenosti ali umirjanju jeze. Ob koncu delavnice pričakujemo, da bodo udeleženci zmogli upoštevati medosebno različnost ter delovanje lastnih in čustev drugih.

Izvajalka: dr. Polona Selič, univ. dipl. psih.

Čustveno inteligentni starši

predavanja – december

Vsebine s področja čustvene inteligentnosti so namenjene prepoznavi pomena čustev in čustvovanja v komunikaciji in medosebnih odnosih, pa tudi pri **razumevanju sebe in drugih**. Priporočljivo za tiste, ki želijo vedeti, kaj je odgovorno starševstvo in kako se ga lotiti.

Seminar vodi dr. Polona Selič, univ. dipl. psih.

Nujna medicinska pomoč za ekipe v zobozdravstvu

delavnica – december

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

Tečaj 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

Pacienti (bolniki) in potrpljenje

delavnica – januar

Na delavnici boste podrobno spoznali, kako najhitreje prepoznati osebnostni tip pacienta (bolnika), kako se posamezni tip osebnosti pacienta (bolnika) sooča z boleznijo in zakaj se odziva na določen način ter kako prilagoditi komunikacijo posameznemu tipu osebnosti pacienta (bolnika).

Delavnico vodi Anja Žagar, univ. dipl. ekon.

Težave in razumevanje v medosebnih odnosih

delavnica – januar

Na delavnici boste podrobno spoznali temeljne tipe osebnosti in njihovih prirojenih značilnosti ter lastnosti, kako se osvoboditi nerealnih pričakovanj do ljudi drugačnega tipa osebnosti, kot je vaš. Spoznali boste, zakaj v komunikaciji z določenimi ljudmi pogosteje zaidete v konflikt in kako le-te ustrezno reševati oz. jih preprečiti. S pomočjo orodij poznavanja tipov osebnosti boste bolje razumeli vedenje, razmišljanje in odzivanje ljudi okoli vas.

Delavnico vodi Anja Žagar, univ. dipl. ekon.

Podroben program in prijavnico najdete na spletni strani zbornice: <http://domusmedica.si/dogodki>

Več dogodkov najdete na www.domusmedica.si

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

1. ob 17.00 • ZAKAJ SE BOJIMO KOMUNICIRANJA?

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 15	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: Na izobraževalnem seminarju bo dr. Dejan Verčič, redni profesor in vodja Centra za marketing in odnose z javnostmi na FDV, osvetlil dogajanje v slovenskem medijskem prostoru in kako to zadeva zdravnike.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Mojca Vrečar	prijave, informacije: prijave: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191	

2. ob 8.30 • ČETRTE ŠOLA TUMORJEV PREBAVIL

kraj: LJUBLJANA Onkološki inštitut Ljubljana, predavalnica v stavbi C	št. udeležencev: 90	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 6
vsebina: podiplomska šola je namenjena vsem, ki jih to področje zanima	organizator: Sekcija internistične onkologije pri SZD, Onkološki inštitut Ljubljana, Katedra za onkologijo, izr. prof. dr. Janja Ocvirk, dr. med.	prijave, informacije: prijave: izključno na E: Ikristan@onko-i.si , informacije: Lidija Kristan, T: 01 587 92 82, F: 01 587 93 05, E: Ikristan@onko-i.si	

2. ob 9.00 • 23. SPOMINSKO SREČANJE AKADEMIKA JANEZA MILČINSKEGA OB 70-LETNICI INŠTITUTA: »NOVOSTI NA PODROČJU MEDICINSKEGA IZVEDENSTVA«

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta, Korytkova 2	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: novosti na področju pravnih predpisov za imenovanje novih sodnih izvedencev, zahteve Združenja izvedencev medicinske stroke za izdajo pozitivnega mnenja kandidata za izvedenca (potrdilo o udeležbi je eden izmed osnovnih dokumentov za podaljšanje izvedenske licence izvedencev)	organizator: Inštitut za sodno medicino MF Ljubljana v sodelovanju z RS, Ministrstvom za pravosodje, Centrom za izobraževanje v pravosodju, prof. dr. Jože Balažič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: do 1. 12. 2015 na E: tajnistvo.ism@mf.uni-lj.si , T: 01 543 72 00	

3.–4. ob 8.00 • 46. MEMORIALNI SESTANEK PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA Z MEDNARODNIM SIMPOZIJEM – NOVOSTI NA PODROČJU USTNIH BOLEZNI

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta, Korytkova 2, velika predavalnica	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: sestanek z mednarodnim simpozijem je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Inštitut za patologijo Medicinske fakultete, prof. dr. Nina Gale, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: vlasta.krfogec@mf.uni-lj.si , informacije: Jera Jeruc, Vlasta Krfogec, T: 01 543 71 03, 01 543 71 38, F: 01 543 71 01, E: jera.jeruc@mf.uni-lj.si , E: nina.gale@mf.uni-lj.si	

4. • XXIV. STROKOVNO SREČANJE ZDRUŽENJA ZA HIPERTENZIJO: NOVOSTI V OBRAVNAVI IN ZDRAVLJENJU ARTERIJSKE HIPERTENZIJE

kraj: LJUBLJANA, Four Points by Sheraton Ljubljana, Mons	št. udeležencev: 200	kotizacija: 80 EUR + DDV, kotizacije ni za študente, sekundarije, upokojeince	k. točke: ***
vsebina: srečanje je namenjeno družinskim zdravnikom, specialistom interne medicine, kardiologije, nefrologije, specializantom.	organizator: Združenje za arterijsko hipertenzijo, mag. Jana Brguljan Hitij, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: tina.mali@hipertenzija.org , informacije: Tina Mali, mag. Jana Brguljan Hitij, dr. med., T: 01 522 55 18 ali 01 522 55 97, F: 01 522 56 00	

4. ob 12.00 • 28. ONKOLOŠKI VIKEND – PREPREČEVANJE RAKA: DEJSTVA, KI JIH MORA VEDETI ZDRAVSTVENI DELAVEC

kraj: LJUBLJANA, Austria Trend Hotel	št. udeležencev: 180	kotizacija: 150 EUR (z DDV), kotizacije ni za predstavnike nevladnih organizacij (največ tri iz posameznega društva)	k. točke: 6
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravstvenim delavcem in sodelavcem s področja onkologije, družinskim zdravnikom	organizator: Kancerološko združenje SZD, Onkološki inštitut Ljubljana, Zveza slovenskih društev za boj proti raku, prof. dr. Janez Žgajnar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, informacije: Amela Duratović Konjevič, T: 01 587 96 25, F: 01 587 94 00, E: aduratovic@onko-i.si	

4.–5. ob 8.30 • 32. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: UČENJE IN POUČEVANJE O OBRAVNAVI MULTIMORBIDNOSTI V STARAJOČI SE POPULACIJI

kraj: ZREČE, Terme Zreče	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 14
vsebina: delavnica je namenjena sedanjim in bodočim mentorjem študentov in specializantov s področja družinske medicine (udeleženci bodo na srečanju prejeli zbornik, ki bo obravnaval omenjene teme)	organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru, Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, prim. doc. dr. Mateja Bulc, prim. Darinka Klančar, izr. prof. dr. Marija Petek Šter, prim. doc. dr. Davorina Petek	prijave, informacije: prijave: Lea Vilman, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si , informacije: Darinka Klančar, E: darinka.klancar@siol.net	

5. • NUJNA MEDICINSKA POMOČ, DELAVNICE ZA EKIPE V ZOBOZDRAVSTVU

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 21	kotizacija: 147 EUR (DDV je vključen)	k. točke: 8
vsebina: Namen tečaja je, da osveži in obogati znanje in veščine s področja temeljnih postopkov oživljanja in defibrilacije ter prepoznavanja in pravega ukrepanja ob nekaterih nujnih stanjih (tujki v zgornjih dihalih, akutni koronarni sindrom, akutna možganska kap, motnje zavesti, anafilaktična reakcija)	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije	

9. • ČUSTVENO INTELIGENTNI STARŠI: REKLAMNI TRIK ALI URESNIČLJIVA MOŽNOST (SEMINAR)

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 50	kotizacija: 40 EUR (DDV je vključen)	k. točke: 3
vsebina: Družine in odnosi, vloge in naloge. Čustveno inteligentno sporazumevanje. Odgovorno starševstvo v različnih fazah odraščanja otrok (in staršev)	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije	

10. • TEČAJ OSKRBE KRITIČNO OBOLELEGA/POŠKODOVANEGA Z DR. CLIFFOM REIDOM (V SKLOPU ŠOLE URGENCE, III. LETNIK) – tečaj bo le v angleškem jeziku

kraj: MARIBOR, Hotel City, Ulica kneza Koclja 22	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: (posebej za tečaj oskrbe z dr. Cliffom Reidom, lahko pa se prijavite na obe srečanji skupaj) - pripravniki: 60 EUR, specializanti, sobni zdravniki, zdravstveni tehniki, diplomirani zdravstveniki: 80 EUR, specialisti: 100 EUR (vključen DDV)	k. točke: ***
vsebina: Tečaj je namenjen specializantom in specialistom urgentne medicine, vsem zdravnikom (tudi anesteziologom, travmatologom, družinskim zdravnikom), ki delajo na urgentnih oddelkih bolnišnic in zdravstvenih zavodov, pripravnikom. Enodnevni tečaj je osnovan na kliničnih primerih kritično bolnih bolnikov. Po besedah dr. Reida je tečaj interaktiven, zabaven, poln prigrad iz klinične prakse in slikovnih vsebin, nikakor ne vsebuje dolgočasnih powerpoint predstavitev. Zajema teme iz srčnega zastoja, oskrbe dihalne poti, ventilacije, akutnih obolenj centralnega živčevja, sepse in travme.	organizator: Slovensko združenje za urgentno medicino	prijave, informacije: prijave: E: http://url.sio.si/sola-urgence2015	

10., 11. in 15. ob 16.00 • MEDICINSKA HIPNOZA PRI ANKSIOZAH IN FOBIJAH

kraj: KRANJ, Hotel Azul, Šuceva ul. 26	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: 300 EUR, za študente 150 EUR	k. točke: ***
vsebina: strokovni seminar medicinske hipnoze je namenjen zdravnikom, psihologom, zdravstvenim delavcem, psihoterapevtom	organizator: Društvo za medicinsko hipnozo Slovenije, prof. dr. Marjan Pajntar	prijave, informacije: prijave: E: informacije@hipnoza-dmhs.si , informacije: Boni Plut, T: 031 322 207	

11.–12. • ŠOLA URGENCE, III. LETNIK

kraj: MARIBOR, Hotel City, Ulica kneza Koclja 22	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: pripravniki: 100 EUR, specializanti, sobni zdravniki, zdravstveni tehniki, dipl. zdravstveniki: 130 EUR, specialisti: 160 EUR (vključen DDV)	k. točke: 12
vsebina: šola je namenjena specializantom in specialistom urgentne medicine, vsem zdravnikom (tudi anesteziologom, travmatologom, družinskim zdravnikom), ki delajo na urgentnih oddelkih bolnišnic in zdravstvenih zavodov, pripravnikom. Šola urgence bo po evropskem kurikulumu urgentne medicine zajela teme s področja gastroenterologije, abdominalne kirurgije, urologije, porodništva, ginekologije, hematologije in endokrinologije. Predstavljen bo tudi povzetek novih smernic za oživiljanje. Hkrati bo poseben gost na Šoli urgence Cliff Reid.	organizator: Slovensko združenje za urgentno medicino	prijave, informacije: prijave: http://url.sio.si/sola-urgence2015	

10.–12. ob 8.30 • III ANNUAL MEETING MIPS

kraj: LJUBLJANA, Cankarjev dom	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 400 EUR	k. točke: 23
vsebina: predavanja so namenjena ginekologom	organizator: Mednarodno združenje za inkontinenco s patologijo medeničnega dna, prof. dr. Adolf Lukanović, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: http://www.mipsnet.org/#!mips-2015/cw9i , informacije: UKCL, Ginekološka klinika, Šlajmerjeva 3, prof. dr. Adolf Lukanović, dr. med., T: +386 31 310 797, E: adolf.lukanovic@guest.arnes.si	

11.–13. 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 Vlahović, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: www.szum.si , E: info@szum.si , informacije: Monika Grünfeld, T: 041 607 402	

15. • SVITOVİ DNEVI 2015

kraj: LJUBLJANA, Grand hotel Union	št. udeležencev: 150	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: srečanje je namenjeno vsem vključenim v izvajanje Programa Svit, podpornikom programa in širši strokovni javnosti	organizator: Nacionalni inštitut za javno zdravje	prijave, informacije: E: programsvit@nijz.si	

15. ob 19.00 • MEDICAL STUDENT JOURNAL CLUB: ELEKTROKONVULZIVNA TERAPIJA JE PRIHODNOST MODERNE PSIHIATRIJE

kraj: LJUBLJANA, MF, Korytkova 2, Srednja predavalnica	št. udeležencev: 150	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Debatni večer, predavanje pripravlja študentka Eva Nikč Cvikel pod mentorstvom prof. dr. Mojce Muršec, dr. med., sledi razprava. Debatni večer je namenjen študentom medicine, mladim zdravnikom in ostali zainteresirani javnosti.	organizator: Medical Student Journal Club – debatni klub študentov medicine, Matija Šatej, štud. med.	prijave, informacije: prijave: niso potrebne, informacije: Sara Vodopivec, T: 041 268 895, E: medicalstudentjournalclub@gmail.com	

16. • DA NE BI PO NEPOTREBNEM STRAŠILI IN JEZILI DRUGIH (seminar)

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 60 EUR (DDV je vključen)	k. točke: 4
vsebina: V delavnici izhajamo iz opredelitve čustvene inteligentnosti kot tipa socialne inteligentnosti, ki vključuje sposobnost nadzora lastnih čustev in čustev drugih. Čustvena inteligentnost je zmožnost razločevanja med čustvi (emocijami) in uporabo informacij za lastno mišljenje in delovanje.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije	

5. 1., 19. 1., 2. 2., 16. 2. ob 17.00 • PREPREČEVANJE IZGORELOSTI PRI ZDRAVNIKIHI

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, učilnica Julija	št. udeležencev: 16	kotizacija: 180 EUR	k. točke: 10
vsebina: Delavnica je namenjena vsem zdravnikom. Znaki izgorevanja se lahko kažejo kot velika izčrpanost, splošno neprijetno počutje, motnje spanja, obup, pomanjkanje sočutja, simptomi so vidni tudi v obliki cinizma, prenašanja odgovornosti na druge, povečanih občutkov krivde, izgube smisla. Delo je usmerjeno v večanje zavedanja (iskanje smisla in razumevanja), iskanje podpirajočih prepričanj in rešitev, večanje občutka solidarnosti in v delo z viri.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije, Tanja Breznik, univ. dipl. psih.	prijave, informacije: prijave: W: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, MBA, T: 01 30 72 191	

7., 8. in 12. ob 16.00 • MEDICINSKA HIPNOZA PRI DEPRESIJI

kraj: KRANJ, Hotel Azul, Šuceva ul. 26	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: 300 EUR, za študente 150 EUR	k. točke: ***
vsebina: strokovni seminar medicinske hipnoze je namenjen zdravnikom, psihologom, zdravstvenim delavcem, psihoterapevtom	organizator: Društvo za medicinsko hipnozo Slovenije, prof. dr. Marjan Pajntar	prijave, informacije: prijave: informacije@hipnoza-dmhs.si , informacije: Boni Plut, T: 031 322 207	

8.–9. ob 8.30 • 32. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: UČENJE IN POUČEVANJE O OBRAVNAVI MULTIMORBIDNOSTI V STARAJOČI SE POPULACIJI

kraj: LJUBLJANA, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58	št. udeležencev: 50	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 14
vsebina: delavnica je namenjena sedanjim in bodočim mentorjem študentov in specializantov s področja družinske medicine (udeleženci bodo na srečanju prejeli zbornik, ki bo obravnaval omenjene teme)	organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru, Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, prim. doc. dr. Mateja Bulc, prim. Darinka Klančar, izr. prof. dr. Marija Petek Šter, prim. doc. dr. Davorina Petek	prijave, informacije: prijave: Lea Vilman, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si , informacije: Marija Petek Šter, E: marija.petek-ster@mf.uni-lj.si	

14. • PACIENTI (BOLNIKI) IN POTRPLJENJE

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 20	kotizacija: 75 EUR (DDV je vključen)	k. točke: 4
vsebina: Prepoznajte in prilagodite se čustvenim potrebam pacienta (bolnika). Ker je vse bolj pomemben celostni pristop k zdravljenju bolezni pri posameznem pacientu, je pomembno posvetiti nekaj pozornosti metodam, ki so najbolj ustrezne osebnostnemu tipu pacienta (bolnika).	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije	

19. ob 19.00 • MEDICAL STUDENT JOURNAL CLUB: FIZIČNA, PSIHIČNA IN SPOLNA ZLORABA V NOSEČNOSTI

kraj: LJUBLJANA, MF, Korytkova 2, Srednja predavalnica	št. udeležencev: 150	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Debatni večer, predavanje pripravlja študentka Petra Bukovec pod mentorstvom doc. dr. Mihe Lučovnika, dr. med., sledi razprava. Debatni večer je namenjen študentom medicine, mladim zdravnikom in ostali zainteresirani javnosti.	organizator: Medical Student Journal Club – debatni klub študentov medicine, Matija Šatej, štud. med.	prijave, informacije: prijave: niso potrebne, informacije: Sara Vodopivec, T: 041 268 895, E: medicalstudentjournalclub@gmail.com	

22. ob 8.00 • 4. SLOVENSKO SREČANJE O KLINIČNI FARMAKOLOGIJI: VARNA UPORABA ZDRAVIL

kraj: LJUBLJANA, Austria Trend Hotel	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 130 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: Srečanje je namenjeno vsem zdravnikom, predvsem zdravnikom družinske medicine, urgentne medicine, interne medicine, pediatrije, nevrologije in psihiatrije, ter farmacevtom v lekarnah	organizator: Sekcija za klinično toksikologijo SZD v sodelovanju s Centrom za klinično toksikologijo in farmakologijo UKCL in Inštitutom za farmakologijo in eksperimentalno toksikologijo Medicinske fakultete v Ljubljani, doc. dr. Miran Brvar, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Sekcija za klinično toksikologijo SZD, Center za zastrupitve, Interna klinika, UKCL, Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana, E: miran.brvar@kclj.si , informacije: Miran Brvar, T: 041 605 420, F: 01 434 76 46, E: miran.brvar@kclj.si	

22. ob 8.30 • OBRAVNAVA ZDRAVE NOSEČNICE V GINEKOLOŠKI DISPANZERSKI AMBULANTI

kraj: MARIBOR, UKC, 16. nadstropje krg. stolpnice, predavalnica prim. dr. Zmaga Slokana	št. udeležencev: 80–100	kotizacija: 120 EUR z vključenim DDV	k. točke: 10
vsebina: učna delavnica je namenjena zdravnikom specialistom in specializantom ginekologije in porodništva, zdravnikom specialistom in specializantom družinske medicine, zdravnikom pripravnikom, medicinskim sestram, medicinskim sestram bobicam in zdravstvenim administratorjem	organizator: UKC Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, red. prof. dr. Iztok Takač, dr. med.	prijave, informacije: W: www.ukc-mb.si (strokovna srečanja), informacije: Slavica Keršič, posl. sek., Rebeka Gerlič, univ. dipl. ekon., T: 02 321 29 40, F: 02 321 28 13	

22.–23. ob 10.00 • ZDRAVNIKI IN STRES – STARANJE, POČITEK, PROMOCIJA ZDRAVJA – KJE JE PROSTOR ZA ZDRAVNIKA?

kraj: DOLENJSKE TOPLICE, Hotel Balnea	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje in delavnica sta namenjena zdravnikom medicine dela, prometa in športa, družinskim zdravnikom, ostalim specialnostim, vsem, ki jih kdaj vznemiri stres in se spopadajo z njim	organizator: Združenje medicine dela, prometa in športa, Andrea Margan, dr. med., Zora Vadnjal Gruden, dr. med., Davor Denkovski, dr. med	prijave, informacije: prijave: EOS, Zora Vadnjal Gruden, dr. med, Stara cesta 16, 4000 Kranj, informacije: Zora Vadnjal Gruden, Davor Denkovski, T: 04 206 56 21, F: 04 206 57 57, E: zora.gruden@zvg.si	

27. • TEŽAVE IN RAZUMEVANJE V MEDOSEBNIH ODNOSIH

kraj: LJUBLJANA, Domus Medica, Dunajska cesta 162	št. udeležencev: 20	kotizacija: 75 EUR (DDV je vključen)	k. točke: 4
vsebina: Zakaj se nam zdi, da imamo z določenimi ljudmi toliko skupnega, medtem ko se nam drugi zdijo, kot da so z drugega planeta. Že od nekdaj obstaja težnja človeka, da bi razumel, zakaj smo ljudje tako različni, saj bi sicer lahko živeli lepše življenje in vzpostavili višjo stopnjo medsebojnega razumevanja.	organizator: Zdravniška zbornica Slovenije	prijave, informacije: prijave: www.domusmedica.si , informacije: Mojca Vrečar, T: 01 30 72 191, če se dogodka ne udeležite in tega zbornici ne sporočite vsaj 3 dni pred dogodkom, ste dolžni plačati 30 % kotizacije	

29. ob 8.30 • NEUSPELA NOSEČNOST

kraj: LJUBLJANA (lokacija bo javljena naknadno)**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** specialisti 120 EUR, ostali 70 EUR (DDV vključen)**k. točke:** *****vsebina:** strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram, babicam, psihologom, socialnim delavcem**organizator:** UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za perinatologijo in Združenje za perinatalno medicino Slovenije, doc. dr. Nataša Tul Mandić, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Enota za raziskovanje, izobraževanje in informatiko s knjižnico, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, informacije: Martina Pečlin, E: martina.peclin@mf.uni-lj.si, T: 01 522 60 20

30. ob 9.00 • MIKROAKUPUNKTURNI SISTEMI: AKUPUNKTURA ROKE

kraj: LJUBLJANA, Onkološki Inštitut, predavalnica**št. udeležencev:** ni omejeno**kotizacija:** 180 EUR**k. točke:** *****vsebina:** seminar o mikroakupunkturinih sistemih – akupunktura roke je namenjen zdravnikom, ki se ukvarjajo z akupunkturo**organizator:** Združenje za akupunkturo SZD, mag. Petar Papuga, dr. med., in prof. Jong Baik, dr. med.**prijave, informacije:** prijave: E: sloakupunktura@gmail.com, informacije: Lea Šemrl, T: 041 726 441, E: sloakupunktura@gmail.com

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

Splošna Bolnišnica
Slovenj Gradec

RAZPISUJE PROSTO DELOVNO MESTO:

ZDRAVNIK SPECIALIST PATOLOG – M/ŽPodrobnejše informacije v zvezi z razpisom lahko poiščete na spletni strani www.sb-sg.si ali pa pokličete po telefonu Kadrovska služba na telefonsko številko **02/882 34 07**.**Za dobro počutje pacientov.**

Obvestilo organizatorjem izobraževanj – beleženje prijav

Vse organizatorje bi želeli obvestiti, da se lahko udeleženci na (vaše) dogodke prijavljajo tudi preko spletne strani www.domusmedica.si ali www.zdravniskazbornica.si, kjer je vaš dogodek objavljen, potem ko zbornici podate vlogo za dodelitev kreditnih točk.

Zato prosimo, da spremljate prijave preko aplikacije Licenčnik (dostop preko www.zdravniskazbornica.si), za kar potrebujete uporabniško ime in geslo, ki ga dobite pri g. Milanu Kokalju (milan.kokalj@zzs-mcs.si).

Tako zbrane prijave omogočajo on-line evidentiranje prisotnih na samem dogodku in pošiljanje e-seznama udeležencev zbornici za dodelitev točk.

V kolikor želite prijave zbirati sami, vas prosimo, da o tem obvestite go. Mojco Urana (mojca.urana@zzs-mcs.si), da pri vašem izobraževanju ukine možnost spletne prijave. To seveda pomeni, da boste morali prijave v aplikacijo Licenčnik (za dodelitev kreditnih točk) vnesti sami.

Dodatne informacije: maja.horvat@zzs-mcs.si, tel.: 01 30 72 143.

Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije

objavlja v sektorju za izvedenstvo naslednja prosta delovna mesta:

zdravnik izvedenec II (m/ž) za delo v službi za izvedenstvo II. stopnje v Ljubljani za 2 delavca

zdravnik predsednik I (m/ž) za delo v službi za izvedenstvo I. stopnje v Kranju in na Jesenicah

zdravnik izvedenec II (m/ž) za delo v službi za izvedenstvo I. stopnje v Kranju in na Jesenicah

Kandidati/kandidatke morajo izpolnjevati naslednje posebne pogoje:

- zdravnik specialist medicine dela, prometa in športa ali zdravnik specialist druge ustrezne specialnosti,
- 4 leta delovnih izkušenj,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje Microsoft Office,
- aktivno znanje slovenskega jezika in sposobnost sporazumevanja v tujem jeziku,
- 6-mesečno poskusno delo.

Prijava mora vsebovati:

- kratek življenjepis z opisom delovnih izkušenj, formalne izobrazbe ter drugih znanj in veščin,
- dokazila o izpolnjevanju pogojev.

Pogodbe o zaposlitvi bomo z izbranimi kandidati sklenili za nedoločen čas, s polnim delovnim časom; nastop dela po dogovoru. Novim sodelavcem nudimo dinamično delo v urejenem okolju ter možnost strokovnega izpopolnjevanja in razvoja.

Kandidate/kandidatke vabimo, da pošljejo pisne ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev in opisom delovnih izkušenj na E: kadri@zpiz.si ali po pošti na naslov: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Kolodvorska 15, 1518 Ljubljana.

PRODAMO ali ODDAMO

Prodamo ali oddamo poslovni prostor, 244 m² pritličje in 66 m² klet, primeren za storitveno dejavnost, zdravstveno dejavnost, terapevtske storitve, pisarne, trgovino, zastopstvo ali drugo. Višina stropa v pritličju je 3,30 m, nad visečim stropom je dodatna višina še 80 cm, in v kleti 7,20 m. Kletni skladišni prostor ima dostop tudi s tovornim vozilom. V pritličju sta dva WC-prostora s predprostoroma. Poslovni prostor se nahaja v poslovno-stanovanjskem objektu v Plavi laguni, v bližini zdravstvenega doma Bežigrad, med poslovno stavbo Petrol in Kinom Bežigrad. Prostor ima vse potrebne priključke za nemoteno delovanje in stekleno izložbo vzdolž celotnega lokala.

Informacije: 051 304 632 (A. Zajc)

Diagnostični center Clarus

Vabimo vas na prosto delovno mesto:

zdravnik specialist medicine dela, prometa in športa (m/ž)

Pričakujemo:

- končano medicinsko fakulteto in
- opravljeno specializacijo iz medicine dela, prometa in športa.

Od novih sodelavcev pričakujemo še:

- sposobnosti komuniciranja in reševanja problemov,
- sposobnosti organiziranja in analitičnega razmišljanja,
- sposobnost timskega dela,
- sposobnost hitre presoje in sodelovanja, predvsem pa profesionalnost.

Čenimo fleksibilne, ustvarjalne in vztrajne sodelavce, z veliko energije pri uresničevanju svojih delovnih nalog.

Nudimo:

- delo v prijetnem in sodobnem okolju,
- kakovostno usposabljanje,
- možnost izobraževanja,
- proste vikende,
- timsko delo.

Z nagrajevanjem uspešnosti in zavzetosti pri doseganju ciljev vam nudimo več.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas.

Kontaktna oseba: Biserka Anterič, T: 01 200 09 10, 041 744 640, E: biserka@clarus.si

Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik

objavlja prosto delovno mesto:

E018013 - zdravnik specialist V/VI (ginekolog) – m/ž

Kandidati morajo izpolnjevati naslednje pogoje:

- univerzitetna izobrazba medicinske smeri,
- zaključena specializacija z opravljenim spec. izpitom iz ginekologije in porodništva – specialist ginekologije in porodništva,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za delo na področju ginekologije in porodništva,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas, s krajšim delovnim časom 20 ur/teden. Nastop dela po dogovoru. Poskusno delo traja štiri mesece.

Kandidate in kandidatke vabimo, da pošljejo pisne ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev in opisom delovnih izkušenj na E: zaposlitev@zdkamnik.si ali po pošti na naslov: Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik, Novi trg 26, 1241 Kamnik.

Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije

objavlja za delo v izvedenskih organih Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije

razpis za izvedence/izvedenke medicinske stroke

za delo v invalidski komisiji I. stopnje, in sicer za:

IK CELJE

- zdravnika izvedenca – specialista nevrologije

IK KRANJ

- zdravnika izvedenca – specialista splošne oz. družinske medicine (za opravljanje obiskov na domovih upravičencev)
- zdravnika izvedenca – specialista ortopedije
- zdravnika izvedenca – specialista interne medicine

IK JESENICE

- zdravnika izvedenca – specialista kirurgije

IK LJUBLJANA

- zdravnika izvedenca – specialista psihiatrije
- zdravnika izvedenca – specialista splošne oz. družinske medicine (za opravljanje obiskov na domovih upravičencev)

IK MARIBOR

- 2 zdravnika izvedenca – specialista splošne oz. družinske medicine (za opravljanje obiskov na domovih upravičencev na področju OE Murska Sobota)

IK NOVA GORICA

- zdravnika izvedenca – specialista interne medicine

IK NOVO MESTO

- zdravnika izvedenca – specialista travmatologije

Za izvedenca je lahko imenovan zdravnik specialist ustreznih usmeritve z veljavno licenco Zdravniške zbornice Slovenije, z najmanj dveletnimi delovnimi izkušnjami v svoji specialistični dejavnosti, ki je praviloma v rednem delovnem razmerju ali je samozaposlen. Izbrani izvedenec bo imenovan praviloma za štiri leta in bo kot član senata ali predsednik senata invalidske komisije ali kot zdravnik posameznik izdeloval izvedenska mnenja, kot so opredeljena po Zakonu o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Delo se na podlagi določil Pravilnika o organizaciji in načinu delovanja izvedenskih organov Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije opravlja po pogodbi in praviloma v popoldanskem času.

Kandidati/kandidatke naj pošljejo pisne prijave z dokazili o izobrazbi in delovnih izkušnjah na naslov: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Kolodvorska 15, 1518 Ljubljana ali na E: kadri@zpiz.si

O imenovanju oz. neimenovanju bodo kandidati obveščeni v 30 dneh po sklepu pristojnega organa.

Zdravstveni dom Grosuplje

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista medicine dela, prometa in športa (m/ž)

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- opravljen specialistični izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas, s polnim delovnim časom in štirimesečnim poskusnim delom. Ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v 15 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Grosuplje, Pod gozdom c. I/14, 1290 Grosuplje.

PRODAM

Prodam 3 leta star, nikoli rabljen zobozdravstveni stol KaVo PRIMUS 1058S (cena: 14.000,00 EUR, več informacij o stolu in pripadajoči opremi na: <http://www.used-dental.net/Default.aspx>) ali oddam opremljeno zobno ambulanto v najem (Nova Gorica; cena: 800,00 EUR/mesec). Informacije: 041 927 686

ODDAMO

Oddamo prostor, primeren za zdravstveno dejavnost ali druge terapevtske storitve. Souporaba čakalnice, sanitarij, parkirišč. Ambulanta se nahaja na Zaloški cesti 69 – Dvorec Selo. Mesečna najemina po dogovoru. Informacije: 041 651 669

ODDAMO

Oddamo prostore s površino 330 m². Prostori imajo uporabno dovoljenje za zdravstveno dejavnost in obsegajo sprejemnico, tri čakalnice, šest ambulant, laboratorij, sanitarije za obiskovalce in zaposlene, čajno kuhinjo, pisarne in osem parkirnih mest. Lokacija: Ljubljana Bežigrad, Smoletova ulica 18, nasproti zavoda za zaposlovanje. Informacije: 041 782 654

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 organizirano 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 za:

- delo v oddelku za nadzor, ki obsega področja:
 - ambulantnih in bolnišničnih storitev,
 - izvajanja finančno-medicinskih nadzorov,
 - predlaganja ukrepov v primeru odstopanj,
 - odgovorov na vprašanja izvajalcev in priprave navodil,
 - predlaganja sprememb.

Poleg splošnih zahtev, določenih z zakonom, pričakujemo, da prijavljeni kandidati izpolnjujejo naslednje pogoje:

- doktor medicine, specialist ali doktor medicine, magister znanosti,
- poznavanje dela z osebnim računalnikom (urejanje besedil in preglednic) in e-pošte ter znanje svetovnega jezika.

2. Zdravnika/zdravnico na Direkciji za:

- odločanje v pritožbenih postopkih za začasno nezmožnost za delo, zdraviliško zdravljenje in drugih pravicah,
- podajanje izvedenskih mnenj.

3. Vodjo oddelka za nadzor v območni enoti Novo mesto za:

- vodenje sodelavcev in organiziranje, kontroliranje in usklajevanje dela v oddelku ter zagotavljanje zakonitosti in ažurnosti poslovanja,
- odločanje v postopkih za začasno nezmožnost za delo, zdraviliško zdravljenje in drugih pravicah,
- izvajanje finančno-medicinskih nadzorov in predlaganje ukrepov v primeru odstopanj.

4. Zdravnike/zdravnice v območnih enotah Kranj, Ljubljana, Maribor, Novo mesto 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.

Pri točkah 2, 3, 4 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 specializacije v zdravstvu druge ustrezne smeri,
- 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.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas, s polnim ali krajšim delovnim časom in trimesečnim poskusnim delom. Za dodatne informacije se lahko obrnete na nas po telefonu: 01 30 77 410.

Vaše pisne prijave, s predstavitvijo dosedanjega dela in navedbo enote, kamor se prijavljate, pošljite **do 31. 12. 2015** 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.

Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije

objavlja v sektorju za izvedenstvo prosto delovno mesto:

zdravnik predsednik II (m/ž) v službi za izvedenstvo I. stopnje za delo v Kopru

Kandidati/kandidatke morajo poleg splošnih zahtev, določenih z zakonom, izpolnjevati še naslednje posebne pogoje:

- zdravnik specialist medicine dela, prometa in športa ali zdravnik specialist druge ustrezne specialnosti,
- 4 leta delovnih izkušenj,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje Microsoft Office,
- aktivno znanje slovenskega jezika in sposobnost sporazumevanja v tujem jeziku,
- 6-mesečno poskusno delo.

Prijava mora vsebovati:

- kratek življenjepis z opisom delovnih izkušenj, formalne izobrazbe ter drugih znanj in veščin,
- dokazila o izpolnjevanju pogojev.

Pogodbo o zaposlitvi bomo z izbranim kandidatom sklenili za nedoločen čas, s polnim delovnim časom; nastop dela po dogovoru. Novemu sodelavcu nudimo dinamično delo v urejenem okolju ter možnost strokovnega izpopolnjevanja in razvoja.

Kandidate/kandidatke vabimo, da pošljejo pisne ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev in opisom delovnih izkušenj na E: kadri@zpiz.si ali po pošti na naslov: Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Kolodvorska 15, 1000 Ljubljana.

Dr. Marko Anton Plenčič, predhodnik mikrobiologije

Jubilej – ob 310-letnici rojstva

Prof. dr. Damjana Furlan Hrabar, dr. med.,

Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije

zgmed@siol.net

Minilo je 310 let od rojstva velikega slovenskega znanstvenika, zdravnika in mednarodno priznanega predhodnika mikrobiologije, plemenitega dr. Marka Antona Plenčiča (1705–1786). V predmikrobiološki dobi je s svojimi poskusi in razmišljanji ugotovil ter zapisal, da ima vsaka bolezen svojega specifičnega povzročitelja, kar je bila sredi 18. stoletja še zelo drzna trditev. S knjigo »De contagii morborum« (1762, O bolezenskem kužilu), ki jo je iz latinščine prevedeno v slovenskem jeziku izdal Inštitut za zgodovino medicine Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani in sozaložil s Slovenskim mikrobiološkim društvom, je delo postalo dostopno slovenski strokovni javnosti. Vsak narod je ponosen na svoje veleume, jih poskuša predstavljati v širšem prostoru in z njihovim zgledom nagovarjati za ustvarjalno in raziskovalno delo mlade generacije. Slovenska znanstvena fundacija je zato med 20. in 22. oktobrom 2015 organizirala svoj 21. Festival znanosti, na katerem je bil med zdravniki predstavljen prav dr. Marko Anton Plenčič. O njegovem življenju in delu je pestri naravoslovno zainteresirani publiki spregovorila soprevajalka in izdajateljica njegove knjige o bolezenskem kužilu, zgodovinarica medicine prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec.

Dr. Plenčiča je skozi življenje preučevala mikrobiologinja prof. dr. Zlata Stropnik Črepin-ko in med drugim o njem zapisala: rojen je bil 23. aprila leta 1705 v Solkanu pri Gorici. Študiral je filozofijo in medicino na Dunaju in nato v

Padovi, kjer je bil leta 1733 promoviran za doktorja medicine. Zasebno zdravniško prakso je odprl leta 1735 na Dunaju in kot zdravnik užival velik ugled. Leta 1762 je izšla prva izmed njegovih štirih razprav z naslovom »Opera medico physica, in quatuor tractatus digesta, quorum primus contagii morborum ideam novam una cum aditamento de lue bovina, anno 1761. epidemice grassante sistit. Secundus de variolis, tertius de scarlatina, quartus de terrae motu, sed praecipue illo horribili agit, qui prima novembris anno 1755. Europam, Africam, et Americam conquassabat«. Po izidu knjige je bil imenovan za profesorja na medicinski fakulteti na Dunaju. Drugo njegovo delo »Dissertatio physico oeconomica« je izšlo leta 1764. Istega leta je dobil plemiški in leta 1770 viteški naslov. Tudi goriški deželni stanovi so mu leta 1766 podelili deželno plemstvo. Od leta 1782 dalje je opravljal častno funkcijo seniorja profesorskega zbora dunajske medicinske fakultete. Umrli je na Dunaju 25. novembra 1786. Za njim ni ostala nobena upodobitev.

Plenčič je verjetno že med študijem v Padovi izoblikoval lastno prepričanje, ki je temeljilo na Fracastorovem nauku. Pravilnost njegovih nazorov so potrjevale kasnejše praktične izkušnje pri zdravljenju bolnikov z nalezljivimi boleznimi. Sklepamo, da se je na Dunaju srečeval z drugač-



Naslovnica knjige Marka Antona Plenčiča »O bolezenskem kužilu« (original iz 1762, uredništvo prevoda Z. Zupanič Slavec). Na naslovnici je plaketa Plenčičevega priznanja mikrobiologov, ki jo je pripravil akad. slikar Milan Batista.

nimi nazori o vzrokih kužnih bolezni, s katerimi se ni strinjal. V knjigi »*Opera medico physica*« govori o zgodovini kužnih bolezni in o lastnostih bolezenskega kontagija. V razpravi o škrlatiniki je prvi opisal škrlatiniko kot samostojno nozološko enoto. Ta razprava je pri sodobnikih naletela na velik odziv, na filozofska razglabljanja o povzročiteljih bolezni pa ni bilo nobenega odmeva. Ponatis razprave o škrlatiniki je bil objavljen leta 1755, nemški prevod je izšel leta 1779 in dopolnjena razprava kot samostojna knjiga leta 1780. V svojih delih je idejo o specifičnosti povzročiteljev kužnih bolezni na področju medicine razširil na živino-zdravstvo, kmetijstvo in gospodarstvo. Nastajanje vseh kužnih bolezni pri ljudeh, živalih in rastlinah in tudi lastnosti njihovih povzročiteljev je že sto let pred Pasteurjem razlagal tako, kot jih pojmuje zdaj.

Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec je v uvodu k prevodu Plenčičeve knjige *Opera medico physica* (1762) zapisala: »V njem je Plenčič jasno definiral svojo doktrino o »novi ideji o bolezenskem kontagiju« oz. opisal svojo teorijo o bistvu kontagija. Kot razgledan pisec se je pri svojih dognanjih venomer naslanjal na predhodnike in sodobnike, jih citiral in z njihovo avtoriteto utemeljeval svoje trditve. Razmišljanja je nizal ognjevit, nekoliko polemično, vendar s premalo dokazi, in v tem je bil tudi delni razlog, da njegova teorija ni vzbudila zaslužene pozornosti pri sodobnikih, niti ni bila prevedena iz latinščine v druge jezike. Poglavitni razlog, da sodobniki niso doumeli epohalnosti Plenčičeve teorije, pa je nedvomno bil ta, da je bila objavljena stoletje prezgodaj. Čas še ni dozorel za velika odkritja v medicini in Plenčičevi sodobniki so bili še preveč obremenjeni z neznanjem preteklosti, da bi mogli spoznati pomembnost Plenčičeve ideje. Seveda traktata o kontagiju ne smemo obravnavati zunaj okvira dobe in takratnega medicinskega znanja. Delo, ki ga uvrščamo med zgodnje epidemiološke, infektološke oz. imunološke zapise iz sredine 18.

stoletja, ima svoje predhodnike v Fracastoru, Cogrossiju, Rivinusu, Corelliju, Faberju, Hauptmannu, Kircherju, Sydenhamu in drugih avtorjih. Ti so, podobno kot Plenčič, domnevali, da povzročajo epidemične in kontagiozne bolezni nevidna živa bitja, ki so jih različno poimenovali in proti njim priporočali antihelmintična in antiseptična sredstva svoje dobe. Nesporna zasluga Plenčiča je, da je na osnovi svojih dolgoletnih kliničnih opazovanj prišel do pomembnih postulatov v sodobni epidemiologiji in infektologiji. Spoznanje, da ima vsaka bolezen svojega specifičnega povzročitelja, je gotovo osrednje in najpomembnejše. Iz prevoda bodo lahko bralci razumeli, kako zelo si je Plenčič prizadeval dokazati svojo idejo. Vedno znova je navajal opazovanja iz živalskega in rastlinskega sveta, da bi z njimi dokazal svoje mnenje. V njegovi razpravi je poleg številnih logičnih in točnih trditev tudi nekaj zmotnih, kot to vemo dandanes po dveh stoletjih in pol. Tem njegovim zmotam se sicer prizanesljivo nasmehnemo, vendar se jim ne čudimo, ker se zavedamo, da je Plenčič pisal o mikrobioloških vprašanjih dobrih sto let pred Pasteurjevimi odkritji, torej v času, ko sta bila uporaba mikroskopa in laboratorijsko eksperimentalno delo šele v povojih in se je medicina 18. stoletja še otresala srednjeveških dogem in predsodkov. Čudimo se sicer, da Plenčič v traktatu o kontagiju le na enem mestu citira renesančno avtoriteto s področja epidemiologije Girolama Fracastora. Le-ta je namreč že leta 1546 v svojem delu »*De contagione et contagiosis morbis*« ovrigel Hipokratov nauk o širjenju bolezni z miazmo in na njegovo mesto postavil teorijo, da povzročajo kužne bolezni majhna, očem nevidna živa bitja, imenovana *contagium vivum* – živo kužilo, ki se prenašajo z dotikom, zrakom in s predmeti. Plenčič je študiral medicino v Padovi in se je tam nedvomno seznanil s Fracastorovo teorijo. Največja Plenčičeva zasluga je prav v tem, da je dopolnil to teorijo z epohalnim spoznanjem, da obstaja več vrst

kontagijev in da povzročajo vsako kužno bolezen specifičen kontagij. Pa vendar Plenčič Fracastorove teorije v svojem traktatu o kontagiju ne omenja nikjer. Na citiranem mestu omenja Plenčič le Fracastorovo pesem o nastanku rastlinske rje. Ob analizi Plenčičevega dela bi se morali tudi približje seznaniti z delom njegovega učitelja Cogrossija.

Plenčiča so v 20. stoletju ponovno odkrili. Prvi ga je ponovno obravnaval dunajski zgodovinar medicine Isidor Fischer, sledili so mu hrvaški zgodovinar medicine akad. Mirko Dražen Grmek, slovenski kolegi, zgodovinar medicine doc. dr. Ivan Pintar, goriška zgodovinarja dr. Branko in Janez Marušič, zdravnica mikrobiologinja prof. dr. Zlata Črepinko Stropnik in drugi. Z njim se je ukvarjal tudi prim. Drago Mušič, vendar pa je njegovo delo ostalo neobjavljeno. Namen prevoda Plenčičeve razprave o kontagiju v slovenščino je Plenčičevo teorijo podrobneje približati slovenski strokovni javnosti.

Slovensko zdravništvo se v novi slovenski državi trudi vse bolj negovati svojo tradicijo in skuša osvetliti like in dobo nekaterih pomembnejših zdravnikov slovenskega rodu doma oz. v tujini. Življenje in ustvarjalni opus Marka Antona Plenčiča sta med stanovskimi kolegi premalo poznana. Zbiratelji medicinskih antikvitet se zavedamo, kako težko je na knjižnih policah tudi naših najuglednejših knjižnic najti stare medicinske knjige, četudi slovenskih avtorjev. Po vseh dosedanjih poizvedbah izvoda Plenčičevega dela nima nobena slovenska knjižnica, vključno s samostanskimi. Prav tako ne vemo, da bi kakšen obstajal po privatnih zbirkah. « Prof. Banič pa je pred časom duhovito dejal, da če hočeš, da tvoj lik preživi, se moraš dati tako fotografirati!

Slovensko mikrobiološko društvo, ponosno na svojega rojaka, je zato leta 1996 pod takratnim vodstvom prof. dr. Boruta Drinovca po Plenčiču imenovalo odličja in priznanja, ki jih podeljujejo zaslužnim slovenskim mikrobiologom.

15 let delovanja Slovenskega toksikološkega društva



Dr. Lucija Perharič, dr. med., NIJZ
lucija.perharic@nijz.si

Toksikologija – veda o strupih – je stara toliko kot človeški rod. V preteklosti je bila toksikologija predvsem večšina zastrupljanja z rastlinskimi, živalskimi ali mineralnimi strupi, bodisi pri lovu ali v vojnah bodisi v vsakdanjem življenju.

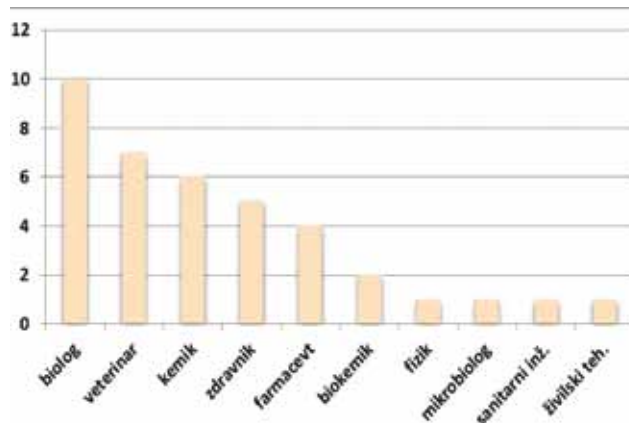
Naloga sodobne toksikologije je zagotavljanje čim varnejše uporabe kemičnih snovi. Od konca 19. stoletja smo priče strmo naraščajoči uporabi kemikalij na praktično vseh področjih človekovega delovanja. Vzporedno je postajalo vse pomembnejše zavedanje o morebitnih neželenih učinkih kemikalij, ugotavljanje in določanje kemikalij v organizmih in v okolju, razumevanje osnovnih mehanizmov strupenosti in iskanje ukrepov za zmanjšanje morebitne škode. Posledično se je razvijala moderna toksikologija, ki je svoj razmah doživela po nesreči z zdravilom talidomid. To zdravilo so v sredini 20. stoletja uporabljali kot sredstvo za lajšanje slabosti v prvem trimesečju nosečnosti. Talidomid je teratogen (lahko poškoduje zarodek v zgodnji nosečnosti) in posledično so se rodili številni otroci s pohabljenimi udi. Tej tragediji je sledila vzpostavitev strogega nadzora nad zdravili. Nekoliko kasneje je bil uveden nadzor tudi nad prehranskimi dodatki in fitofarmaceutskimi sredstvi (pesticidi v kmetijstvu). V zadnjih tridesetih letih je nadzor postopoma zajel tudi vse ostale kemikalije in kemične pripravke.

Toksikologija je interdisciplinarna veda, s katero so se v preteklosti ukvarjali pretežno farmaceuti, kemiki, zdravniki in živinozdravniki, medtem ko danes povezuje strokovnjake s številnejših biomedicinskih in naravoslovno-tehničnih področij.

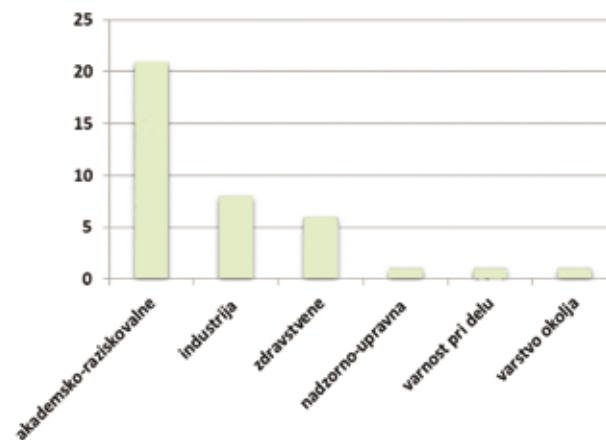
Slovensko toksikološko društvo (STD) je bilo ustanovljeno 15. marca 2000 z namenom združiti strokovnjake s področja toksikologije za vzdrževanje in promocijo toksikološkega znanja ter za izmenjavo informacij z različnih toksikoloških in sorodnih področij. STD ima status društva v javnem interesu in je polnopravni član Federacije evropskih toksikologov in toksikoloških društev – EUROTOX (<http://www.eurotox.com/>) in Mednarodne toksikološke zveze – IUTOX (<http://www.iutox.org/>).

STD ima 38 članov, od tega 23 žensk in 15 moških. Strokovni profili in dejavnosti ustanov, kjer so člani društva zaposleni, odsevajo večdisciplinarnost sodobne toksikologije in so podrobno prikazani na slikah 1 in 2. Naloge društva, pravila poslovanja, pravice in dolžnosti članov so opredeljene v statutu (<http://www.tox.si/predstavitev-drustva/statut>). Vodenje društva je bilo od ustanovitve dalje zaupano štirim predsednicam (slike 3 do 6). Trem članom, ki so s svojim delovanjem posebej pripomogli k razvoju slovenske toksikologije in uresničevanju namenov STD, je društvo podelilo naziv častni član (slike 7 do 9).

Ključni dosežki STD so organizacija rednih javnih strokovnih predavanj, debat in ekskurzij, organizacija simpozija Toksikologija v sklopu



Slika 1: Strokovni profili članov Slovenskega toksikološkega društva.



Slika 2: Dejavnosti ustanov, kjer so zaposleni člani Slovenskega toksikološkega društva.



Slika 3: Metka V. Budihna, predsednica Slovenskega toksikološkega društva od 2000 do 2004 (osebni arhiv).



Slika 4: Marija Sollner Dolenc, predsednica Slovenskega toksikološkega društva od 2005 do 2009 (osebni arhiv).



Slika 5: Ester Lovšin Barle, predsednica Slovenskega toksikološkega društva od 2010 do 2014 (osebni arhiv).

8. mednarodne konference Bioznanosti leta 2001 v Martuljku, delavnice *SloTox: Environmental Biomarkers* ob podpori IUTOX leta 2002 v Ljubljani, tečaja *EUROTOX Basic Toxicology Course* leta 2004 v Ljubljani, 1. kongresa STD v sklopu 9. mednarodnega kongresa Bioznanosti leta 2004 v Novi Gorici in soorganizacija tečaja *STOX 2005/2006* na Igu. Društvo je bilo tudi pobudnik vzpostavitve programa podiplomskega študija toksikologije na Univerzi v Ljubljani (UL). Leta 2010 je bila oddana zahtevana dokumentacija za novi dvostopenjski, medfakultetni študij toksikologije. Žal se je v istem obdobju akreditacija novih študijskih programov na UL skoraj v celoti ustavila. Štiri članice so na podlagi izobrazbe, izkušenj, strokovne odličnosti in kontinuiranega strokovnega izpopolnjevanja pridobile naziv ERT (*European Registered Toxicologist*). Ker STD še nima nacionalnega registra toksikologov, so članice STD pridobile naziv ERT preko avstrijskega oziroma britanskega registra toksikologov. Po deležu ERT je STD primerljivo z velikimi toksikološkimi društvi, kot so britansko, francosko, nemško in švicarsko. Člani društva aktivno sodelujejo pri urejanju in izdajanju

društvenega glasila, strokovne revije *Arhiv za higijeno rada i toksikologiju* (*Archives of Industrial Hygiene and Toxicology*) s petletnim faktorjem vpliva 1,120 (<https://arhiv.imi.hr/index.php/arhiv>), ki ga STD deli s Hrvaškim toksikološkim društvom.

STD je 15. obletnico svojega obstoja obeležilo s kongresom *Kemični povzročitelji hormonskih motenj – od molekule do človeka*. Kongres je potekal 23. in 24. aprila 2015 na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ) v Ljubljani. Zanimivega in navdihujočega kongresa se je udeležilo 90 delegatov.

Kemični povzročitelj hormonskih motenj (KPHM) je od zunaj vnesena kemična snov oziroma mešanica snovi, ki preko sprememb v delovanju hormonov povzroča neželene učinke na zdravje posameznega organizma ali njegovega potomstva oziroma (sub)populacije (1). Pretekli dve desetletji so KPHM pomembno zaznamovali področje kemijske varnosti tako na strokovni in upravni ravni kot tudi v širši javnosti. V Sloveniji so raziskave o vplivu kemikalij, ki spadajo med KPHM, npr. polikloriranih bifenilov (PCB), svinca in živega srebra, na zdravje in okolje potekale

že vrsto let pred uvedbo izraza KPHM. Na letošnjem kongresu smo želeli osvetliti predvsem novejša nacionalna dogajanja na področju KPHM. Zato smo k sodelovanju povabili pretežno domače strokovnjake, ki se ukvarjajo s KPHM z javnozdravstvenega, kliničnega, okoljskega, temeljnoražskovalnega oz. nadzorno-upravnega vidika. Kongres je bil razdeljen na štiri simpozije.

Na prvem simpoziju, KPHM in vplivi na zdravje ljudi, so strokovnjaki z NIJZ, Klinike za ginekologijo in porodništvo, Klinike za nuklearno medicino ter Pediatrične klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, Onkološkega inštituta,



Slika 6: Lucija Perharič, predsednica Slovenskega toksikološkega društva od 2015 (osebni arhiv).

Medicinske fakultete (MF) UL, in Inštituta Jožef Stefan predstavili nekatere značilnosti in kontroverzno-
sti KPHM, epidemiološke trende reproduktivnega zdravja, bolezn
ščitnice pri odraslih, hormonsko odvisnih rakov in endokrinih motenj pri otrocih in mladostnikih; izsledke biomonitoringa izpostavljenosti nekaterim KPHM in biomonitoringa občutljivosti za nevrotoksične učinke nizkih odmerkov živega srebra.

Drugi simpozij, KPHM in vplivi na druge organizme, so zaznamovale predstavitev strokovnjakov z Biotehniške fakultete (BF), Fakultete za farmacijo (FFA) in Veterinarske fakultete (VF) UL, s Kemijskega inštituta (KI), Inštituta za raziskovanje narave in razvoj okoljskih tehnologij Complementarium ter družb Arhela, d.o.o., in Envita, d.o.o. Predstavili so izsledke raziskav o ugotavljanju interseksualnosti pri sladkovodnih ribah, ekotoksikoloških vidikih bisfenola A, možnosti odstranjevanja bisfenolov iz vode, učinkih KPHM na različne živalske vrste, vplivih in mehanizmih delovanja KPHM na nevretenčarje, pojavljanju zdravil v odpadnih vodah ter pregled rastlinskih hormonov in mehanizmov njihovega delovanja.

Tretji simpozij je bil posvečen temeljnim raziskavam s področja KPHM. Raziskovalci z BF, FFA, MF in VF UL, KI, Nacionalnega inštituta za biologijo, Zavoda Republike Slovenije za transfuzijsko medicino, Fakultete za industrijski inženiring iz Novega



Slika 9: Častni član Valentin Skubic (osebni arhiv).



Slika 7: Častni član Fedor Krejči (1926–2004) (B. Pečar, *Obraz* zarisana v času, *Mladinska knjiga*: Ljubljana, 1970).

mesta, Inštituta za vode Republike Slovenije, Fakultete za gradbeništvo in geodezijo (UL), Inštituta za teoretične raziskave iz Heidelberga, Medicinske fakultete iz Gradca in Stomatološke fakultete Univerze Sv. Cirila in Metoda iz Skopja so predstavili vplive izbranih KPHM na adhezijske procese celic, proučevanje glukokortikoidnega delovanja nekaterih KPHM, vplive KPHM na vodnega raka *Asellus aquaticus*, vpliv bisfenolov na dendritične celice iz človeških monocitov, vpliv organofosfatov na razvoj in delovanje osrednjega živčevja pri miših. Predstavili so tudi naravo medmolekularnih sil v bioloških makromolekulah in pomen nuklearnih kvantnih efektov v bioloških sistemih, računalniške metode za oceno razvojne strupenosti KPHM, *in silico* identifikacijo KPHM, endokrini potencial snovi v kozmetičnih izdelkih, vpliv PCB na geometrijo, biomehaniko in vsebnost mineralov v kosteh pri podganjih mladičih in ugotavljanje citotoksične in genotoksične aktivnosti KPHM.

Na četrtem simpoziju so strokovnjaki z MF UL, Uprave za varno hrano, veterinarstvo in varstvo rastlin, Urada Republike Slovenije za kemikalije in NIJZ predstavili testne smernice, zakonodajo in strategijo Evropske unije v zvezi s KPHM. Poleg odlično izvedenih vabljenih predavanj



Slika 8: Častni član Vladimir Zelenko, prvi z leve (osebni arhiv Majde Zorec Karlovšek).

in kratkih ustnih predstavitev sta bila predstavljena tudi dva plakata, in sicer o določanju ravni hormonov v živilih živalskega izvora in o pojavnosti prezgodnje menopavze v Sloveniji.

Zbornik izvlečkov kongresa je dostopen na spletni strani STD: <http://www.tox.si/novice/zadnjainovice/189-2-kongres-std>. Društvo se iskreno zahvaljuje Javnemu podjetju Vodovod - Kanalizacija, d. o. o., za materialno podporo in NIJZ za uporabo predavalnice.

Slovensko toksikološko društvo bo tudi v prihodnosti povezovalo strokovnjake, ki se ukvarjajo s toksikologijo, spodbujalo sodelovanje, raziskovanje in izobraževanje na področju obstoječih in na novo porajajočih se toksikoloških izzivov, ozaveščalo javnost v zvezi s kemijsko varnostjo ter tako prispevalo k varovanju zdravja ljudi, drugih organizmov in okolja. V letu 2016 namerava društvo ob podpori organizacije EUROTOX organizirati tečaj o načrtovanju in interpretaciji toksikoloških študij in ponovno preučiti možnosti za pridobitev akreditacije že pripravljenega dvostopenjskega študijskega programa toksikologije.

Literatura:

1. Damstra T, Barlow S, Bergman A, Kavlock R, Van Der Kraak G. Global assessment of the state-of-the-science of endocrine disruptors. Geneva: World health organization. International programme on chemical safety; 2002.



Profesor Aleksej Kansky, 1925–2015

Prim. doc. dr. Marko Potočnik, dr. med.,
dr. dent. med., Log pri Brezovici

Izr. prof. dr. Igor Bartenjev, dr. med.,
Dermatologija Bartenjev d. o. o.

Prim. izr. prof. dr. Jovan Miljković, dr. med.,
Maribor

Naš učitelj, mentor in dolgoletni sodelavec, prof. Aleksej Kansky, je preminil 6. oktobra 2015.

Prof. Kansky se je rodil 23. februarja 1925 v Ljubljani, kjer je obiskoval klasično gimnazijo, na medicinski fakulteti pa promoviral leta 1951. Po končanem pripravništvu je opravil še osem semestrov študija kemije na matematično-prirodoslovni fakulteti.

V letih 1955–57 je delal v biokemičnem laboratoriju Poliklinike v Ljubljani. V obdobju 1957–79 je bil zaposlen na Dermatovenerološki kliniki v Ljubljani kot dermatolog in vodja biokemičnega laboratorija.

Specialistični izpit iz dermatovenerologije je opravil leta 1961. Leta 1966 je uspešno ubranil doktorsko disertacijo ter pridobil naslov doktorja znanosti.

V letih 1965–67 se je kot štipendist Humboldtovega sklada izpopolnjeval na dermatoloških klinikah v Mainzu, Frankfurtu in Münchnu. V šolskem letu 1970/71 se je kot štipendist Fullbrightovega sklada izpopolnjeval na dermatološki kliniki univerze Columbia v New Yorku, kjer se je kasneje izpopolnjeval tudi na področju dermatohistopatologije.

Leta 1968 je bil habilitiran za docenta, 1974 za izrednega in 1978 za rednega profesorja dermatovenerologije.

Od leta 1979 do upokojitve 1991 je bil predstojnik Klinike za kožne in spolne bolezni in katedre za dermatovenerologijo Medicinske fakultete v Zagrebu. Od leta 1995 je bil sodelavec Dermatovenerološke klinike Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani, zadolžen za raziskovalno delo. Bil je mentor dvanajstim kandidatom, ki so uspešno ubranili doktorat znanosti, ter petnajstim kandidatom, ki so ubranili magisterij. Organiziral je številne znanstvene simpozije z mednarodno udeležbo. Leta 1982 je v Zagrebu organiziral prvi diplomski študij dermatovenerologije v nekdanji skupni državi.

Objavil je preko 230 strokovnih in raziskovalnih člankov. Leta 1982 je skupaj s sodelavci v Zagrebu izdal učbenik *Kožne i spolne bolezni*, ki je bil dvakrat dopolnjen in ponatisnjen.

Leta 2002 je v Ljubljani skupaj s sodelavci izdal učbenik *Kožne in spolne bolezni*. Bil je tudi urednik in sourednik več zbornikov.

Kot vabljeni predavatelj je predaval na številnih evropskih in ameriških dermatoloških klinikah, npr. na NYU, univerzi Columbia v New Yorku in Case Western Reserve v Clevelandu. V letih 1988–91 je bil predsednik Združenja jugoslovanskih dermatologov. Bil je častni član češkega in poljskega dermatološkega društva, član American Academy of Dermatology, dopisni član francoskega, nemškega, avstrijskega in italijanskega dermatološkega društva.

Do leta 1979 je vodil raziskovalna projekta *Palmoplantarne keratodermije v Sloveniji* in *Porfirije pri prebivalcih Slovenije*. V Zagrebu je raziskoval dedne motnje keratinizacije pri prebivalcih Hrvaške ter vodil jugoslovansko-ameriški projekt *Molekularno biološke razi-*

skave dednih bolezni keratinizacije. Po vrnitvi v Slovenijo je nadaljeval z raziskavami dednih bolezni keratinizacije.

Leta 1974 je skupaj s pokojnima akademikom prof. Janezom Fetičom in prof. Stjepanom Bunto ustanovil strokovno dermatološko revijo Acta dermatovenerologica Jugoslavica, katere urednik je bil osem let, nato pa v obdobju 1988–91 glavni urednik.

Leta 1992 je v Ljubljani ustanovil mednarodno dermatološko revijo Acta dermatovenerologica Alpina, Pannonica et Adriatica, katere glavni urednik je bil do leta 2009, nato pa častni urednik.

V obdobju po letu 1996 je splet nesrečnih okoliščin pripeljal slovensko dermatologijo v zelo neugoden položaj. Zaradi upokojitev in prezgodnjega odhoda nekaterih naših učiteljev smo v Sloveniji ostali brez pedagoških delavcev na področju dermatologije. V tem obdobju je bil že upokojeni prof. Kansky vodilna oseba slovenske dermatologije. Organiziral je mednarodna srečanja, pomagal pri

publicističnem delu ter vzgajal pedagoške in znanstvenoraziskovalne kadre, ki so počasi pričeli prevzemati del bremena, katerega je v prehodnem obdobju nosil prof. Kansky sam.

Kljub svojim letom je bil prof. Kansky dolgo časa zelo aktiven: udeleževal se je strokovnih srečanj, sodeloval pri podiplomskem študiju, na dermatološki kliniki v Ljubljani je bil dnevno prisoten.

Najboljši dokaz je vsekakor druga dopolnjena izdaja učbenika za študente medicine in dentalne medicine *Kožne in spolne bolezni*, ki je izšla v začetku leta 2009.

Veliko slovenskih zdravnikov, predvsem univerzitetnih učiteljev, po upokojitvi praviloma nadaljuje svoje pedagoško in raziskovalno delo ter sodeluje v razvoju stroke na svojem področju. Vendar pogosto nanje pozabimo in njihovo delo le redko primerno zaznamujemo in prikazujemo!

Zelo poglobljena in resnična je njegova misel, ki lahko da marsikomu misliti: »Prizadevni učitelji so zelo pomembni za kulturni, strokovni,

gospodarski, znanstveni in intelektualni razvoj svojega naroda, vendar so pri učiteljskem delu nekatere razlike. Medtem ko osnovnošolski in srednješolski učitelji predvsem neposredno posredujejo snov učencem, pa je prvenstvena naloga visokošolskega učitelja, da vzpostavi primerno okolje, v katerem bodo sodelavci skupaj z učiteljem z veseljem sodelovali pri pedagoškem, raziskovalnem in strokovnem delu. Visokošolski učitelj sicer tudi poučuje, a sodelavci se ob delu tudi učijo drug od drugega. Stroka se lahko razvija le, če vodilna oseba s svojo strokovno in moralno avtoriteto v tolerantnem duhu vodi svoje sodelavce.«

Odšel je človek, ki je plemenitil naš čas in s svojim delom bogatil življenje. Za vedno bo imel častno mesto v našem spominu.

Spoštovanemu učitelju in mentorju smo hvaležni za trud, ki ga je vložil v razvoj slovenske dermatologije, ter za njegov prispevek k oblikovanju pedagoških kadrov, brez katerih napredek sodobne slovenske dermatologije ne bi bil mogoč.

Aktivno poslušanje

Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana

Aktivno poslušanje je zlasti pomembno za strokovnjake, na katere se obračajo ljudje v težavah in stiskah (zdravniki, psihologi, duhovniki, učitelji in vzgojitelji, svetovalci, terapevti). Zlasti za zdravnike velja, da marsikatero pomembno zadevo iz bolnikovih ust preslišijo, saj praviloma ne zadostuje, da bolniku/svojem prisluhnejo, ampak da aktivno poslušajo. Potrebno je aktivno poslušanje, ki temelji na štirih pomembnih elementih: poslušanje, interpretacija slišane, evalvacija (presoja) slišane in odziv (reakcija) oz. odgovor na slišano.

Prvi korak zahteva povečano pozornost (prenehanje ukvarjanja z drugimi zadevami in spremljanje pripovedovanja ne le z ušesi, marveč tudi z očmi, mislimi in telesno držo. Sledi interpretacija oz. parafraziranje in povzetek

slišane vsebine. Tretji korak je presoja/evalvacija oz. oblikovanje ocene in odnosa do slišane, kar pogosto terja postavljanje dodatnih vprašanj in pojasnjevanje pripovedovalca. Preden se zdravnik odzove z odgovorom, mora imeti dovolj podatkov in informacij za kompetentno razmišljanje in sklepanje. Tako se lahko izogne prehitrim zaključkom, neutemeljeni presoji, prenatrženim sodbam in nepopolnim ali celo neustreznim odgovorom. Med aktivnim poslušanjem pa človek z ustrežno držo in mimiko govorniku neverbalno sporoča, da ga poslušajo in sliši oz. razume, kaj hoče povedati.

Vira: *Psychology Today* 11/14, *The Guardian*, *Psychology* 29.5.2015

V boju za življenje odkrili velik talent

Mladi slikarji v UKCL ob 150-letnici nastanka prve otroške bolnišnice na Slovenskem (1865)

Katarina Majer, članica KUD-a KC in MF dr. Lojz Kraigher
Katarina.majer2@gmail.com

Ob slovesu poletja smo se zbrali v razstavišču Kliničnega centra Ljubljana (UKCL), kjer je njegovo Kulturno-umetniško društvo (naprej KUD) organiziralo redno mesečno prireditev za bolnike, posvečeno 150-letnici ustanovitve prve otroške bolnišnice na Slovenskem. Razstavní prostor Male galerije so tako napolnili razigrani motivi 13-letnega dekleta Maruše Pajnič, rojene kot nedonošenke, v osrednji galeriji pa se je predstavil akademski slikar Klemen Kavčič. Oba sta z mladostnim poletom

zbrane popeljala v otroške dni. Živahno glasbo, ki je opevala poletje v zatonu, so izvedli trije izvrstni, glasbeno nadarjeni instrumentalisti, dijaki Konservatorija za glasbo in balet v Ljubljani, Matej Slavec, Peter Vode in Tine Lustek. Zbrane je strokovno spodbudno nagovorila o nedonošenosti in velikih perspektivah teh otrok vodja intenzivne terapije na neonatološkem oddelku ljubljanske porodnišnice dr. Lilijana Kornhauser Cerar, prireditev pa je vodila prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec.

Maruša Pajnič v Taborjevi galeriji

Maruša je 13-letno dekle, rojena kot nedonošenka pri 27 tednih nosečnosti. Četudi je preživela dva meseca v inkubatorju in se ob tem srečala še z nekaj zdravstvenimi zapleti, je ob vrhunski strokovni pomoči ter spodbudah vsega okolja danes zdrava mladenka, zmožna vsega. Ob velikem angažiranju staršev so prva leta njenega življenja tekla ob podpori fizioterapije. Tudi svojo drobnost in zaostajanje v rasti za vrstniki je po četrtem letu nadoknadila in je sedaj visokoraslo, zdravo, lepo dekle. Starši in učiteljica likovne vzgoje v šoli so kmalu spoznali, da je umetniško tankočutna, zato so ji omogočali likovne delavnice, pripravo in jo spodbujali pri ustvarjalnem izražanju. Še posebej veliko časa je oče posvetil njenemu učenju oblikovanja gline, zato so njeni najlepší izdelki ravno iz gline. Tokrat so v razstavišču prikazani na fotografijah. Ob njih pa so njene risbe, ki jo prav tako prikazujejo kot slikarsko občutljivo dekle, ki zna videti motive, jim dati živahen kolorit, stopiti od realnega proti abstrakciji itd.

Ob tej priložnosti so se starši zahvalili neonatološkemu oddelku ljubljanske porodnišnice za izjemno strokovno pomoč in vso človeško spodbudo.



Dr. Lili Kornhauser Cerar je spodbudila zbrane s primeri nedonošenih otrok, ki se jim da izjemno veliko pomagati. 13-letna Maruša Pajnič je to izrazito potrjevala s svojim delom in psihofizičnim zdravjem. V pogovoru z njima prof. Zvonka Zupanič Slavec.

Maruša je s sabo na razstavi prostor prinesla tudi glinene posode, v katerih so se skrivale domače dobrote, pripravljene izpod njenih rok ter rok njenih domačih.

Predstavila jo je predsednica KUD-a prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec. Poudarila je filozofijo »Male galerije« UKCL, ki spodbuja številne odrasle in otroke, ki se srečujejo z boleznijo ali imajo druge zdravstvene težave, da v sebi iščejo vse tisto lepo, dobro in močno, kar jim vliva optimizma, ta pa se prenaša na številne druge s podobnimi težavami. Lepa deklica Maruša je primer dekleta, ki je iz silno majhne deklice z veliko sodelovanja med starši in pediatrom zrasla v zdravo in ustvarjalno mladenko.

Oseben dotik zdravnice

»Iz majhnega zraste veliko,« so bile besede in sporočilo dr. Lili Kornhauser Cerar, vodje Enote intenzivne terapije, ki je zbrane nagovorila ob praznovanju 150-letnice ustanovitve prve otroške bolnišnice na Slovenskem in razstavi nedonošenke Maruše Pajnič. Strokovnjakinja je z veliko empatije ob spodbudni slikovni spremljavi povedala: »Nedonošenčki so tisti novorojenčki, ki so rojeni pred 37. tednom nosečnosti. Pogosto so veliki le kot dlan in težki manj kot kilogram, kar si je kar težko predstavljati. V svetovnem merilu je vsak deseti otrok rojen prezgodaj, v Sloveniji pa ta številka znaša sedem odstotkov, kar pomeni, da se jih vsako leto 1400 rodi kot nedonošenčki. Ti so že v prvih dneh postavljeni pred težke preizkušnje, saj v primerjavi z otroki, ki so rojeni ob roku, še niso popolnoma pripravljene na življenje izven materinega telesa. Zaradi slabše razvitih dihal in pomanjkanja surfaktanta je vsak vdih za ta majhna bitjeca, kot da bi napihovali trd balon. Prav tako so še posebej izpostavljeni bolnišničnim okužbam in mora na njih medicinsko osebje še dodatno paziti. S strani medicine so takšni otročki deležni popolnoma posebne

oskrbe. Za to je potrebno sodelovanje celotnega tima, obravnava pa se ne zaključuje v porodnišnici, kjer lahko tak novorojenček in njegovi straši preživijo kar nekaj časa.«

Za preživetje v neprijaznem okolju nedonošenček potrebuje inkubator, ki omogoča ohranjanje telesne temperature in dovajanje primerne koncentracije kisika. Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med., predsednica KUD-a, je poudarila, kako daleč so se inkubatorji razvili od svojih primitivnih oblik, ko so bili pravzaprav zaprta posoda z ogrevanjem s toplo vodo, in kako pomembna je v resnici vloga staršev pri negovanju nedonošenčka. Sedaj starši niso več odrinjeni za steklo in primorani le opazovati, kaj se dogaja z njihovo dragoceno štručko, temveč se spodbuja njihovo sodelovanje in stik z otrokom, t.i. *kan-garoocare*, saj dotik kože za novorojenčke deluje stimulirajoče.

Ne smemo pozabiti, da je bivanje v porodnišnici ob svojem neboljšanem otroku za starše zelo stresno in so posebne nege, če temu lahko tako rečemo, potrebni tudi oni. Starši s tako preizkušnjo in seveda njihovi otroci se

vsako leto družijo v Mostecu pod okriljem Društva za pomoč prezgodaj rojenim otrokom, kjer vsesplošni direndaj na začetku poletja obeleži njihov pogum in boj na začetku življenja. Po besedah dr. Kornhauser Cerar nam prav ti nedonošenčki, z ustvarjalko Marušo na čelu, pokažejo, da ne glede na težavnost situacije »se da izbojevati ustvarjalnost in življenje«.

Napredek stroke in razvoj tehnologije sta omogočila, da tudi ti majhni drobižki, ki imajo težak začetek v življenju, lahko razvijejo ves svoj potencial in družbi in družini odkrijejo svoje talente, znanje in izkušnje.

Dr. Kornhauserjeva je zaključila z verzom, ki krasi tudi vhod v ljubljansko porodnišnico: »Preden si bil spočet, sem si te želela, še preden si bil rojen, sem te ljubila, in komaj si se rodil, bi zate umrla. To je čudež življenja.« (Maureen Hawkins)

Skupina Proper požela odobravanje občinstva

Tokratno prireditev so popestrili glasbeniki s Konservatorija za glasbo



Dijaki Konservatorija za glasbo v sestavi Proper so navdušili z razgibanim, predvsem pa odlično izvedenim programom. Nastopili so (z leve): Matej Slavec – bas kitara, Peter Vode – cajon in vokal, in Tine Lustek – solo kitara.

in balet Ljubljana, pod imenom Proper. Kvartet je bil tokrat zastopan samo s tremi člani: Peter Vode na cajonu, Tine Lustek na kitari in Matej Slavec na bas kitari. Zaigrali so slovenske popevke, džezovske standarde ter tudi bolj udaren bluz. Skupina je zazvenela v harmoniji inštrumentov ter glasov, saj vsi člani tudi pojejo. S poslušalci so se hitro ujeli, saj je tudi publika z njimi pela in ploskala ob glasbi. Več kot dobra skupina je poskrbela za prijetno razpoloženje na prireditvi.

Akademski slikar Klemen Kavčič v Dolencevi galeriji

Prof. Zvonka Slavec je pred mikrofonom povabila razstavljalca osrednje galerije, ki je spregovoril o svojem avtorskem stilu. Likovna kritičarka Miloška Kline pa ga je pisno predstavila: »Akademski slikar Klemen Kavčič je predstavnik najmlajše generacije diplomantov ljubljanske Akademije za likovno umetnost (ALU). Osnovne poteze svojega likovnega izraza, ki ga ni nikdar obremenjevalo iskanje in potrjevanje v trendovskih smereh vizualnih umetnosti, je začrtal že v času študija. Njegova samosvoja likovna retorika temelji na povezovanju prepoznave in domišljijskega sveta, kar mu omogoča posredovanje kritičnega odnosa do aktualnih družbenih dogajanj in splošno veljavnih resnic. Človeške in živalske figure, skrivnostne imaginarne pokrajine, skrajno poenostavljene forme sodobnega urbanega okolja, raznovrstna vegetacija in uporabni predmeti so motivni nosilci njegove slike, postavljeni v nenavadne korelacije, ki presegajo ali spreminjajo ustaljene odnose in dialoge.

Zgodbe, ki jih avtor predstavlja, so duhovite, ironične, igrive in povezane s spomini na otroštvo, na obdobje igre in igrac. Mar ni vse v življenju igra, če le izberemo prave igrače? Skozi navidezno lahkotnost pripovedi pa sledimo tudi poudarkom, ki nakazuje-



Ustvarjalne slike in izdelki sedaj 13-letne mladenke Maruše, nekdanje 27-tedenske nedonošenke.

jo možnosti drugače razumljenega sporočila. Ne glede na vsebinsko slojevitost bolj ali manj prikritih namigov in pomenov pa Kavčičeva slika očara s prevlado infantilno in pravljичno občutene slikarske atmosfere, izpeljane s predstavitvijo slikovnega prostora v narisu in tlorisu hkrati, s stiliziranjem in reduciranjem oblikovnih značilnosti, z otroško neposrednostjo risarske poteze in z optimistično naravnanim barvnim izborom.

Avtor rad vključuje geometrizirane forme, ki jih povezuje in niza v zaplete in natančno izpelje vzorce. V ospredje stopajo prvine dekorativnega slikarstva, ki pa v Kavčičevih delih presegajo svojo osnovno krasilno vlogo, saj jih avtor uporablja tudi kot pomemben strukturni del svoje slikovne koncepcije, z njimi poudarja celovito kompozicijo urejenosti in preglednost ter odreja optične poudarke in sidrišča našega pogleda.

Več kot očitna je avtorjeva ustvarjalna želja, predanost in užitek, ki ga ponuja odslikava številnih, drobno obdelanih predmetnih in dekorativnih detajlov v odlični metjejski izvedbi. Počasnost in vztrajno ponavljanje oblikovnega postopka pa prerašča v meditativno občuten slikarski proces.

Dela Klemna Kavčiča ponujajo pestro vizualno pojavnost, odeto v

provokativno naglašeno pripoved, ki sledi nenehnemu iskanju presežnih kompozicijskih, oblikovnih in barvnih kvalitet. Videti je, da je zmagovalna življenjska igra zagotovljena, kajti izbrana so prava igrala in igrače.«

Vodja in organizatorica prireditve prof. Slavčeva je povabila še v razstavišče Medicinske fakultete UL, kjer je na ogled fotografska razstava »Pozdrav iz Litve« avtorice Audre Padlip-skaite, in v galerijo Nevrološke klinike UKCL, kjer razstavlja slike medicinske sestra in članica KUD-a KC in MF Saša Boljkovac.

Mladostno razpoloženje se je ohranilo do poznih popoldanskih ur. Obiskovalci prireditve za bolnike so delili svoja mišljenja o izjemnem napredku pediatrije v 150 letih od nastanka prve otroške bolnišnice pri nas, o neverjetnih zmožnostih stroke pri nedonošenčkih, za katere izgorevajo pediatri neonatologi in porodničarji, ter seveda o veselju, ko ta majcena bitja postanejo izjemni posamezniki, sopotniki mlade nove družbe, ki prenašajo optimizem in vero v moč medicine in hvaležnost do osebja, ki skrbi za svoje varovance. Da bi le še dolgo ostalo tako in bi med ljudmi vladal humanistični duh!

Foto: Katarina Zemljak



KULTURNO-UMETNIŠKO DRUŠTVO
KLINIČNEGA CENTRA IN MEDICINSKE FAKULTETE
DR. LOJZ KRAIGHER

INŠTITUT ZA ANATOMIJO
INŠTITUT ZA HISTOLOGIJU IN EMBRIOLOGIJO
INŠTITUT ZA PATOLOGIJO
INŠTITUT ZA SODNO MEDICINO
MEDICINSKE FAKULTETE UNIVERZE V LJUBLJANI

VABIJO NA

46. KONCERT ZDRAVNIKOV OB XLVI. MEMORIALNEM SESTANKU PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA

S PODELITVIJO

DIPLOM PROFESORJA JANEZA PLEČNIKA

IN

PRIZNANJA PROFESORJA FRANCETA HRIBARJA

ČETRTEK, 3. DECEMBRA 2015, OB 19. URI

DVORANA MARJANA KOZINE (VELIKA DVORANA),

SLOVENSKA FILHARMONIJA,

KONGRESNI TRG 10, LJUBLJANA

Spored

I. Florjanc: Hippocratis iusiurandum

J. S Bach: Du bist bei mir

Vokalna skupina Vox medicorum

Zborovodja: *Barbara Maurer*

Uradni del Plečnikovega koncerta

B. Howard, arr. A. Tomasi:

Fly me to the moon

Primož Budič, vokal

Matej Zupan, harmonika

Aljoša Frelj, pozavna

Žiga Maruša, bas kitara

Miha Zupančič, kitara

Gasper Sladič, bobni

M. Mule: Tableaux de Provence

Farandouli di chatouno

Cansoun per ma mio

La boumiano

Andreja Saje, saksofon

Jan Sever, klavir

A. Dvořák: 12. godalni kvartet

– Ameriški kvartet

Finale – Vivace ma non troppo

Zdravniška komorna skupina

Pro medico

Andrej Gubenšek, 1. violina

Lucija Čemažar, 2. violina

Karmen Lesjak, violončelo

Jernej Bernik, viola

L. van Beethoven:

Sonata Pathétique št. 8 op. 13

Grave, Allegro di molto e con brio

Andrej Babnik, klavir

Prekmurska ljudska, arr. T. Bec:

Zrejlo je žito

J. Massenet: Matinée d'été

Ana Berus, sopran

Nadia Ternifi, sopran

Sanja Zupanič, sopran

Tine Bec, klavir

J. Massenet, arr. F. Avsenek: Thaïs

Zdravniški orkester

Camerata medica

Dirigent: *Franc Avsenek*

Lucija Čemažar, violina

R. Ortolani, arr. F. Avsenek: More

Zdravniški orkester

Camerata medica

Vokalna skupina Vox medicorum

Dirigent: *Franc Avsenek*

Jasmina Antonič Babnik, sopran

J. S. Bach/C. Gounod, arr. F. Avsenek:

Ave Maria

Zdravniški orkester

Camerata medica

Vokalna skupina Vox medicorum

Dirigent: *Franc Avsenek*

Sanja Zupanič, sopran

Andrej Gubenšek, violina

Lucija Čemažar, violina

UMETNIŠKI VODJA KONCERTA: ANDREJ BABNIK

KONCERTNI DEL PROGRAMA VODI: ZVONKA ZUPANIČ SLAVEC

PRIJAZNO VABLJENI

Maceratio aethylica

Matjaž Lesjak, dr. med., Zasebna zdravstvena ordinacija

Metka Marković, dr. med., Slovenj Gradec

matjaz.lesjak@amis.net

Telefon je zazvonil. Kasneje je bil Anton Pačnik pripravljen priseči, da je bilo zvonjenje zlovešče, oklevajoče, mogoče intonirano celo z usodnim klecavim taktom Totenmarscha, še navaden mobilni telefon je zaznal slabo novico in pozvonil skromno kot navček. Skratka, bil je povsem navaden dan, torek, Anton je privijal matice v servisu, ko je zacingljalo. Ja, je kratko zevnil, z druge strani pa tipičen dvom človeka, ki redko telefonira in še vedno ni povsem prepričan, da njegov glas seže tako daleč, čisto do ušes klicanega. Halo, ali me slišite? Ja, seveda, je zvišal Anton, prosim. Se slišimo? Tu Jera Klevišar, sosedka od mame, ne bi hotela dvigati panike, ampak ...

Anton je preventivno sedel in si otrl čelo. Spet sosedka, spet mama. Kaj je sedaj ušpičila?! Telefonček mu je zaplesal v preveliki delavski roki, spomini so se mu ulili na pult in preštel jih je kot neboljene otroke. En, dva, trije... nekateri imajo probleme z neodzivno ženo, drugi s preživahnimi otroki, ene udari bolezen, druge advokat, njemu pa je usoda naložila križ, na katerem je sedela mama, ki so jo že dolgo klicali oma Minca. Vsak normalen človek se z leti lepo žalobno stara, koža se zvijuga v gube, postane posedljiv, pusti se voditi na sprehode, živi v starih spominih, smehlja se preminulim vrstnikom na porumenelih slikah, z nekaj taktičnimi napadi se pusti premestiti v dom oskrbovancev, uporablja mlečne obroke, dobi belo državno zobovje, bere večernice in plete sredi poletja rokavice za vnuke. Vsak, samo oma Minca ne! Ona se je starala dostojanstveno kot vaška kraljica, prijavila se je na vsako dejavnost kulturnega društva Loznica,

prodajala je karte, pometala oder, pela pri Vaških obrekljivkah, pekla pecivo za aktiv kmečkih žena, prijavila se je za Talent našega kraja (vendar je izpadla v predizboru), klicala je dopisnika RTV Slovenija in mu natvezila neko pozabljeno legendo o zakopanem zakladu v njihovih gozdovih, ki bo odkrit, ko bo vladal pošten kralj, poštenim ljudem v kraju, kjer ne poznajo besede laž; koža na njenem obrazu se je upirala zakonu gravitacije in se je napejala kot celofan čez lica (v kislom mleku namočene kumarice), vsak dan je prehodila vas, gozd, travnike in mimogrede nabrala odpadle veje za svoj štedilnik, če so jo hoteli peljati na pokopališče, je zavrnila ponudbo (*»Vsak k svojemu, jaz grem med gasilce.«*), če se je izgubila v starih spominih, je brž stresla glavo, našla pot iz labirinta otroških potk in stekla v sedanost, potrkala na prva vrata v vasi in nesrečnika zapletla v pogovor, ki je trajal, dokler ni sogovornik omagal, ko je družinska delegacija nekoč zelo obzirno in z mnogo odkašljanja, po dolgem nedeljskem kosilu, tik pred serviranjem štrudla in kave, svetovala sanitarno premostitev ome Mince v dom oskrbovancev, je zagnala takšen krik, da so zapirali okna in ji z dlanjo dušili pretiran zvočni ugovor (*»V hiralnico me terajo! To sem doživela v cvetu zrelosti! Nehvaležnost otrok ne pozna meja! Kure in koze me bodo objokovale!«*), tako da so misel takoj opustili, namesto opoldanskega grisa in polente se je še vedno pregrizla čez gozdarsko kosilo, polno ocvirkov, kitaste govedine in praženega krompirja, nekaj zob v zgornji in spodnji čeljusti je negovala in brusila z vojaškim žarom mečevalca, brala je nemške revije o princesah, kraljih in

njihovih dvornih škandalih (*»Prince Peter vinjen zadavil kuro«*), vnukom je podarjala debele glave repe z navodili, kako lahko izdelajo domače štampljke, če so jo klicali popoldne (*»Kako ste oma Minca?«*), je nergala, da že preverjajo, če se je že ohladila, potem so zmanjšali količino klicev, če so jo povabili v mesto na kosilo, je odklanjala idejo (*»Mestni zrak ima premalo kisika zame.«*), če so za vikend prišli na obisk, jih je sprejela z ukrivljenimi usti, če nimajo drugega dela, kot da hodijo preverjat žensko v najboljših letih, skratka, počasi so našli medsebojno ravnotežno točko v družinski ploščini, obiskovali so se enkrat na mesec, enkrat na teden so se slišali medkrajevno (*»Kako si oma? Kako? To si že zadnjič vprašal, isto.«*) in povsem zahrbtno sta sinova Anton in Kristijan zaprosila bližnjo sosedo, naj jima raportira, če bi opazila v omini hiši, okolici ali na njej sami sledi kakšnih sumljivih ali neljubih dogodkov. V roke sta ji stisnila moder bankovec za telefonske stroške in ji zagotovila za vsako novico povišico. Jera si je že naslednji dan kupila nov mobilni telefon v dimenzijah manjše opeke in ga nosila v sprednjem žepu predpasnika. Eno oko je vedno imela na sosednjem poslopju in na telesu ome Mince, kadar jo je uzrla, ko je mahala čez travnik, ni pa vedela, da to oko prerašča zahrbtna sivina, drugo pa se je tudi nekoliko prilagodilo pravokotni sliki televizorja in naivnim mehiškim dekletom. Njena pozornost je bila tako usodno razklana med čudoviti barvni svet televizorja in majhno okno njene izbe, s katerega je zaman drgnila sivo liso (*»Ko sem bila mlada, so bile šipe bolj prozorne!«*). Vsake toliko je uzrla kakšen odrezan kos ome Mince, roko v zamahu ali nogo v jadnem pogonu in to jo je tolašilo, da je oma Minca še na tem svetu, kar je za sorodnike zadoščalo, ker ko si v teh letih, ko že dišiš po pušpanu, se skoraj vsak

stavek začne s čudenjem: *A je še živa? Odkar jo poznam, je ista!*

Skratka, dve leti je že bilo tega, ko se je Jera med nesramno reklamo, ki je razklala usoden zaplet med Juanom in Perdito, zazrla proti sosedovi hiši in pomislila, da ome Mince že kakšen dan (dva? tri?) ni videla. Nataknila si je povečevalna očala, dobila žabje oči in se končno domislila rešitve. Odprla je motnjavasto okno, a je tista siva lisa še kar plavalala pred njo. Oborožila se je z mobitelom in odšla do omine hiše, da bi ročno preverila stanje sosedstva. Vrata so bila zaprta, okna zapahnjena, kure so tacale po koruznem zrnju, ki bi zadoščalo do božiča. Mince pa nikjer. Tokrat je dojela, prišel je njen trenutek. Izvlekla je polkilsko nokio, preverila, s katerim očesom so številke čistejše, in poklicala klic v sili, Antona in Kristijana. Zdelo se ji je najbolje, da se vsi kar hkrati zmenijo. Oglasil se je Anton in Jera ga je glasno pozivala, če jo čuje, ko je pa tako daleč. Seveda vas čujem, jo je miril Anton, kaj se je zgodilo. Ja, kaj se je zgodilo, je ponovil kot odmev klic v sili, a ga je Jera podučila, da naj se sedaj ne sili v klic, ko se pogovarja s sinom od sosede, naj pa ostane v pripravljenosti, ker morda gre za človeško življenje. Življenje? Oma? je dahnil Anton. Ja, je pomembno poročala Jera, ome že dva dni (vzela je aritmetično sredino) ni doma. Kure so pa vse, kragulj ni nobene odnesel.

Čez pol ure so v oblaku prahu (vaška makadamska cesta) prispeli Anton, Kristijan in Klic v sili. Hiša je bila res zaklenjena, sinova sta z rezervnim ključem odprla stanovanje in strahoma škilila za vogale, če ju bo kje presenetila mumija. A vse je bilo čisto, lepo pospravljeno, časopisi (Kmečki glas, Naš gasilec, Vrt moje veselje, Neue Post, Liebe und Schicksal) so bili lepo zloženi v kva-der, hiša je delovala bolj normalno kot njena stanovalka. Po dveh dneh poizvedovanja in iskanja so sorodniki obviseli v melanholičnem obupu, a drugi dan jim je Jera spet dvignila vero v življenje. Oma je spet tukaj! V kakšni uri so se spet znašli v oblaku

prahu sinova in mož postave, ki je že poročal, da je pogrešana oseba v pretežni meri že najdena. Ko so vstopili v kuhinjo, sta oma in Jera že sedeli za mizo in srkali kavo. Poglejte, kaj mi je oma prinesla, je Jera dvignila barvna peresca na verižici. Od kod, so hkrati vprašali sinova in oko postave. Oma Minca si je poravnala krilo, pričvrstila vozal na ruti in z glasom kmečke preproščine in vdanoosti v božjo voljo položila odgovor pred vse tri.

– S Kanarskih otokov.

– Od... kod?!

– Bila sem na Kanarskih otokih, samo en teden, frk tja in švrk nazaj, kure še opazile niso, da me ni, na njivo sem započila še dve dodatni strašili, vi ste po službah, Jera je pa tudi oprezala, da ni hiša zgorela.

Od šoka so se vsi posedli okoli mize, Jera je policaju kazala nokio in njene komunikacijske možnosti (*»Neka ženska na drugi strani pozna vse telefonske številke.«*), sinova sta se pustila opiti od samega veselja, Minca pa je razodela skrivnost svojega izginotja in ponovnega vstajenja. Da jo je neki dan po telefonu klicala neka zelo prijazna gospa in ji povedala, da imajo sedaj zelo ugodna dopustovanja. Misli, da se je gospa pisala Vlasta Minuta, čudno ime, ampak Jožeti in Štefke počasi izginjajo iz slovenščine. Verjetno se je zaradi imena te gospe morala odločiti zelo hitro, še to minuto, stalo je samo 400 evrov, zato pa so jo nagradili olokuzivno (to je menda še več kot ekskluzivno) in še to so ji ponudili, da jo od doma na letališče in nazaj pelje nek gospod Gopti. Tako prijazni ljudje, kje še to najdeš. Potem se je uredila, vzela cekar, se usedla pred hišo in res, takrat ko so obljubili, je gospod Gopti prišel, v ušesu je imel uhan, celo vrata je odprl in jo odpeljal. Vse ostalo je bilo enostavno. Na Kanarskih otokih je lahko sedela po mili volji, imeli so njene nemške revije, na drevesih pa so se prestopali pisani ptički. Edino čudno se ji je zdelo, da je skoraj vsak dan deževalo, zato pa je lahko jedla pred in po kosilu, za nespečne so imeli

celo nočni prigrizek. Nazaj je šlo v obratnem vrstnem redu in sedaj je spet tu. Vsi so se oddahnili, Anton je usekal s čelom po mizi, Kristijan se je prekrižal, oko postave pa je vstavilo čas zaključka akcije *»Oma 2013«* (12.15 oseba najdena).

Anton, ste še tu, me čujete?

Antona je Jerin glas budil iz spominov. Nera se je vrnil v realnost, ki je ponujala zgolj skrbi in dvome. Tu sem, je rekel, kaj ste rekli? Ome Mince že kakšna dva dni nisem videla. Prisegla bi, da sem jo videla v nedeljo zvečer, ko je vstopala v hišo, to je bilo tik pred umetniškim filmom Orlenino maščevanje. Na trkanje se ne odzove, drugače pa ni treba skrbeti, ker sem kuram dala naše zrnje, mi boste že poravnali ob priliki.

Ta prilika je bila kmalu. Anton je prekel oblast, vreme in ženske, se za silo preoblekel in zdvijal na Loznico. Ko je prišel, je Jera stala v predpasniku na dvorišču in dajala navodila Klicu v sili, da naj bodo pripravljene na morebitno intervenco. Anton je izvlekel rezervni ključ in z nekaj sunki uspel odpreti vrata. Z Jero na svojem hrbtu sta tapkala po hiši, oma, kje si, sta šepetala kot v grozljivki, postelja je bila prazna, kuhinja tudi... Kopalnica? Previdno sta odrinila vrata, kad je bila do roba natočena z vodo in v njej je plivkala oma Minca, obdana s peno in žajfnico, blede in voskasta, z glavo nagnjeno nad levo ramo, ustnice poplavele, koder sivih las preko čela... Oma, je dahnil Anton, soseda, je rekla Jera. Spogledala sta se, kdo bi se je prvi dotaknil? Oba sta pičila s kazalce- ma v ramo in glej, mrtvoudno telo se je zganilo, oma je dvignila glavo in s slabotnim glasom pojasnila zaplet. Ne morem iz banje, zataknila sem se, pa vse je žajfasto. Hvala bogu, sta se oba oddahnili, Anton je porinil svoje močne rokodelske roke pod mammo, da jo reši vodnega ujetništva, ko je življenje zabrbotalo v Minci, zakričala je roke stran, nage me pa že ne boš gledal! Anton se je usločil. Ven je treba iz te bane, koža ji je že skoraj odstopila od mesa. Ne boš me gledal nage, je trmoglavila Minca, jaz je ne

morem dvigniti, je dodajala Jera, sem švoh v križu, lahko me zlomi. Ja, kdo pa te bo potem dvignil, je v obupu Anton čakal na omino povelje, reševalci? Gasilci? Klic v sili? Patronaža? Ne, ne, ne je odkimavala oma, Kristijan me naj dvigne, on me je že videl nago, ko je bil pet let star. Anton je zajechal od onemogle jeze, preklel je žensko pamet in moške copate, poklical Kristijana, da z ekspresno pošto pride na Loznico, odšel v kuhinjo in si na hitro razredčil jezo s tistim, ki utopi vse skrbi. Kristijan je prišel v dobre pol ure, vzel največjo brisačo in dvignil omo iz bane, koža je sledila z nekajsekundnim zamikom. Zavil jo je v frotir, v vertikalni ji je stočil kri v noge in oma je omahovala v omedlevico in se trmasto vzpenjala iz nje. Rešilca, je ukazal čez ramo, oma je odločno protestirala, da v bolnico pa ne gre, živa ne, a potem ji je milostna nezavest odvzela težo dokončne odločitve.

Kadar je okoli tebe vse belo, potem si v bolnici. Minca je previdno ogledovala svojo roko, ki so jo napajale cevke, koža je še vedno mahedrila z nje kot prevelika srajca. Poškilila je levo in desno in preverjala možnost pobega. Tokrat ne bo šlo. Vrata so se odprla, vstopila je črnolasa zdravnica polne postave in se zagledala v gospo, hkrati ji je potipala pulz.

– No, kako smo sedaj, ste že pri sebi? jo je prijazno vprašala.

– Seveda sem prisebna, nisem bila pa takrat, ko sem lezla v bano. Kdo pa ste vi?

– Oprostite, jaz sem vaša sobna zdravnica Urška Pekle Metković. Minca se je s skepsjo zazrla vanjo. Bila je še skoraj otrok, verjetno neizkušena začetnica in dva priimka sta izražala neodločnost njenega karakterja. Poročena s človekom od spodaj? Za stare ljudi dodelijo takšne novopečene zdravnike, da vadijo svojo umetnost, ker starih tako ni škoda. Oma Minca se je namrdnila. Ko bo glavna vizita, bo omenila gospodu primariju, da naj ji določi kakšnega moškega zdravnika z belo brado. Dolga bela brada pomeni izkušnje, toleranco in razumevanje.

– Torej, je nadaljevala dr. Urška P. Metković, ko ste omedleli...

– Nič nisem omedlela!

– Torej, ko ste oslabei...

– Še manj! Samo zamišljena sem bila. Nametala sem v bano žajfe in pol litra pene, notri sem zdrsnila kot po olju, ven pa ni šlo več. Če sem se uprla na noge, sem potonila s trupom, če sem dvignila glavo, so se noge zavrtle. Včasih so bile bane bolj hrapave, sedaj pa delajo takšne gladke bazene, ki so past za stare ljudi. A veste, da je tudi papež zdrsnil, ko je lezel iz bane, in si zlomil kolk? Toliko ministrantov ima, pa bi mu lahko vsaj eden roko držal. Razen, če bi bil to pedofilni greh, kaj vem. Ali lahko kdo vidi papeža nagega? A je dovolj, da oči zapre? Papež je glava cerkve, on mora gledati, kam stopi, ker tja vsi sledijo. Potem pa si je zlomil nogo in cerkev je začela šepati skozi škandale, vidite, vse je povezano. Kje sem ostala? Potem sem kar obsedela, plavala sem v peni, malo zaspala, če me je zeblo, sem dotočila tople vode in čakala, če se bo Jera primajala okoli vogla. Vedela sem, da bo Tonček prišel v soboto, ampak do takrat bi se lahko že raztopila v vodi. Malo sem vpila, pa so šli iz ust sami balončki. Preveč pene, veste.

– Gospa, ali jemljete kakšne tablete?

Minca je zgrbančila čelo.

– Teh strupov pa ne jemljem.

Tončkov sin je Pavel, a ga poznate? Ne? Vodoinštalater je, če ga boste potrebovali, me pokličite. Za rojstni dan mi je prenovil kopalnico. Rekel je, oma, sedaj delamo samo še tuš kabine, umivalnike in bideje, italijanske ploščice in sončni bojler. Sem mu rekla, smrkavec mali, ti boš meni delal tuš in bide, saj nisem kurba, da si jo bom spirala vsako uro. Bano mi naredi, takšno belo, emajlirano, da bom plavala v njej vsako nedeljo, ko je gospodov dan in delopust. No vidite, in sedaj bi mi bila tale bana skoraj prerani grob. Jezik me je tepel. Smo pa imeli na vasi eno Alojzijo, ni bila iz naših krajev, delavka je bila v tekstilni tovarni, vozila se je s tovarniškim avtobusom na šiht. Za njo so govorili,

da hodi z jogijem na hrbtu. Menda zato, ker se je ulegla in dala, še preden si usta odprl. No, njej bi prav prišel tuš in bide. A imate vi tudi italijanske ploščice doma?

Doktorica Urška P. Metković je naredila nnanstveno profesionalen obraz. Za njo je že stala sestra Judita.

– Zaradi diferencialke sinkope bom naredila UZ ožilja, prosim prepeljite gospo v ambulanto. Ko je odhajala s trdimi strokovnimi koraki (*nobene pretirane domačnosti več*), je še slišala za sabo.

– ... se pa človek v bani bolj sprosti, sploh če ima *tako težek* poklic kot vi!

UZ sonda je mehko drsela po vratu gospe Mince.

– Končno, je bleknila oma, je medicina napredovala in je naredila preiskavo, ki nič ne boli. Za vse ostale se pa lažete. Še posebej zobozdravniki, ki varčujejo z injekcijami, da se potem vozijo v mercedesih. Vse je doplačilo, stokajo, da bi jim evro dal vbogajme, mi pa trpimo.

– Pst, je strogo zasikala doktorica in napeto buljila v ekran, Judita, pokličite še doktor Arneža in Plevela. Ko sta vstopila še moška zdravnika (nobeden ni imel bele brade), je doktorica Urška spet postala zgovorna.

– Poglejta si tele žile, tale premer, media tanka in prožna kot pri dojenčku, arterije elastične kot pajčevina. Kaj takega, nobenega plaka, nobene trdote, nobenega sikanja, pretok gladek kot po olju. Gospa je letnik...

Oma je ponosna vrtela vrat in mežikala v najbližjega moškega.

– Pa res ne jemljete nobenih zdravil? Imate kakšno posebno dieto?

Oma je veselo odkimavala. Doktorica Urška se je nagnila do nje.

– Gospa Minca, vaše žile so stare petnajst let, vi ste genetski čudež, biološki fenomen, ali lahko vzamem nekaj vaših celic za raziskavo?

– Vzemite jih kolikor hočete, jaz jih ne rabim toliko. Potem je pogledala še starejšega zdravnika in dvignila obrvi.

– A hočete vi tudi kakšno mojo celico?

Tretji dan je oma Minca pregovorila doktorico Urško P. Metković, da ji je napisala odpustnico. Ko je oma odhajala, ji je dolgo stresala roko in ji govorila, da se bo za prijaznost *revanširala*.

– Povejte mi samo eno stvar, kateri priimek je vaš pravi, Pekle ali Metković?

Ko je odhajala, se je za njo še vedno vlekel dolg vzdih.

Omo je pred bolnico čakal manjši kombi.

– Gospod Gopti, kako sem vesela, da me boste spet peljali.

– Samo tokrat ne bo na letališče, samo domov. Za vas bom naredil izjemo, privatno, po službi.

– He, he, saj se vam bom revanširala, tako kot zadnjič.

Sedla je zraven njega in zaloputnila vrata. Zvok je bil obema čuden.

– A ste si gospa pripravili srajco za vrata?

Oma je posmrknila.

– Ne srajce, kožo.

Potem sta se tiho peljala, oma je razmišljala, da se je v zadnjih letih za njo vseeno zgodila neka neopazna,

tiha sprememba, sedaj ji je še koža prevelika, kosti so se postarale, žile pa so ostale v otroški dobi. Kako naj se sedaj zmeni znotraj sebe, da bo veljal en zakon in eno pravilo za vse?

Ko sta prišla v Loznico, sta izstopila in se napotila v drvarnico. Gospod Gopti (celo na avtu je imel napisan svoj priimek) je kavalirsko prestavil šest zabojev z drvni in za njimi odklenil lesena vrata. Oba sta se blaženo umirila. Pred njima je stal kotel za žganjekuho, lepo prikrit pred državo in davkarijo, in ob steni so ležale zložene steklenice njegovega pridelka. Lepa rumena starana slivovica se je zlahtno pretakala po steklovini, kot bi se zavedala svoje etilične kvalitete. Gospod Gopti je drhteč vzel v roko steklenko in jo podržal proti svetlobi.

– Božanski nektar, je dahnil pobožno kot molitev, mehkoba slive, vonj lesa, barva jesenskega sonca in učinek blaženosti. Smem vzeti dve?

– Kot sva se dogovorila. Ali je kaj trden most?

– Kakor kamen kost.

– Strela naj tistega zadene...

– ...ki to skrivnost odklene.

Gospod Gopti je položil kazalec čez usta, stisnil steklenici pod suknjič in se tiho izmuznil.

Dan pred božičem je sestra Judita stikala po hodniku za doktorico Urško P. Metković. Našla jo je pri administratoriki in ji na hitro vrgla čez ramo, da je v njeno sobo postavila majhen paket. Nek pacient ga je pustil pred vrati oddelka. Zdravnica je začudeno dvignila obrvi, skomignila in narekovala dalje. Ko je odbilo dve, je sedla v sobo in vrgla noge na mizo. Paket je stal ob robu, na njem je bilo z nekoliko okornimi črkami napisano Zdravnica Urška. Odprla je karton in v njem sta bili dve steklenici, zaviti v papir. Na prvi je pisalo Dr. Urška Pekle in na drugi Dr. Urška Metković. Zahehetala se je, raztrgala ovoj in se zagledala v steklo. Na njem je bila majhna nalepka: Omin Šnops.

Literarno kolesarjenje 2015

(in prikazen)

Marjan Kordaš, Ljubljana
marjan.kordas@mf.uni-lj.si

»Izmisliti si boš moral kaj novega, sicer boš začel svoje bralce dolgočasiti,« je rekla Nejka.

Zdi se, da dandanes prikazni ni več. V svojem otroštvu pa sem bil o tem dobro poučen. Tako bralcu predlagam, naj prebere dve klasični deli o prikazni: najprej novelo **Pikova dama** (A. S. Puškin), nato pa povest **Vij** (iz zbirke **Ukrajinske povesti** N. V. Gogolja). To povest sem bral kot 12-letni mulc in dobesedno medlel od groze.

Prikazen, omenjena v naslovu zgoraj, je torej ena od novosti, skla-

dno s predlogom osebe zgoraj. In kot bralec lahko sklepa po orisih spodaj, se knjige še vedno kopičijo po njenem vzorcu, ki sem ga že opisal; tudi skladovnice so podobne, visoke po 1 m in zložene nestabilno, tako da so večje knjige navadno pri vrhu. A vedno najdem kaj novega in do kraja nepričakovanega. Na primer doslej sem v svojih zapisih že večkrat omenil posebnost romantične zveze Pierra Abélarda (Petrus Abelardus, 1079–1142; bil je menda najostrejši mislec ter najbolj pogumen teolog 12. stoletja) in Héloise d'Argenteuil (1101–

1162; bila je menda najbolj izobražena ženska visokega srednjega veka). In tako se je sredi tega pisanja pred mano znašla knjižica z naslovom **Iz pisem Abelarda in Heloize. Prepovedani sad**. Nisem vedel, da so njuna pisma ohranjena. A vredno je citirati Abelardov zapis, zakaj se je zaljubil v Heloizo:

Tedaj je v Parizu živelo mlado dekle po imenu Heloiza, nečakinja Fulberta, enega od kanonikov, ki jo je tako ljubil, da je naredil vse, kar je bilo v njegovi moči, da bi izboljšal njeno poučenost v slovnstvu. Po videzi se ni uvrščala med zadnje, medtem ko je bila po svoji učenosti najboljša. Dar za slovnstvo

je pri ženskah tako redek, da je močno doprinesel k njeni očarljivosti in ji prinesel veliko slavo na tem področju. ... Njen študij nama je dopuščal, da sva se, kot nama je narekovala ljubezen, umikala v zasebnost, in tam sva si pred odprtimi knjigami izmenjevala več besed o ljubezni kot o prebranem in več poljubov kot učenosti. Moje roke so vse pogosteje kot na stran knjig zašle na njena nedra ...

Prebral sem jo takoj in v enem zamahu!

Manj novih novosti pa je tudi nekaj. Kar zadeva knjige, večine prebranih sploh ne morem omeniti. In tiste z že napisanimi recenzijami v tem zapisu le komentiram. Kar pa zadeva kolesarjenje, je novost Nejkina fraza »zdaj pa bo treba udariti eno stotko«. Izgovorjena v Ljubljani pomeni smer čez Barje in Vrhniko proti Horjulu, izgovorjena na Bledu pa pomeni štart v Mojstrani, v Trbižu pa ali zavoj v levo ali v desno, v Kanalsko ali pa v Ziljsko dolino. Kar na koncu vedno znese nekaj več kot 100 km kolesarjenja – v enem kosu, seveda. Na srečo s tudi manj napornimi vložki, kar spodbuja razmišljanje o knjigah, takole:

V Horjulu mi je pogled na števec pokazal, da sva prevozila 50 km. A Nejka je bila neomajna in je hotela še naprej. Enako tudi v Vrzdencu, ko se je cesta že začela vzpenjati. Ne posebno strmo, a noge sem čutil že kar pošteno. Od časa do časa sem se ustavil in ko me je dohitela, sem upal, da bova obrnila. A to se ni zgodilo in tako sem se pri odcepu za Šentjošt domislil, da bi bilo prav, če bi obiskala cerkev v tem kraju nesrečnega imena. Vzpon se je še kar vlekel, vrh tega se je pooblačilo in kar ohladilo. Tako sem jo pred strmim klancem v desno opozoril, da je po moje zadnji čas, da obrneva, če hočeva ostati suha.

Imela sva srečo: na poti nazaj je nekaj kapelj padlo samo tik pred

Vrhniko. Prekolesarila sva 102 km. Doma sem si ogledal zemljevid in ugotovil, da sva obrnila pri zadnjem ovinku pred Šentjoštom. In se domislil, da bi bilo vredno moje letošnje branje obdelati v več sklopih, na začetku z osrednjima (1, 2), nato pa morebitne dodatke. Strnil sem jih v dva (3, 4):

1. Zgodovinskega, ki ima svoj vrh v knjigi **Hoja s hudičem. Okupacija Slovenije in kolaboracija 1941–1945** (Gregor Kranjc).

2. Literarnega oz. literarno-zgodovinskega, ki imata svoj vrh v knjigah **Evangelij po Jezusu Kristusu** (Jose Saramago), **Nemci** (Jakuba Katalpa oz. Tereza Jandova) ter **Wie aus Marburgern »Slowenen« und »Deutsche« wurden. Ein Beispiel zur beginnenden nationalen Differenzierung in Zentraleuropa zwischen 1848 und 1861**. (Kako so Mariborčani postali »Slovenci« in »Nemci«. Primer nastajajoče nacionalne diferenciacije med 1848 in 1861; Karin Almasy.)

3. Konflikt interesov med branjem in sodobno kolesarsko tehnologijo, utelešeno v biciklu *Stevens Sonora SL*.

4. Prikazen.

Sicer pa iz razlogov, ki so v moji starosti samoumevni, svojo (kolesarsko) zmogljivost merim že kar nekaj let. Pozimi cikloergometrija na trenažerju Tacx Flow,¹ ki ima odlično ponovljivost meritve moči. Za meritev utripa pa namesto merilnika Suunto t6c že drugo leto uporabljam bolj sodobnega, Suunto Ambit 2S, ki med drugim meri tudi PTE (Peak Training Effect). Pri cikloergometriji imam tri različne protokole obremenitve, 2- do 3-krat na teden, in ko spomladi presedlam na kolo, moram v bistvu utrditi samo še zadnjico. Obremenitev kolesarjenja ocenjujem prek dolžine proge, vsote višinskih razlik, utripa ter PTE. Za »nabiranje kilometrov« so najbolj pripravne bolj zložne,

90–100 km dolge proge. Za preskus kondicije, ko z merilnikom posnamem razne spremenljivke, pa je zame najbolj pripravna kolesarska proga okoli 50 km z vsaj enim vzponom z naklonom 8 odstotkov ali nekaj več, na katerem dosežem utrip do 160/min. Doma prenesem podatke v računalnik, jih natiskam kot grafe in arhiviram.

Tako sem se v začetku julija namenil arhivirati zadnje kolesarjenje, a se je prenos podatkov z merilnika ustavil, da bo na merilnik nameščena nova programska oprema, ob tem pa bodo v merilniku izbrisani vsi podatki.

Računalniške čarovnije sovražim. V bistvu sem pri delu z računalnikom strahovito neuk. Da ne bi izbrisal podatkov, sem se namestitvi nove programske opreme namenil izogniti ter najprej prenesti samo podatke. In ob tem sem zašel v neprehodno računalniško džunglo, tako da je računalnik končno od mene poleg e-pošte in gesla (ki sem ga pozabil) zahteval še uporabniško ime (ki ga nimam).

Ne spomnim se, kako sem dosegel, da je računalnik vendar sprejel geslo (ali bolje: eno od množice gesel), zato pa se je dokončno ustavilo pri uporabniškem imenu. Vsakega je zavrnil in lakonično zapisal: »Try another one!«

Ko sem tako brskal po spominu ter izčrpal imena vseh sorodnikov ter bivših uspešnih in neuspešnih ljubezni in je bil odgovor še vedno »try another one«, sem se razjezil.

Vtipkal sem tole novost (opravičujem se, a to je resnica, samo resnica in nič več kot resnica): »kure« (z malimi črkami; velike sem prihranil za naslednji poskus).

Verjemite ali ne: zadeva je stekla. Vse avtomatično: prenos podatkov, namestitve nove programske opreme – ne da bi mi bilo treba migniti s prstom. Ali je računalnik dojel, da tokratno »uprabniško ime« tudi v slovenščini sodi med t. i. *four-letter-words*, pa bodo presodili strokovnjaki ...

1. Letos pozimi sem si priskrbel višjo različico trenažerja, Tacx i-Vortex (cena s popustom: 400 EUR), ki ima bolj stabilno stojalo in manj žic. Vendar je uporaba merilnika – računalnika tako zapletena, da sem trenažer takoj spravil nazaj v škatlo, zalepil in sklenil, da ga bom – skoraj novega – prodal za 2,83 EUR. Če pa bo to preveč, ga bom podaril. Navali narode, navali!

Ad 1: Knjiga Hoja s hudičem. Okupacija Slovenije in kolaboracija 1941–1945 me je opozorila, da ne poznam dovolj dobro razvoja četništva leta 1942 v Ljubljanski pokrajini, na Gorenjskem (pod nacistično okupacijo) pa sploh ne. Domislil sem se, da bi za začetek raziskal ozadje, zaradi katerega so partizani poleti 1942 v Kranju ustrelili živinozdravnika Vincenca Bedenka. Tega žalostnega dogodka se spomnim, saj so takrat nacisti pritiskali na mojega očeta, da bi kot uradni živinozdravnik poleg kamniškega okraja prevzel še kranjskega. Kar se na srečo ni zgodilo.

Tako sem za svoje namene pregledal nekaj digitalnih zbirk.

– Najprej *karawankengrenze.at*, kjer je med drugim zapisnik pogovora na Bledu dne 6. 10. 1941, očitno pod vodstvom SS-Obersturmbannführerja Aloisa Maier-Kaibitscha (med drugim so bili navzoči tudi znani SS-Untersturmführer dr. Karl Starzacher ter zloglasni dr. Franz Koschier, sprva ravnatelj »učiteljskega« v Kranju, kasneje pa pomemben nacistični uradnik v Ljubljani).

– Nato v zbirki *Sistory* sklop z naslovom *Dokumenti organov in organizacij narodnoosvobodilnega gibanja v Sloveniji*; bolj nadrobno sem pregledal 10. knjigo, v kateri je vsega skupaj 141 dokumentov; izstopajo dok. 1, 19, 26, 140. Za mojo raziskavo sta pomembna dva, dok. 13 (*Odredba Glavnega štaba slovenske partizanske vojske dne 27. avgusta 1942 o postavitvi oboroženih pripadnikov Bele garde izven zakona*) ter dok. 17 (*Poročilo sekretarja Pokrajinskega komiteja KPS za Gorenjsko Lojzeta Kebeta dne 21. septembra 1942 Centralnemu komiteju KPS o političnem in vojaškem položaju na Gorenjskem*).

– In končno v *Digitalni knjižnici Slovenije* (dlib) časopis *Slovensko domobranstvo* ter medvojne številke časopisov *Slovenec*, *Slovenski narod*, *Bogoljub* itn. Kar nadrobno pa sem pregledal časopis z nemškim naslo-

vom *Karawanken Bote* (Sel s Karavank), ki pa je v času nacistične okupacije Gorenjske izhajal v obupni, pogosto nemško spakedrani slovenščini. Zanimiva so navodila, kako nemško zapisovati slovenske priimke ter imena mest. Groteskno se berejo »dokazi« o nemškem izvoru Gorenjcev v št. 8 (23. 8. 1941). Nadvse informativno je branje o ozadjih, zaradi katerih so nacisti začeli s streljanjem talcev. Izstopajo št. 9 (30. 8. 1941), št. 10 (6. 9. 1941, samo v nemščini!), št. 28 (11. 4. 1942), št. 37 (13. 5. 1942). Iz slednje je vredno citirati tole spakedranščino:

Tri ablinške zmage v nogometu. ... Pred kratkim je Sportgemeinschaft Ratschach-Matten pod vodstvom svojega Sportbeauftragten Vinzenz Kawalar izvedla svoj prvi gozdni tek. ... Der Führer des Sturmes der Wehrmannschaft Alois Kerstein je pozval vse navzoče k slavnostnem Flaggenhissung. ...²

Kako nemški rajh pred komunističnimi banditi štiti v slovensko narodno nošo oblečeno žensko (tj. prebivalstvo Gorenjske), je nakazano v št. 75 (23. 9. 1942), dokončno pa v št. 77 (30. 9. 1942). Na prvi strani je vodilni naslov *Oberkrain se priznava k Reichu*. Vsa številka je posvečena znamenitemu govoru *Gauleiterja Friedricha Rainerja* v Kranju. Po eni strani je Rainer slavil dve veliki nacistični zmagi nad gorenjskimi partizani, po drugi strani pa je prebivalcem podelil *državljanstvo na preklic* ter v posebni proklamaciji obljubil, da ne bo več izseljevanja. Rainer je seveda govoril v nemščini, ki pa je večina poslušalcev ni razumela. Zato je bilo nujno govor prevesti v slovenščino, da bi poslušalci dojeli večni nemški značaj Gorenjske in Gorenjcev. To nacistično stališče se v časopisu, v značilno spakedrani slovenščini, bere takole:

Oberkrainerji in Oberkraineri! [...] Sveta so tla, na katerih stojimo. Sveta za Vas, kot zemlja Vaše ožje domovine, sveta za ves nemški narod, kar oznanja tukaj 700 germanskih grobov z gotskim in langobardskim orožjem, naktinami in predmeti uporabe, da so že pred 1300 leti Germani ščitili to deželo pred vdori roparskih Avarov. [...] Odtlej je Oberkrain vedno spadalo k Heiliges Reich der deutschen Nation (sveti državi nemške nacije) in s tem k zapadu. [...] Drage žrtve je zahtevala borba. Mnogo hrabrih mož je dalo svoje življenje zvesti prisegi, ki so jo prisegli Führerju. Tudi Oberkrain ima svoje mučenike, nesebične može in žene. Luckmann, Benedik, Jakel, Bedenk, Dolina, Skorjanz, in njegova žena, vsi ti in še mnogo drugih so živeli za Oberkrain in padli po morilski roki. [...] Oberkrainer Franz Prescheren je pesnikoval tudi v nemškem jeziku in hvalil njega lepoglasje. V javnem življenju je prevladoval nemški državni jezik, zapisniki, uradne vloge in pismene pritožbe kmetov se najdejo do zadnjega časa v nemškem jeziku. [...] Tako so držali Kärntnerji in Krainerji skupaj dotlej, dokler se niso v času nemške slabosti začeli slovanski naščuvani nacionalisti dvigati proti državi in proti edinosti zapada. Ljubljana je postala leglo šovinizma in od tam je prišlo vse zlo. Politiki, ki jih je prevzelo samoveličje, častihlepni advokati in cerkveni knezi, ki jih je obsedla domišljavost moči, so zastrupili dobre odnose med Kärntnom in Krainom. [...] Potvorba zgodovine Oberkraina je ovržena po dejstvih. Slovesno zavračam tukaj zgodovinske laži ljubljanskih politikov in oznanjam tisočletno zgodovinsko in kulturno povezanost Oberkraina z nemštvom, germansko krvno dediščino njega prebivalcev in državno nalogo, ki jo je ta krajina pripravljena izpolniti v sedanjosti

2. Tri jeseniške zmage v nogometu. ... Pred kratkim je športno društvo Rateče - Planica pod vodstvom svojega pooblaščenca za šport Vincenca Kavalarija izvedlo svoj prvi gozdni tek. ... Vodja šturma vermanov Alojz Kerštajn je pozval vse navzoče k slavnostnemu razvitju zastave. ...

in bodočnosti ravnatoko brez strahu in zvesto ko v stoletjih preteklosti. [...]»³

Vidi se nacistično stališče o okoliščinah umora Vincenca Bedenka. Sicer pa je Rainer tu v bistvu povzel stališče, ki ga je izdelala zgoraj omenjena skupina okoli Maier-Kaibitscha, Starzacherja in Koschierja, da je bila Gorenjska vseskozi nemška, da pa se je zaradi zlega(!) vpliva iz Ljubljane poslovenila, tako da je trenutno *rein slovenisch* (čisto slovenska). Fotografije so nacistično groteskne, razen ene, tragične, na str. 6. Skupina žensk v žalni obleki (s črnim klobukom in črnim pajčolanom; očitno žene pokojnih, ki jih Rainer omenja v svojem govoru) ob narodnih nošah. S spakedranim, zato trapastim naslovom »Zaostali padlih in skupina v narodnih nošah prisostvujejo slovenosti«.

Tako se zdi, da so nacisti prenehali z izseljevanjem (tudi? predvsem?) zato, ker so po eni strani dosegli dve pomembni zmagi nad partizani na Gorenjskem, in da so, po drugi strani, računali na pomoč nekomunističnih protipartizanskih sil, ki naj bi se, verjetno po vzorcu v Ljubljanski pokrajini, začele ustanavljati tudi na Gorenjskem. Tragična vloga Vincenca Bedenka, izkrivljena v Rainerjevem govoru, je seveda drugače obdelana v poročilu Lojzeta Kebeta. In v bistvu so določene tudi partizanske likvidacije v prihodnje. Tudi tiste, ki sem jih raziskoval pred leti v Arhivu Ministrstva za notranje zadeve, npr. likvidacija leta 1944 bratov Mejač iz Komende oz. zakoncev Hribar na gradu Strmol.

Moram reči, da so me te reči, ki sodijo v pojem *Slovenska katastrofa*, kar potrle. Zato sem se vedno znova vračal k nadvse zdravilnemu kolesarjenju. Najbolj zdravilno je bilo spodletelo kolesarjenje v Radovno. Namreč, v Spodnjih Gorjah se mi je na zad-

njem kolesu v nekaj minutah naredila popolna novost, velikanska bula. Medtem ko je Nejka nadaljevala po načrtu kolesarjenje v Radovno, sem se jaz nekako »po jajcih« vrnil domov na Bled in ugotovil, da je v pnevmatiki odstopilo platno. Trajalo je kar nekaj časa, da sem dobil dve novi, enaki pnevmatiki, Ritchey Tom Slick 26" x 1,4. Za »prebavljanje« tragičnih dogodkov v Sloveniji leta 1942 je bilo nadvse zdravilno tudi razkrivanje nadržanosti pri nastavljanju zračnosti hidravličnih zavor Shimano XTR, ki imajo potisne bate iz kovine (starejša izvedba) oz. iz keramike (novejša izvedba). In ker se imam za kar dobrega kolesarskega serviserja, se je veriga kolesarskega serviserja, se je veriga snela samo enkrat, le meni. Za serviserja je to prava sramota, a ker se je pripetila (samo) meni, jo še nekako prenašam ...

Neodvisno od teh kolesarskih zapletov so bila nadvse zdravilna tudi večkratna srečanja z jato štokelj (enkrat kar 15 ptic!) zgodaj zjutraj na pokošenih travnikih med Vrbo in Breznico ali med Dvorsko vasjo in Zgornjim Otokom.

Ad 2: Knjiga Karin Almasy **Kako so Mariborčani postali »Slovenci« in »Nemci«** je bila zame pravo odkritje. Ne le zato, ker je avtorica Avstrijka, ki piše o Slovencih kar objektivno, temveč tudi zato, ker raziskuje tisto, kar jaz poimenujem z izrazom *politična vsebina jezika*. Ker se zdi, da bo moja recenzija objavljena v reviji *Zgodovinski časopis*, se tu nočem ponavljati. Sporočilo knjige pa je, da je nacionalna (jezikovna) pripadnost kulturni dosežek in možen le, če jezik iz stopnje narečja preide v stopnjo standardiziranega knjižnega jezika. Ali z drugo besedo: nacionalna pripadnost se začne razvijati takrat, ko človek zna v (svojem) jeziku pisati, brati in razmišljati. Ali z drugo besedo, prilagojeno za Slovence: Četudi govorim enega od slovenskih narečij,

sem že zdavnaj, prek branja slovenskega leposlovja ponotranjil knjižno slovenščino ter razvil svojo nacionalno pripadnost ... Ni čudno, da so nacisti sežigali knjige; če ni knjig, ni ničesar zapisanega, ni zgodovine in jezik se vrne na stopnjo narečja ... V nekem smislu je ta knjiga vzporednica s knjigo **Nemci**. Slednja je v bistvu odlični literarni opis dogajanja med Čehi in Nemci v Sudetih med letoma 1938 in 1945 ter po letu 1945. Sprva Nemci (storilci) preganjajo Čeha (žrtve), nato, leta 1945, pa se vloge zamenjajo. Tako kot s(m)o bili med vojno Slovenci žrtve, s(m)o po vojni postali storilci, morilci.

Tudi za *Evangelij po Jezusu Kristusu* sem že napisal recenzijo in upam, da bo luč sveta zagledala v naši reviji. Saramago Jezusa opiše kot človeka, ki se ukloni volji Očeta zato, ker nima nobene druge izbire. Ob tem Jezusu ob strani stoji Marija iz Magdale; njun erotični odnos je po moji presoji tisto, kar ljubezen je. Saramago opisuje Boga klasično, skladno s *Staro zavezo*. Tako se bralec na koncu vpraša, ali je Bog res duhovno bitje, ki je *ljubosumno* in ki *nima vesti*? Sicer pa menim, da je Saramago do Boga krivičen in si ga predstavlja preveč antropomorfnost. Namreč, če je Bog človeka ustvaril kot bitje s svobodno voljo, je prav slednja vzrok za trpljenje na svetu. Bog je ob tem le opazovalec in domnevam, da si ob tem od jeze nad človekom in njegovo zabitostjo zagotovo puli lase in kocine iz brade ...

Sicer pa sva z Nejko že do srede julija ponovila vse zahtevne proge. Tako mi je med drugim v lepem spominu ostalo kolesarjenje od Mojstrane na Predel (90 km, PTE = 3,8, približno 900 m vzponov) ter od Bohinja na Rudno polje (60 km, PTE = 3, približno 1100 m vzponov). In razveseljiva je novost, da so skoraj čez noč popolnoma dodelali kolesarsko progo od Trbiža do Tablje (Pontebba). Tako ni več ovinka (po cesti) mimo Ovčje vasi (Valbruna) in ni več vratomnega kolesarjenja čez hudourniške struge pri Naborjetu (Malborghetto).

3. Skoraj enako stališče je zapisano v eseju Oberkrain – eine geschichtliche Betrachtung (Gorenjska – zgodovinski pogled; avtor je bil Karl Starzacher, Maier-Kaibitschev sodelavec), objavljenem v *Kärntner Jahrbuch 1943* (Koroški koledar 1943). Za Prešerna sicer ne zapiše, da je bil »Oberkrainer«, izrecno pa trdi, da je bilo v Prešernovem času gorenjsko prebivalstvo nemško, ki pa je, žal, nasledilo ljubljanskim nacionalno-slovenskim idejam ter se poslovenilo...

Ali z drugo besedo: Če v Žabnici (Camporosso) kolesar zdaj le malo bolj močno zavrti gonilnik, se nemudoma znajde v Tablji. Nazaj je seveda bolj naporno, a napor je zdravilen, mar ne? Zdravilna je tudi primerjava »nekoč in zdaj«. Npr. na oba mejna kamna ob kolesarski stezi v Ratečah je nekdo postavil velikanski skledi z rožami in jih zaliva. V Trbižu pod cerkvijo so stalno izobešene avstrijska, italijanska in slovenska zastava. Enako tudi na mejnem prehodu Vratca - Meglarje (Thörl - Maglern). In enkrat sva na tem mejnem prehodu videla patroljo, sestavljeno iz italijanskega, avstrijskega in slovenskega policista. Zamikalo me je, da bi jih vprašal, v katerem jeziku si morda pripovedujejo vice o policistih, a sem si premislil. In si rekel: Kakšna razlika od časov SS-Obersturmbannführerja Aloisa Maier-Kaibitscha! Ki je menil, da je treba Gorenjce le prisiliti, da bodo (spre)govorili nemško – in že bodo postali Nemci ...

Ad 3: V januarju letos sem naročil kolo *Stevens Sonora SL*. Skladno z dobavnim rokom 6 mesecev sem sredi julija prejel obvestilo, da je kolo na servisu nared za naročeno novo konfiguracijo. Kar precej zmeden sem si ga šel ogledat in se po ogledu spraševal, kako mi bo na karbonski okvir uspelo montirati zadnji blatnik (po mojem nujen za zaščito sprednjega menjalnika) ter oporo (t. i. *side-kick*) – in to pri kolesih velikosti 29 palcev!

Med čakanjem na dobavo kolesa z »mojo« konfiguracijo sem na vrhu ene od skladovnic knjig (kot opisano zgoraj) našel eno zelo debelo (509 str.), ki jo je Nejka nedavno pritorivila iz celovške *AK Bibliothek Klagenfurt*. Trdno prepričan, da špeha te vrste ne bom (pre)bral, sem začel brati nenavadno zgodbo (nemški prevod iz španščine) z naslovom *Das Manuskript der Verführung* (Rokopis zapeljevanja oz. *El pergamino de la seducción*) in ni čudno, da me je do absurdnosti nenavadna zgodba zapeljala v branje. In ko sem v začetku avgusta svoj prekleti novi bicikel

pritorivil v svojo postojanko na Bledu, nekaj časa sploh nisem vedel, kaj bi: ali novi bicikel ali knjiga ...

Naj preskočim nadrobnosti: dva cela dneva ter nato še nekaj dni po frakcijah sem delal kot zamor'c. Skoraj kot coprnik pritrtil zadnji blatnik ter s kotno brusilko, vrtnim strojem in spajkalnikom izdelal oporo (*side-kick*) in jo že montiral na karbonski okvir: razdevičil sem ga in hkrati ohranil njegovo devištvo, skladno z znanim pregovorom iz časov samoupravljanja ...

Bicikel zdaj preskušam in ob tem tuhtam, kako razumeti *Rokopis zapeljevanja*, v katerem vzporedno tečeta dve zgodbi. Na eni strani leta 1963 zgodba Manuela in Lucie, ki se zapeljujeta in uspešno (večkrat!) zapeljeta, ko podoživljata (na drugi strani) življenjepis Ivane Blazne (1479–1555) in Filipa Lepega (1478–1506). Izvrsten, zelo ženski opis zapeljevanja ter konsumacije; če bi se lotil recenzije, bi bilo nujno opremiti jo s sliko konflikta interesov, kolesa Stevens Sonora SL in njegove deviško nameščene opore...

Ad 4: Prikazen pa se nama je prikazala nekega dne zgodaj zjutraj med spustom od Rateč proti Trbižu, v najbolj senčnatem delu proge. Iz razmišljanja o knjigah me je prebudila Nejka za menoj, ki je na vso moč vpila »poglej, poglej!«. No, pogledal sem kakih 70 m predse in zagledal kolo (bicikel), ki vozi navkreber – brez kolesarja. Ali bolj natančno: nad kolesom je nekako lebdel kolesarski dres bele barve, a brez človeka v njem. Tudi hlačnici sta se kolesarsko premikali, a v njih ni bilo nog! In nad vsem tem je bila kolesarska čelada – brez glave pod njo. Seveda je prikazen že čez nekaj trenutkov izginila oz. se preoblikovala v kolesarja, zamorca, ki je bil črn kot zamor'c, zato se je v senci od njega videl le dres in bicikel ...

*

Splošen sklep o jeziku: Dokler jezik obstoji na ravni narečja, je nepomemben, ker se skoraj ne more razvijati. Nima prav nobene identitete in zlahka zapade asimilaciji. Ko pa se uveljavi

tako, da ga je mogoče zapisati in brati, se udejanji pravilo »*Jezik oblikuje človeka in človek oblikuje jezik*« in se preoblikuje v t. i. knjižni jezik. Tako se začne – skladno s kulturnim, tehničnim in materialnim razvojem – povečevati besedni zaklad, ki končno zajame vsa narečja; knjižni jezik postane del kulture zadevne govorne skupine ter sredstvo za identifikacijo in (nacionalno) pripadnost. V nadaljnjem razvoju pa vsak jezik dobi svojo *politično vsebino*; jezik postane sredstvo za *izvajanje oblasti* in v ta namen se v politično vsebino jezika začnejo vgrajevati razni miti. Miti so v bistvu manipulacija, največkrat manipulacija z zgodovino ali pa – kot kaže izkušnja z nacizmom, fašizmom in komunizmom – izmišljije ali fantazije ustrezne oblasti. Dvomiti o mitih je kaznivo in na tej stopnji jezik postane religija, nedotakljiva svetinja, nekakšna sveta krava.

Sklep o slovenščini: Slovenščina se je v 19. stoletju uveljavila kot knjižni jezik dobesedno mimo šole, ki je bila takrat skoraj izključno nemška. Nemščina je takrat že imela svojo *politično vsebino* (z ustreznimi miti) in bila sredstvo za izvajanje (nemške) oblasti. Slednje pa je bilo močno ovirano zaradi vse večjega uveljavljanja slovenščine, kar je trajalo vse do leta 1918. Slovenščina je začela dobivati svojo politično vsebino (in mitologijo) po letu 1918, še bolj pa po letu 1945, a je bila vseskozi nekako v senci srbohrvaščine in njene mitologije, ki se je najdlje vzdrževala v JLA.

Sklep o slovenski katastrofi: Zgodovinarji se strinjajo, da brez Hitlerja druge svetovne vojne **morda** ne bi bilo. A če bi izbruhnila, bi brez Hitlerja **zagotovo** potekala drugače.

Razmišljanje te vrste seveda ni zgodovina, je pa dovoljeno.

Zato si upam tvegati in razmišljati: ne s teoretično trditvijo, temveč z vprašanjem:

»Kakšna bi bila današnja Slovenija ter Slovenci, če kot odziv na partizansko nasilje v Ljubljanski pokrajini v začetku 1942 *ne bi nastale Vaške straže* (pod fašističnim pokroviteljstvom) in če jeseni leta 1943 *ne bi*

nastalo Slovensko domobranstvo (pod nacističnim pokroviteljstvom)?«

Sklep *Literarnega kolesarjenja 2015*: Ker je moj zapis (pre)dolg, ga moram zaključiti še pred koncem sezone. Če tako preskočim n drobno-
sti, ugotavljam, da sem lahko kar zadovoljen tako po kolesarski (do konca avgusta več kot 3500 km, največ doslej) kot po bralni plati (več

kot 20 knjig, približno enako kot doslej). Enako velja za gradnjo svoje (svoje!) slike o preteklosti. In neznan-
sko sem vesel, da – spominjajoč se zgodovine – lahko pišem v slovenščini ter vrh tega natančno tako, kot mi-
slim. Brez strahu pred kakim Gesta-
pom, UDBo, domobranksko Politično policijo ali kako drugo sodobno politično ali versko inkvizicijo.

In ponovno ugotavljam, da s(m)o Slovenci – kot je menda že pred desetletji izjavil nek neslovenski zgodovinar – dolgoročno eden najbolj uspešnih narodov v Evropi.

A to niso naredili politiki, temveč izključno pesniki in pisatelji, ki so pisali v slovenščini in prek jezika ustvarili slovensko kulturo ...

Kamarik, konj z Altaja

Prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med., v. svet., Preddvor
eldar.gadzijev@gmail.com

Tokrat so te dodelili meni.

Lani si se poškodoval v predelu levega sprednjega »kolena«, ker sta z jezdecem zašla s poti in ti je noga zdrsnila med ostre skale. Na srečo je skala prerezala le kožo in podkožje, ne pa sklepa ali kakšne od bližnjih kit. Oskrbeli smo te z mojo prvo pomočjo in potem ponovno prevezali, ko smo prišli na mesto, kjer smo postavili tabor. Rana je bila kar velika, ampak se je dobro in hitro celila. Verjetno zato, ker smo te po rani namazali z

mumijo¹, ki pospešuje celjenje in ima poleg tega še antibiotični učinek.

Torej, letos si ti, 13-letni beli konj, postal moj nosač po altajskih gorah, bel kot jaz v lase, tudi že v letih kot jaz, pa še miren in ubogljiv – kot jaz.

Prvi dan nisi imel težkega dela, čeprav so ti naložili poleg mojih osebnih reči in šotora še precej hrane in del posode za kuhanje. Mirno sva prišla do prevala »Kozjek« na približno 1500 m višine, kjer je bil krajši počitek po dveh urah jahanja. Zadnji-

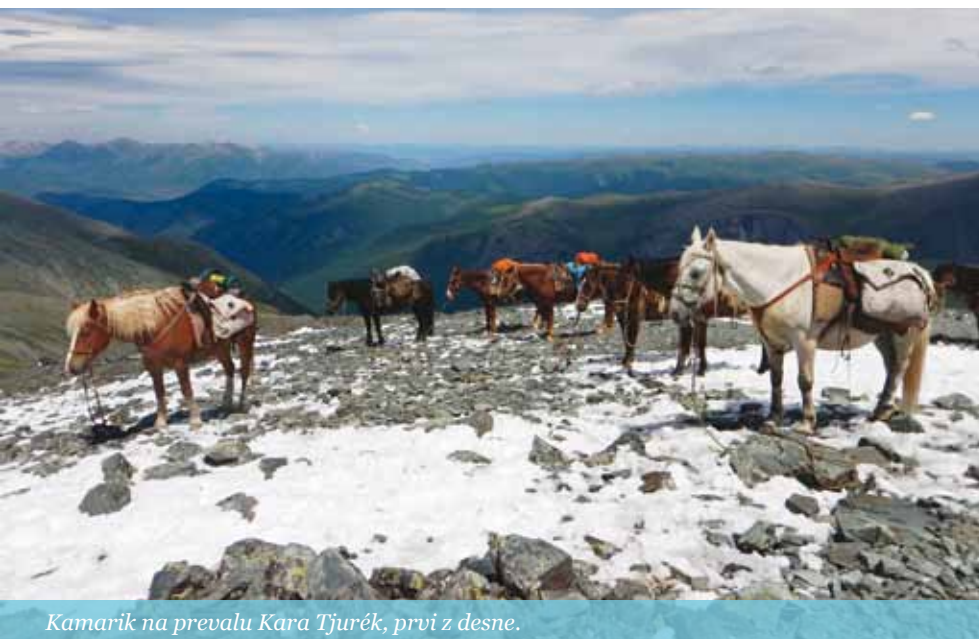
ca me je malo bolela, medtem ko se ti nisi niti dobro oznojil.

Ko smo prišli do reke Akem, kjer smo taborili, so nas sprejeli roji komarjev in muh. »Piskač« proti komarjem, ki sem ga nosil, ni nič zalegel in ko sem te rešil prtljage, sem te nekaj časa gladil po glavi od zgoraj navzdol. Hvaležno si mi nastavljal glavo in mi tako pustil odganjati nadležni mrčes. Potem so vodniki vas konje osvobodili vse opreme in spustili na pašo.

Naslednji dan nas je spremljal dež in oba sva bila mokra, ti seveda še bolj kot jaz, ki me je le ščitila pelerina. Ko se je na mestu, kjer smo se ustavili, končno zjasnilo, smo tam daleč lahko zagledali masiv »svete gore« Beluhe, ki je bila vsa v snegu in meglicah.

Dobro sva se ujela in pot nama ni bila težka, meni seveda toliko manj, čeprav sem kar aktivno sodeloval, predvsem ko si premagoval klance ali se spuščal po strminah. Konjem, na katerih sedijo jezdec kot vreče, je pač težje, kot če jezdec z gibanjem sodeluje! Po vsakem uspešnem vzponu sem te potrepjal po vratu in se ti kar po rusko zahvalil.

Kadar smo šli po goščavi, si rad med potjo posmukal kakšno zel ali



Kamarik na prevalu Kara Tjurék, prvi z desne.

1. Mumijo je t.i. skalna smola črne barve in neprijetnega vonja, sicer pa staro narodno zdravilo ne le na Altaju, ampak tudi na področju ostalega azijskega gorstva.



Sveta gora Beluha.

travo in kar med hojo jedel. Takrat sva včasih malo zaostala v koloni in to mi ni bilo prav všeč. Tako sem včasih enostavno preprečil tvojo namero, odtrgati kakšen grizljaj, s tem, da ti nisem dovolil spustiti glave in sem zategnil uzde. Pa ti ni bilo všeč! Konj pač mora 16 ur na dan jesti in če je ježa dolga, zakaj pa ne bi med potjo jedel? Saj smo vam konjem pustili piti tudi vodo po mili volji, ko smo šli prek potokov ali rek. Zato sem ti od drugega dne ježe dalje, in da bi se seveda čim bolj razumela, pri trganju zelenih zalogajev zelenja puščal vso svobodo. Kar med ježo sem popustil povodec z uzde, da si lahko sklonil glavo k tlom. Sem te pa potem vzpodbudil s petami k drncu, da nisva trgala kolone oziroma zaostajala. Potem sem videl, da Arkaš svojega konja požene kar z udarcem vrvi, ki je sicer namenjena temu, da vas privežemo, po torbi. In namesto suvanja s peto sem te od takrat dalje tudi jaz uspeval priganjati le z udarci po bočni torbi.

Tokrat smo šli proti našemu cilju po drugi poti kot prejšnjikrat in novi pogledi so me očarali: divje reke, slapovi, soteske, področje snežnega leoparda, pa gorsko cvetje, orli – značilne lepote altajske narave. Tebi seveda ni bilo nič novo, saj si že velikokrat prešel vse tiste poti, jih morda zaznal in bog ve kako sprejemal.

Ko smo po petih dneh prišli do Akemskega jezera in se tam utaborili, ste konji prišli do nekajdnevnega zasluženega počitka. Za vami je bila naporna pot; naprej pa bo lažje, saj bomo pojedli nekaj hrane, počitek bo povrnil moči in obrnili se bomo v smeri proti vašemu domu.

Treba je le povedati, da nam vreme ni bilo prav naklonjeno, predvsem ne s temperaturami. Tako smo se nekega jutra zbudili v snegu, ki ga je sicer hitro vzelo in smo imeli potem sončen dan. Končno sem se tudi skopal v ledeno mrzlem Akemskem jezeru, kar pa mi je dobro delo, čeprav me je tokrat precej mučila slabokrvnost po kemoterapiji. In že naslednje jutro je celo jezero dobilo ledeno skorjo, ki se je čez dan hitro stopila.

Vse te vremenske spremembe pa zate in ostale konje niso bile nikakršen problem. Mirno ste se pasli, se včasih valjali po tleh in rezgetali. Seveda, navajeni ste vsega: prva tri leta življenja preživite, sicer označeni z znakom lastnika, pa vendar svobodni, v gorah, noč in dan pod milim nebom, poleti in pozimi. Nobene dodatne hrane vam pozimi ne pripeljejo, saj je tudi ne morejo. V snegu se s kopiti dokopljete do trave pod njim in tako uspete preživeti sicer dolg zimski čas. Potem sledi vaše šolanje



Cvetje na Altaju.

pri lastnikih in vodnikih. Dobro vas navadijo ne le uboganja, ampak tudi potrpežljivega prenašanja tovorov in predvsem ne vedno spretnih jahačev. Tako dobro ste izsolani, da na vašem hrbtu tudi neuki jahač občuti varnost in zaupanje.

Po zasluženem oddihu, ko so bili sicer na sporedu peš izleti v okolico (na ledenik, pa do sedmerih jezer in do jezera gorskih duhov), je prišel dan največjega vzpona. Začelo se je kmalu s prehodom čez reko Akem. Na koncu jezera, kjer iz njega začne hiteti reka, preden se začnejo brzice, je mesto, kjer se da priti čeznjo. A je bilo zadnje dni kar nekaj padavin in jezero je bilo dokaj visoko. Tudi reka se je seveda dvignila. Ko smo prijahali do obale, sta naša konjska vodnika Arkaš in njegov brat Valentin, oba suha, a čvrsta Altajca, malo obstala in se posvetovala. Potem smo se pomaknili ob reki še malo nižje od jezera in dobili navodilo, da se strogo držimo v koloni eden za drugim, z razmikom konjske dolžine. In smo šli. Voda je penasto bela močno drla in dna se ni videlo.



Jutranji sneg v Akemski dolini.

Segala je konjem čez trebuh in škornji so se nam namočili. Tok je bil zelo močan, ampak konji ste uspeli. Lepo si me pripeljal čez reko, Kamarik! Ko sva prišla na suho, si zarezgetal in nekaj drugih konj ti je odgovorilo. Od Arkaša sem zvedel, da se običajno družiš s Kamardincem, sivobelim konjem, ki ima kar precej »arabske krvi«, in z malo čudaškim ter svojeglavim Varonom, ki ga je jahal prav Arkaš. Res sem videl, da ste bili večinoma skupaj, kadar smo vas spustili, pa tudi med ježo si bil najraje v njuni bližini.

Potem pa vzpon na preval Kara Tjurék ali »Črno srce«. Srečali smo nekaj planincev, ki so šli peš, in tudi skupino, ki se je s konji spuščala s prevala. Nekajkrat si se ustavil, tako kot ostali konji, da ste vsi malo »zajeli sapo«. Višina se je poznala, naš vzpon pa je spremljalo še sonce. Višje ste nas na več mestih varno prenesli prek ostankov snega, ki so bili kar obilni, večkrat do vaših kolen. In končno, vrh 3050 m visoko. Razjahali smo, vi ste ostali osedlani in kar neprivrezani počivali, medtem ko smo mi uživali razgled in se slikali. Pa tudi tebe smo fotografirali!

Privoščili smo vam le slabe pol ure počitka, nato pa smo zopet zajahali in se po grebenski poti začeli spuščati. Potem ko je bilo treba priti strmo navzdol v sosednjo Kučerlinsko dolino, pa smo le razjahali. Vsak naj bi svojega konja vodil sam. No, nekaj damam sta konje prevzela oba konjska vodnika, ostali pa smo vas vodili sami. Skupaj sva tako šla navzdol.

Lepo si šel za mano, zastal, če mi je zdrsnilo, in me narahlo porinil z glavo, če sem se prepočasi spuščal, ampak le tam, kjer pot ni bila težka. Na mestih, kjer je bilo treba čez skale ali po ožini med njimi, si me vedno počakal, da sem se počasi spustil, in potem šel za mano.

Spodaj v dolini smo ponovno zajahali in se odpravili navzgor proti Kučerlinskemu jezeru skozi gozdove, ob preletavanju ptic in šviganju burundukov (vevericam podobnih prijaznih glodavcev, ki jim v Ameriki

rečejo chipmunk). Nič te ni zmotilo in z gotovostjo si stopal navzgor po poti, po kateri je kar močno drla voda. Človek kar ne more dojeti, od kod toliko vode sredi gozda in klanca, ampak tak je pač Altaj.

Potem smo ga zagledali: precej veliko jezero pastelno zelena barve z gorami v snegu in gozdovi do obale. In rešeni ste bili tovora in spuščeni na pašo, medtem ko smo si mi postavili tabor. Ko sem ponoči stopil iz šotora iz marsikomu mojih let znane potrebe, si stal le nekaj metrov stran in zopet mulil travo. Ko sem te potihlo poklical, si dvignil glavo in me pogledal.

Pot nazaj proti domu je bila za vas konje obet, da se boste rešili nas in naše prtljage, se v miru napasli in

kjer si se postavil pred njo točno v smer prepada. Za skalo je seveda potka zavijala ob pobočju, ampak nekako je bilo treba premagati ta ovinek. In si skočil s skale, jaz pa kar zamižal in se močno oprijel vajeti.

Srečno sva pristala na poti in kar stekel si po njej naprej, jaz pa sem si oddahnil. Potem sem zvedel, da je na tistem mestu kar vsem malo vleklo hlače v ...

Ko smo jahali v drncu proti »domu«, proti naselju Kučerla, te je bilo treba ves čas zadrževati, da ne bi prešel v galop. Strogo so nam zabijali, da moramo to preprečiti, kajti če bi le eden »zdirkal«, bi potem vsi konji šli za njim in za nekatere jezdece bi bilo to lahko hudo.



Vzpon na Kara Tjurék.

mirno živeli svoje konjsko življenje. Še enkrat smo prenočili ob narasli vodi in tudi to noč si bil blizu najinega šotora, zjutraj pa sem te našel ob vodi, ko si pil in z repom odganjal muhe, ki so že zgodaj začele s svojo nadležnostjo.

Zadnji dan nas je čakala precej huda pot prek prepadno strmega pobočja nad 100 metrov nad reko Kučerlo in s steno nad nami. Ti ne veš, da sem vrtoglav in mi pogled na globino potegne slabost iz trebuha v glavo, ki bi se najraje kar zavrtela. Skušal sem ne gledati navzdol proti reki in nekako uspeval, dokler nisva prišla do nekega ovinka s skalo,

Že blizu naselja smo v gozdu pred sabo naenkrat uzrli prostoren vojaški »terenec«. Kot v filmu so se naenkrat odprla vsa vrata in izstopili so uniformirani in oboroženi »pograničniki«², se postavili ob pot z rokami v bokih in kolona se je seveda ustavila. Midva sva se približala oficirju, ker je hotel zvedeti, kdo je »perevodčik«³ in kdo

2. Pogrančniki so mejna vojska, kot so bili včasih pri nas graničarji. V slovenščini nimamo prave besede za to (mejač pomeni nekaj drugega) in upam, da je tudi nikoli več ne bomo potrebovali.
3. Perevodčik je prevajalec.



Bližamo se prepadnemu predelu nad reko Kučerlo.

vodi skupino. Razložil sem mu, kdo smo, od kod prihajamo in da sta naša

konjska voditelja skupaj s turističnim vodnikom malo zadaj ter da bodo vsi

kmalu tu. Začetna zapetost je popustila in na obraze vseh je prišel nasmeh. Konji ste ostali mirni in domnevam, da si že večkrat doživel podobna srečanja. Ko so prišli naši vodje, so nam po krajšem pogovoru in pregledu vodnikovih dokumentov pograničniki dali prosto pot. Ti možje so bili tam, ker je to področje blizu meje s Kazahstanom in meja je pač meja. V Evropi smo se jih že malo odvadili, za vas v Aziji pa bodo verjetno vedno ostale ...

V vasi ob ograji Arkaševega doma sva se razšla. Oba sva bila malo utrujena, ampak v naju je bil nek mir in zadovoljstvo po opravljeni poti. Pobožal sem te po vratu in glavi, ti pa si me z glavo narahlo dregnil v ramo za slovo!

Videl sem te še, ko te je Valentin spustil na zelenico za hišo, in si zaželel, da se naslednje leto zopet srečava.

Foto: Uroš Ravbar

38. IATROSSKI

Posvetovanje športne medicine in smučarsko tekmovanje zdravnikov

Kranjska Gora, petek, 5. februarja 2016

9.30 TEK (Rateče) 4 km

Kategorije za moške in ženske:

- A – do vključno 49 let starosti
- B – nad 50 let
- C – študenti

12.00 VELESLALOM (smučišče Kranjska Gora, sedežnica Podles)

Kategorije za moške in ženske:

- A – rojeni 1975 in mlajši
- B – 1974–1956
- C – 1955 in starejši
- D – študenti

13.00 Drugi tek

16.00 Hotel Larix: Posvetovanje športne medicine

17.00 Večerja, razglasitev rezultatov

Kotizacije: tek 30 EUR, vsl. 50 EUR, skupaj tek in vsl. 60 EUR, spremljevalci 20 EUR. Študenti polovična kotizacija.

Kotizacijo nakažite na račun: Zdravniško društvo IATROS, TRR 04750-0001224094

Prijave: V prijavi navedite: spol, letnico rojstva, delovno mesto, ustanovo oz. društvo, za katero nastopate.

Prijavi dodajte dokazilo o plačani kotizaciji, študenti pa dokazilo o vpisu.

Prijave pošljite najkasneje do 2. februarja 2016 na e-naslov: melitamakuc@gmail.com

Informacije: prim. Franci Koglot, T: 041 775 705

Za ekipo štejejo trije najbolje točkovani moški in dve ženski ali tri najbolje točkovane ženske in dva moška. Enako za študente.

Študenti medicine tekmujejo ekipno med fakultetama Ljubljana : Maribor za pokal univerz.

Obiskali smo Cerklje na Gorenjskem z okolico ...

Prim. Mojca Kos Golja, dr. med., Ljubljana
mojca.kos.golja@gmail.com

Zadnji četrtek marca 2015 smo se člani Sekcije upokojenih zdravnikov SZD odpravili na izlet v Cerklje na Gorenjskem z okolico. Imeli smo več ciljev: obisk župnijske baročne cerkve Marijinega oznanjenja in samostana Velesovo v vasi Adergas ter ogled lepo ohranjenega gradu Strmol, kjer se je pred leti odvijala žalostna zgodba zakoncev Hribar. Izlet smo zaključili v gostilni in penzionu »Domačija Vodnik« v Adergasu, kjer so nam postregli z okusnim kosilom. Tam nas je z obiskom počastil tudi župan Cerklj na Gorenjskem, g. Franci Čebulj, ki nam je predstavil razvoj in glavne značilnosti tega prelepega gorenjskega kraja.

Nekdanji dominikanski samostan Adergas z župnijsko cerkvijo Marijinega oznanjenja Velesovo leži ob severnem robu naselja Adergas, v kotlini pod gozdnato strmino Štefanje gore na Gorenjskem. Tam nas je pričakal in nam zaželel dobrodošlico župnik g. Slavko Kalan. Samostanske sestre so nam postregle hrustljave rogljičke, ki so nam skupaj z okusnim čajem in pravo kavo zelo teknil. G. župnik Kalan, ki je po rodu iz Predoselj, je duhovnik že 30 let, v Velesovem pa slušbuje pet let. Povedal nam je, da je župnija, ki je lansko leto praznovala 250-letnico, stičišče različnih aktivnosti in prireditev. V samostanu je duhovni center, kjer potekajo duhovne vaje, pevske vaje,



Vhod v grad Strmol.

razna družinska in druga srečanja. Na voljo imajo tudi precej prenočitvenih zmogljivosti, kar jim pogosto dobro služi, saj udeležence različnih prireditev in srečanj gostijo tudi po več dni. Samostanska kuhinja lahko prehrani do 100 ljudi. G. župnik Kalan nas je s pripovedjo seznanil z zgodovino cerkve in samostana, kar je popestril še z računalniškim prikazom cerkve in samostana v vseh letnih časih.

Današnja župnijska cerkev Marijinega oznanjenja in njena predhodnica imata bogato ter pestro zgodovino. Prvotna župnijska cerkev, ki je že leta 1163 dobila tovrstne pravice, je bila cerkev sv. Marjete na Trati, ki je danes le podružnica glavne cerkve. Župnija se je imenovala Velesovo, ime se je ohranilo do danes. Za poimenovanje Velesovo obstajata dve razlagi: prva je, da se imenuje po rastlini zvončnici – velesi, ki cveti belo, rumeno in oran-

žno; druga naj bi bila povezana z obilico lesa v okolici. Nastanek imena vasi Adergas, ki zveni nemško, pa povezujejo s sestrami dominikankami, ki so prišle v te kraje leta 1238 in tu ustanovile samostan. To so bile nemško govoreče nune premožnih plemiških rodbin iz okolice Dunaja. Z bogato dediščino so kupovale posestva in okrog samostana so začele rasti hiše, ki so jih gradili hlapci, ki so tu delali. Tako nastalo vas so poimenovali Adergas, kar bi lahko pomenilo An der Gasse (Na ulici) ali An der Grass (Na trati, blizu je namreč vas Trata).

Sedanjo baročno cerkev in samostan so začeli graditi leta 1732 po načrtih Gregorja Mačka in italijanskega arhitekta Zullianija. Cerkev je bila dograjena in posvečena leta 1771. Leta 1880 so sedež župnije s Trate prestavili v samostan Adergas, cerkev Marijinega oznanjenja v Velesovem je



Ksenjina spalnica.



Radova spalnica.

postala župnijska. Zgrajena je v beneškem baročnem stilu, notranjost temelji na kontrastu svetlo – temno. Slike in oltarji so namreč temnejši, kot zaviti v tančico, stene pa svetle. Pomembna je tudi skupina oltarnih podob, ki jih je v letih 1773–75 izdelal avstrijski slikar Johann Martin Kremser-Schmidt, ki je prav tako mojster svetlobe in teme ter nežnih, toplih barv. Slike postanejo izrazite šele ob primerni naravni ali umetni osvetlitvi. Med drugo svetovno vojno

so Nemci želeli slike odpeljati v Nemčijo. Za njihovo namero je zvedel duhovnik, ki je služboval v Kranju. Domačinom je svetoval, naj slike ponoči v največji tajnosti zazidajo, kar so tudi storili in jih tako obvarovali ter po končani vojni zopet postavili na oltarje. Cerkev hrani štiri slike našega slikarja Metzingerja. Ponaša se še z najstarejšim slovenskim romanskim Marijinim kipom, visokim okrog pol metra, ki ga krasijo pravi lasje, na glavi pa nosi krono z dragulji. Marijin

kip je iz topolovega lesa in je namenjen v tronu glavnega oltarja. Od srednjega veka naprej kip preoblačijo v 10 različnih oblek liturgičnih barv (zelene, rdeče, bele), menjajo jih s časom cerkvenega leta in praznikov. Nune so kip ob napadu Turkov uspešno skrile v bližnjem gozdu. Nastala je legenda, da je kip našel župnik s Trate v gozdu na hrastu, in to na mestu, kjer danes stoji cerkev. Prepričljivejša je strokovna razlaga, da je ob ustanovitvi samostana decembra 1238 kip v cerkev sv. Marjete na Trati prinesel v dar oglejski patriarh Bertold II. Kipi na oltarjih so leseni, posnemajo pa kamnito strukturo, kar je značilno za določeno dobo baroka. V cerkvi hranijo tudi najstarejše voščene jaslice na Slovenskem (iz 17. stoletja). Ponosni so še na mogočne cerkvene orgle. Pod cerkvijo so grobnice, v katerih je pokopanih nekaj sester in dva duhovnika. Več grobov katakomb pa je zaradi razpustitve samostana ostalo praznih.

Cerkev na vzhodni strani obdaja visokobaročni samostan dominikank, ki je bil ustanovljen leta 1238. Bogat samostan so večkrat napadli Turki in ga leta 1471 tudi porušili. Samostan so na novo začeli graditi leta 1732 pod vodstvom ljubljanskega stavbenika Gregorja Mačka. Do njegove smrti je bil dokončan le vzhodni del, zahodni del samostana so nameravali postaviti po dograditvi cerkve, vendar se to ni zgodilo. Avstrijski cesar Jožef II. je leta 1782 samostan razpustil. Danes je od prvotnega samostana vidnih samo nekaj ruševin. Od samostanskih objektov je ohranjen vzhodni del, kjer so danes stanovanja, prostori za duhovne vaje in razna srečanja ter župnišče. Po drugi svetovni vojni je bila samostanska stavba nacionalizirana, leta 1993 pa znova vrnjena Cerkvi.

Po zanimivem ogledu cerkve in samostana smo se napotili na grad Strmol, ki leži na prisojnem pobočju Dvorjanskega in Kozjega hriba nad vasjo Dvorje. V salonu v pritličju nas je pričakala in sprejela vodja gradu g. Jerca Gabor, ki nam je predstavila zgodovino gradu in nas popeljala po

njegovi notranjosti. Sprehodili smo se po razkošnih grajskih sobah in salonih, katerih stene krasijo šablonske poslikave. Med njimi je največji Zlati salon, po novem imenovan Josipinin salon, po sorodnici Ksenije Hribar, Josipini Turnograjski. V čudovitem Josipininem salonu je eden boljših ohranjenih kosov lestenez iz muranskega stekla. Posebno pozornost pritegneta tudi intimna prostora, ki sta ju ločeno uporabljala zadnja lastnika gradu, zakonca Hribar. Prvi se imenuje Radov, drugi Ksenijin salon. Ni skrivnost, da je Ksenija Hribar pobegnila z ljubimcem in nekaj časa živela z njim. Rado Hribar jo je po končani romanci sprejel nazaj, ko sta se celo ponovno poročila. Ogedali smo si še bogato knjižnico in v vinski kleti občudovali skrinjo z reliefno podobo Martina Krpana. Najdražji pohištveni kos v gradu je tabernakeljska omara iz velesovskega samostana. Na pohištvu, kovini, slikarskih in kiparskih umetninah ter seveda na štukaturi in poslikavah, zlasti v najbolj reprezentančnem drugem nadstropju, so bili izvedeni obsežni restavratorski posegi, nam je razlagala g. Jerca Gabor. Izjemni sta zbirka porcelana in zbirka 60 preprog, najdragocenejša svilena prekriva klavir. Izstopajo tudi številni kipi, glasbena omara z delujočim gramofonom Scott, zbirka vinilnih plošč. Posebnost v stranskem delu mogočne vhodne avle je znameniti nagačen krokodil, Ksenijin domači ljubljencek, ki kraljuje na enem od predalčnikov. Notranje stopnišče vodi na zgornjo parkovno teraso. S pogledom se da zaobjeti spodnji del posestva s parkom in ribnikom ter vas Cerklje. Levo in desno sta obrambna stolpiča, na sredini bazenček – zagotovo je bil tudi ta narejen za ljubljeno Ksenijo. Na njegovih robovih so bronaste vodne živalce: rak, želva, žaba in kuščarja, v sredini pa ženski akt, vse delo akademskega umetnika Borisa Kalina. Park je leta 1937 zasnoval dunajski krajinski arhitekt Albert Esch. Odlična oprema in v celoti restavrirano pohištvo še vedno pripovedujejo zgodbo premožnega industri-



Pohištvo v Josipininem salonu iz samostana Velesovo.



Reprezentančna soba v II. nadstropju z zbirko porcelana in svileno preprogo, ki prekriva klavir.

alca Hribarja, ki je premišljeno in z okusom kupoval starine po svetu in doma, predvsem v velesovskem samostanu, antikvariatih in pri ubožanih plemičih.

Spraševali smo se, kaj vse nam še šepeta grad Strmol

Prvi viri o gradu na tem območju so s konca 13. stoletja, ko so bili lastniki plemeniti Strmolški. Končno

podoba enovite trinadstropne stavbe s kletno etažo naj bi grad dobil sredi 16. stoletja. Najstarejša podoba gradu Strmol je ohranjena na skicirkah za topografijo J. V. Valvasorja iz okoli leta 1676. V poznejših stoletjih se je zvrstilo več lastnikov, zadnji je bil *Rado Hribar* v tridesetih letih prejšnjega stoletja. Ko je kupil grad, je bil tako rekoč podrtija. Rado Hribar in njegova žena Ksenija sta gradu dala današnjo podobo, ko sta v letih od 1936 do 1940 grad obnovila s pomočjo arhitekta



Marijin kip »Mlilostni kip Matere božje« v baročni cerkvi Marijinega oznanjenja.

Miha Osolina. Uredili so centralno napeljavo, posodobili električno napeljavo, v severnem prizidku so ob spalnicah uredili dve novi kopalnici v kombinaciji zeleno-rumene keramike in kararskega marmorja. V ostalih sobah so v nišah dodali sanitarne kotičke z umivalnikom in ogledalom. Zakonca Hribar sta bila svetovljana, ljubitelja in poznavalca umetnosti, oba pilota, bila sta znana po ekstravagančnosti. Na gradu sta gostila številne ugledne člane evropske in slovenske družbe, bila sta dobrodošla gosta na evropskih dvorih. Rado Hribar je bil eden najpremožnejših in vplivnih Slovencev med obema vojnoma. Bil je prvi zasebni lastnik letala in solastnik tovarne bonbonov Šumi, predsednik ljubljanskega avtokluba, aerokluba in Mestne hranilnice ljubljanske, bil je mecen več umetnikom, ukvarjal se je z nepremičninastvom. Ksenijo so opisovali kot preprosto, vendar elegantno in nekoliko ekstravagantno lepotico z obilo topline in notranjega žara. Za zunanji blišč ji menda ni bilo mar,

ni bila nečimrna, uživala pa je v vožnji z avtom, postala celo prva jugoslovanska pilotka z izpitom in imela svoja konja. Imela je tudi zelo nenavadnega domačega ljubljence, majhnega krokodila, ki ga je kakor psa na vrvi vodila po Tivoliju, ko je še živela v Ljubljani. Ker je nekoč ugriznil soproga Rada, so ga dali nagačiti. Zakonca Hribar sta na gradu živela in uživala le nekaj let. Januarja 1944 so ju usmrtili pripadniki varnostno-obveščevalne službe, ker naj bi Rado Hribar sodeloval z okupatorjem. Radova sestra Josipina je leta 2000 dosegla njegovo rehabilitacijo. Razveljavljen je bil sodni izrek, da je bil Rado Hribar obsojen na smrt in ustreljen kot narodni izdajalec. Posmrtni ostanki Rada in Ksenije so bili nedavno odkriti v gozdu nad Mačami pri Preddvoru. Potomci so po potrditvi njune identitete poskrbeli za dostojen pokop v krogu družine, da končno po toliko letih počivata v miru. Žalostno zgodbo zakoncev Hribar je pisatelj Drago Jančar opisal v knjigi »To noč sem jo videl.«

Leta 2004 je bil Strmol vrnjen lastnikom, vendar se je država pogodila s sorodniki za primerno odškodnino, da je grad ostal v državni lasti. Bil je razglašen za kulturni spomenik državnega pomena. Sicer dobro vzdrževan grad se je pred več kot desetimi leti začel deloma posedati, nujna je bila tudi zamenjava napeljave in prenovitev kuhinje. Grad je bil obnovljen v letih od 2010 do 2012 in je poleg gradu Snežnik edini, ki je ohranil žlahtno patino in večino notranje opreme. Trenutno so na gradu zaposleni dve gospodinji, vrtnar in vodja gradu. Grajski hotel ima 11 dvoposteljnih sob. Organizirajo protokolarne dogodke, osebna praznovanja in poslovne dogodke, poroke, romantične zaroke, obletnice, poslovna srečanja in nepozabna slavlja. Grad Strmol odpira svoja vrata tudi najavljenim skupinam, ki jih grajski vodiči popeljejo skozi njegovo zanimivo in vznemirljivo zgodovino.

Po obisku prelepega gradu Strmol smo se odpravili v Adergas na *Domačijo Vodnik*, kjer so nas že pričakovali

in nas postregli z okusnim kosilom. Hiša z značilno kmečko arhitekturo in bogato preteklostjo, ki je bila nekdaj namenjena kmetovanju, je pred leti postala gostilna in hotel. Gostilna svojim gostom v tradicionalno obarvanem okolju ponuja pristno slovensko hrano. Na voljo so ponudba sezonskih jedi ter vrhunska vina priznanih slovenskih vinarjev. Letni vrt si gostilna deli s kulturnim centrom Vodnikove domačije, kjer občasno potekajo manjše kulinarčne ter kulturne prireditve na prostem. Med kosilom se nam je pridružil župan iz Cerklj na Gorenjskem, g. Franci Čebulj, ki nas je s svojim obiskom zelo počastil. G. Čebulj je že šest mandatov župan in prav gotovo zelo zaslužen za napredek in razvoj občine. Opisal nam je namreč, kaj vse so uspeli urediti in zgraditi v občini z lastnimi in evropskimi sredstvi, od infrastrukture do izobraževalnih, zdravstvenih in športnih objektov. Kraj, ki ima približno osem tisoč prebivalcev, je tudi turistično vedno bolj zanimiv in izhodišče za razne izlete.

Take optimistične zgodbe o napredku in dobrem poslovanju lokalnih skupnosti so v današnjem času prav osvežujoče in vzbujajo optimizem ter dobro voljo. Vzpodbudno je tudi, da znamo ceniti in ohranjati našo dediščino, v kar smo se prepričali ob obisku cerkve Marijinega oznanjenja, samostana Velesovo in lepo ohranjenega ter vzdrževanega gradu Strmol, ki skriva tudi žalostno nedavno razpleteno zgodbo iz preteklosti.

S temi občutki smo se poslovili od g. župana Čebulja in prijazne Domačije Vodnik v Adergasu pri Cerkljah na Gorenjskem ter se odpravili proti Ljubljani. Za nami je bil spet lep in zanimiv izlet, za katerega je ponovno zaslužna naša predsednica Božena Skalicky Kuhelj, ki skrbi, da se upokojeni zdravniki zdaj že tradicionalno družimo in navadno dvakrat letno obiščemo ter spoznavamo različne zanimive slovenske kraje in njihove znamenitosti.

Foto: Božena Skalicky Kuhelj

Zdravstvena reforma kot test demokracije

Prof. dr. Alojz Ihan, dr. med., ZZS
alozj.ihan@mf.uni-lj.si

Ob nastopu vladanja se je ministrica za zdravje znašla pod velikim pritiskom pričakovanj glede spremembe zdravstvenega sistema, saj je bila to ena od ključnih obljub SMC pred volitvami. Potem so minevali meseci brez sprememb, z izjemo obljub o preučevanju in še temeljitejšem preučevanju. Dokler se ni zgodila zdravstvena resolucija 2015–2025 z veliko všečnimi gesli, kot je pacient v središču sistema, krepitev zdravja in preventive, celostna obravnava pacientov, pozornost na probleme staranja in paliativno oskrbo, dolgotrajna oskrba, krepitev primarnega zdravstva, informatizacija zdravstva po dolgem in počez, skrajšanje vrst (ki so medtem postajale le daljše in daljše), normativi dela v zdravstvu (ki jih ni od nikoder), dostopnost zdravstva za vse državljanke, boljše vodenje zdravstvenih ustanov, nagrajevanje zdravstvenih delavcev po rezultatih dela, boljše poslovanje ZZS.

Že takrat smo mnogi pripomnili, da je resolucija predvsem PR-dokument za kupova-

nje političnega časa – z mnogo spodbudnimi željami (vse naštete želje je sicer precej prej podpisala že ministrica Mazej Kukovič leta 2008 v svoji resoluciji), ki pa niso umeščene v konkreten čas, prostor, družbene, politične, finančne in organizacijske parametre slovenskega zdravstva v letu 2015.

Zaradi meglene resolucije brez konkretnih ukrepov se, pričakovano, od njene objave naprej na MZ spet ni dogodilo nič, kar bi obetalo pozitivne spremembe. In da ne bi postalo vsem le preveč očitno, da je bila resolucija samo politični PR, je vladna PR-služba poskrbela, da se je dotedanje čakanje na zdravstveno resolucijo prelilo v čakanje na nov »odločilni« reformni dokument – analizo zdravstvenega sistema, ki jo je zdravstveno ministrstvo naročilo pri strokovnjakih SZO.

Tisti, ki smo analizo prebrali in jo med sabo pokomentirali, smo si precej enotni, da analiza ni slaba, a smo vse njene ugotovitve že zdavnaj in na sto različnih mestih napisali, objavljali in rotili zdravstvene upravljalce, naj kaj spremenijo. Vprašanje je, zakaj pričakovati, da bo obelodanjenje že znanih dejstev tokrat kaj pomagalo k spremembam?

Analiza ponovno jasno pove, da slovenski državljanji nimamo informiranega in kompetentnega upravljalca zdravstvenega denarja, ki bi znal kupovati zdravstvene storitve glede na naše potrebe. ZZS plačuje namreč tisto, za kar se bolnišnice dogovorijo, da bodo delale, zato je zdravstveni sistem primarno namenjen vzdrževanju državnih bolnišnic in ne zdravljenju bolnikov. V našem zdravstvu pa ni institucije, ki bi s podatki in argumenti opredelila, kaj ljudje potrebujejo in morajo dobiti iz obvezne zdravstvene košarice. Analiza ugotavlja, da se taki prepotrebni opredelitvi v Sloveniji upirajo vsi po vrsti – od zdravstvenih ustanov, ki raje ponujajo tisto, kar imajo, kot tisto, kar bi ljudje potrebovali, in se raje (skupaj s proizvajalci zdravstvenih pripomočkov) odločajo za razvoj in zaračunavanje storitev, kot njim ustreza, namesto da bi morale slediti racionalni in javnozdravstveno utemeljeni politiki storitev. A po drugi strani



Foto: Arne Hodalič

racionalno opredeljene zdravstvene košarice noče niti politika, ki »ne želi biti odgovorna za racionalizacijo zdravstva, s katero bi bilo potrebno javnosti sporočiti, da v osnovno košarico zdravstvenih storitev ni mogoče vključiti vsega«. Tako pravi analiza. Zato se zdravstvene ustanove in politika soglasno raje sprenevedajo, da ljudje dobijo vse; hkrati pa, logično, eni in drugi preprečujejo, da bi tisto »vse« kdorkoli zapisal na papir, saj na ta način ne bi bila le razkrita laž o tem, da vsi ljudje dobijo »vse«, temveč bi začel tak papir odpirati tudi neprijetna vprašanja o racionalnosti določenih storitev, njihovi dostopnosti in seveda tudi o njihovih ponudnikih in cenah. Zato se vsi deležniki zdravstvenega sistema (razen neposrednih uporabnikov, ki so iz odločanja v praksi tako ali tako izključeni, saj niso »pravi« zavarovanci z osebno pogodbo) soglasno strinjajo, da se je bolje še naprej sprenevedati, da imamo v zdravstvu vsi vse, pa čeprav to sprenevedanje preprečuje kakršnokoli racionalno iskanje boljših rešitev.

In še več, analiza zaradi tega sprenevedanja tudi jasno opozarja, da zdravstveni sistem, v katerem politično všečno vsem obljublamo vse, bogatejše države privede v neobvladljivo rast zdravstvenih stroškov, revnejše (kamor spadamo tudi mi) pa v neobvladljivo korupcijo. Saj je logično, če vsem obljublamo, česar objektivno ni dovolj, se najbolj iznajdljivi zrinejo naprej, ostali pa obstanejo v vrstah. Če politiki na pamet trdijo, da korupcijo delajo zdravniki, analiza ugotavlja obratno – korupcijo dela politika, ko populistično obljublja ljudem zdravstvo, ki ga ne zna niti organizirati, niti financirati, niti racionalno kupovati zdravstvenih storitev. Jedro zdravstvene korupcije je vsakokratni zdravstveni minister, ki ne zna, noče ali ne upa na novo napisati pravil in zakonov, ki bi bolnikom pregledno opredelili, kaj od javnega zdravstva jim pripada in da to v resnici morajo dobiti! Jedro korupcije je minister, ki noče politično in zakonsko reorganizirati kupca zdrav-

stvenih storitev, tako da bi v imenu državljanov kupoval le tisto, kar ljudje potrebujejo, in bi to opravil po najugodnejši ceni. In končno – jedro korupcije je minister, ki kot »lastnik« bolnišnic ne uredi zakonodaje tako, da se bo bolnišnicam bolj splačalo (o)zdraviti več bolnikov kot manj in imeti krajše vrste kot daljše.

Sicer pa, zanimivo, analiza zelo očitno graja tudi naše zdravstveno načrtovanje z resolucijo vred kot puhlo, nekonkretno, neumeščeno v konkreten čas, prostor, družbene, politične, finančne in organizacijske parametre slovenskega zdravstva. Je zgolj še en dokument, ki ga bo treba ponovno napisati. Tudi to mnenje seveda ni nič novega, ga je pa dobro ponovno prebrati, če smo zanj še plačali toliko denarja.

A vprašanje je, če bo vse napisano karkoli v zdravstvu v resnici preamknilo. Današnji praktični domačijiški politik bo namreč še vedno želel, da mu zdravstva ne bi bilo treba reformirati z nedvoumno napisanimi, mrzlimi in bog ne daj iztožljivimi zakoni, ampak bi mimo njih tiho in diskretno (in brez odgovornosti) uredil sistem tako, da bi na ključna mesta nastavil zgolj naše in dobromisleče. Zakaj bi formalizirali in reformirali, če se lako vsi skupaj zmenimo kot prijatelji in skupaj kot ena družina vodimo naš ljubi centralistični sistem upravljanja zdravstva podobno kot marsikje, kjer zdravstveni centralizem povsem dobro deluje. In marsikje deluje. A seveda ne pri nas, ker imamo namesto preprostega centralizma polno nekaj vmesnih institucij z nelogičnimi pristojnostmi in opravili, zaradi katerih se centralistična odgovornost razprši, socializira, postaja nesledljiva in izgubljena. Zato nekateri stalno nergamo, da bi bila v zdravstvu potrebna zakonsko definirana, institucionalna reforma, ki bi na novo določila vlogo vseh institucij in njihova medsebojna pravila, odgovornosti, pristojnosti, financiranje, upravljanje, vključno z načinom kupovanja zdravstvenih storitev. Ki naj bodo edini način financiranja bolnišnic.

Če vladajoča politika tako očitno hrepeni po zdravstvenem centralizmu, kjer bo minister imel v roki vse niti, naj, vraga, to uzakonijo in si upajo potem prevzeti jasno odgovornost za delovanje zdravstva! Imajo parlament, imajo večino – kaj čakajo in se sprenevedajo, da oni želijo dobro, samo zle sile okoli njih jim ne pustijo dihati. Ni zlih sil, samo oni so, ki se preračunljivo ne upajo iti odkrite demokracije in parlamentarizma, ampak bi raje preko prijateljskih posrednikov in brez odgovornosti, če se kaj zalomi. Kar je točno enak način, na katerega je bil v Sloveniji nekoč izvršen ekonomski uboj države – s tovariško in tajkunsko »prihvatizacijo«. Zunaj parlamentarnih in javnih razprav, zunaj zakonov, zgolj z usklajenimi prijatelji, ki se razumejo na mig glave ali posekuden pogled v oči.

Zato uvajanje kadrovskega, namesto institucionalnega reformiranja pomeni le vedno večji odklop družbe od spoštovanja zapisanih pravil, zakonov in družbenih institucij, ki so v urbanem svetu osnova družbene organizacije in medsebojnega zaupanja. Kultura prijateljskega centra(lizma) namesto političnih prizadevanj za spremembo institucionalnih pravil utrjuje zakulisni kolektivizem, ki smo ga Slovenci zaradi tradicije sovražnih, antagonističnih klanov že tako ali tako polni, saj nas navdaja s kolektivistično varnostjo, odklopljeno od naših lastnih občutkov, osebne morale in vesti. Dobronamerni kolektivizem je opoj, v katerem človek, zavrt v varno mrežo kolektivne volje brez lastne duše, volje in pravil, spregleda tudi največje moralne alarme, če se jih po neizrečeni kolektivni volji odločijo spregledati tudi njegovi bližnji. Prijateljski kolektivizem je zato bližnjica v moralno razbito, avtoritarno družbo. Zato vprašanje, ali smo zmožni izvesti spremembe v zdravstvu z jasno zapisano reformo, ki bo našla pot skozi javno razpravo in parlamentarni postopek, ni le vprašanje usode zdravstvenega sistema, ampak tudi usode slovenske demokracije.

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 9850 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

Nikola Potočnik, 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.



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.

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 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.

