

## Razmišljanja ob koncu mandata v odboru za strokovno-medicinska vprašanja

Zdravniška zbornica Slovenije je pred petimi leti ustanovila odbor za strokovno-medicinska vprašanja in me izbrala za njegovega predsednika. Vzpostavitev takega odbora je bila vezana na javna pooblastila za strokovne nadzore in podeljevanje licenc članom ZZS, ki jih je Zbornica pridobila od države. S tem je postala skrb za strokovni razvoj zdravnikov in nadzor njihovega strokovnega dela tudi skrb stanovske organizacije.

Odbor za strokovno-medicinska vprašanja je bil sestavljen iz strokovno visoko cenjenih kolegov, ki so s svojim znanjem, intelektom in modrostjo dajali pečat tako delu kot statusu odbora. Prvi koraki so bili zelo previdni, saj smo vsi čutili veliko odgovornost pri vzpostavljanju nove veje zborničnega delovanja, za katero smo pričakovali tudi določeno nestrpnost s strani članov. Delo je potekalo na rednih mesečnih sestankih, po potrebi pa sem zadeve, ki so zahtevale hitrejši odgovor, v skladu s pooblastili odbora reševal sproti.

Obstoj odbora so kmalu opravičile vse številčnejše pritožbe in dopisi, ki so prihajali na naš naslov neposredno, precej zadev so nam odstopile tudi druge službe in odbori Zbornice. Kakor je vloga, pomembnost in tudi vpliv odbora naraščal s krepitvijo ZZS, sem se vedno bolj zavedal, da je odbor pomemben tako kot administrativna osnova strokovnih nadzorov s svetovanjem kakor tudi kot javnosti izpostavljen organ pri medijsko odmevnih pritožbah zaradi domnevnih strokovnih napak zdravnikov ali zobozdravnikov.

Vloge, ki smo jih prejeli, so bile raznovrstne, tako slogovno kot vsebinsko. Nekatere so bile pisane z roko, včasih skoraj nečitljive, druge, ki so jih posredovali odvetniki, spet obširne in pravniško zapletene. Prav vse pa so člani odbora, prof. Ziherl, prof. Funduk, prof. Neubauer, prof. Krajnc, prim. Urlep, prof. Markovič in asist. Koželj, jemali z enako resnostjo in strokovno odgovornostjo. Zelo ustvarjalna članica pri delu tako odbora kot mešanih organov z drugimi odbori je bila prof. Saša Markovič, ki je tudi uspešno povezovala delo ZZS s strokovnimi organi Zdravniškega društva. Bila je pogosto tudi kritična vest in pošten kritik napak kolegov, posebej kadar so izvirale iz slabega znanja ali slabega odnosa. To je bilo sploh posebno poglavje problemov, ki smo jih reševali na odboru.

Pri velikem delu pritožb je bilo potrebno reševati tako strokovni problem kot tudi problem odnosov kolegov do bolnikov ali njihovih svojcev. Poudariti moram, da je bilo tu dobrodošlo sodelovanje z odborom za pravno-etična vprašanja in posebej z dr. Flisom, ki ima veliko znanja tudi s področja prava in zakonodaje.

Odbor je imel odlično pomoč v gospe Miji Lovšin, ki je ne le pripravljala vse potrebno za sestanke ampak tudi vestno in natančno administrativno vodila vse posle odbora.

Koordinacija zborničnih odborov, razsodišča in tožilca Zbornice je bila prava rešitev za obravnavo kompleksnih pritožb, vprašanj in problemov, ki so se pojavljali na zborničnih odborih. To je bilo enako učinkovito kot konzilijska obravnava bolnika!

Na prav vse zadeve pa je naš odbor reagiral v smislu, kot ga je opredelil naš najbolj izkušeni član odbora in odgovorni urednik revije Isis, prim. Urlep: "Zbornica naj bo do svojih članov kot mati - naj jih štiti, vendar, kadar je prav, naj jih tudi okara in kaznuje"! Ni bilo lahko najti pravo mero za zaščito, nasvet in za kazen. In možnosti - kakorkoli že omejene - za kaznovanje so bile in so.

Kot predsednik odbora se sem se vedno poskušal postaviti tako v položaj obtoževanega kolega kot prizadetega bolnika ali svojcev. To je precej zapletlo moja osebna razmišljanja in vzpostavljalo včasih čustven odnos do problemov, vendar sem si vedno prizadeval, da bi po svojih najboljših močeh ohranil nepristranski odnos do obeh strani. Še posebej, ker ima Zbornica moč, da z različnimi sankcijami lahko usodno poseže v delo in tudi življenje zdravnikov. Tudi zato je odbor kot svoje orodje pogosto uporabljal inštitucijo strokovnega nadzora s svetovanjem, ki mu je omogočalo dodatno osvetliti problematiko in nuditi podporo za odločitve in ukrepe.



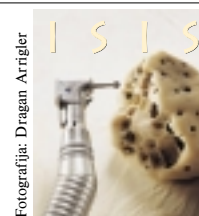
prof. dr.  
Eldar M. Gadžijev,  
dr. med.

---

Pri delu odbora sem si želel, da bi bile naše odločitve predvsem pravične! Pa vendar ni enostavno delovati tako, da je vedno volk sit in koza cela. Pravičnost pogosto zahteva tako ukrepanje, da sledi kazen! Včasih so me problemi, ki so se porajali, zelo obremenjevali. V takih trenutkih sem si očital, zakaj sem sprejel tako funkcijo. Potem sem se vse več pogovarjal tako z obtoževanimi zdravniki kot s tožniki, bolniki ali njihovimi svojci. Ob tem sem včasih porabil veliko časa z ljudmi, ki niso niti imeli hudega problema, le zase so zahtevali čim več. Tudi za takega kolega, bolnika ali svojca si je potrebno vzeti čas! Kljub vsemu sem se nekaterim zameril, ker drugače najbrž ne gre. Ob hudi zaposlenosti s pritožbami pa tudi delno z nadzori nekako ni prišla do veljave tista stran delovanja odbora, ki naj bi vpletla Zbornico v področja strokovno- medicinskih problemov, ki so bila in so širšega značaja. Morda je bilo to po svoje dobro. Kot odbor Zbornice z naslovom "za strokovno-medicinska vprašanja" bi verjetno v rokah katerega od naših kolegov postal bolj razpoznaven tudi v omenjenem smislu. Sam sem menil, da bi to lahko bilo že vmešavanje v vsaj del zdravstvene politike, področje, ki naj ga vodi pristojno ministrstvo. Pa vendarle je vlada dala Zbornici pomembna pooblastila! Vem, da na odboru praktično nikoli nismo poskušali tako vplivati, čeprav so se na nas obračali kolegi in tudi ustanove prav z organizacijsko-strokovnimi problemi. Povedali smo svoje mnenje, vendar nismo nikoli poskušali odločneje vplivati. Danes se sprašujem, če vendarle nismo bili preveč skromni. Če namreč skupina takih strokovnjakov in poštenih ljudi, kot so bili zbrani v našem odboru, ne odreagira na nekatere pomembne strokovno- medicinsko - organizacijske probleme, daje prostor, čas in možnost drugim, ki se sami postavijo kot pomembni in odločujoči subjekti, pa vendarle lahko na škodo, ne le kolegom ampak vsej dejavnosti, potegnejo določene poteze. Ali ni med drugimi strokovno-medicinsko vprašanje tudi organiziranost klinične dejavnosti? Zbornica se nikoli ni glasno opredelila do tega vprašanja. Vsi vemo, da je Ustavno sodišče Slovenije razsodilo, da razformiranje internih klinik v klinične oddelke ni bilo ustavno, a se kljub temu ni nič zgodilo, da bi se stvari popravile. In tako imamo danes dodatno absurdno stanje z dislociranimi kliničnimi oddelki, ki naj bi bili tako in drugače povezani s kliniko, ki pa je sama razdeljena na klinične oddelke... Žal pokončnost, pogum in "hrbtenica" niso vesplošna lastnost kolegov zdravnikov in zobozdravnikov. V svojem mandatu sem dobil potrditev, da predvsem vodstva ne želijo sprememb. Vsekakor je res, da revolucije v zdravstvu niso dobrodošle, saj so prekrute tudi za življenje nasploh, vendar pa vsaj prilagojene spremembe vendarle lahko podpiramo! Dobil sem potrditev, da je za prenekateri strokovni spodrsrljaj, tudi napako ali usodno zmoto, poleg pomanjkljivega znanja pogosto kriv način obravnave bolnikov predvsem v bolnišničnih ustanovah. Zakaj? Vse premalo vidimo bolnika in vse preveč patologijo! In tudi te redko prepoznavamo v njeni kompleksnosti. Še vedno je preveč prisotna delitev na diagnostično konzervativne in operativno intervencijske veje medicine. Bolnika se pošilja okoli ali se kliče konziliarne specialiste, ki so nekje včasih še samo starejši specializanti, ki naj potem svetujejo, kaj z bolnikom. Namesto tega bi konzilijska obravnava problema z zdravniki ob bolniku rešila prenekateri problem, omogočala boljšo obdelavo in tudi dala široko podporo odločitvam in ukrepanju. Če bi tako ukrepali pri vseh medijsko tako odmevnih zdravniških napakah v bolnišnicah, bi se lahko izognili praktično vsem obravnavanim napakam, tudi kateremu od zapletov in morda celo kateri od smrti! Zanimivo, potem obsojamo posameznika, ne vprašamo pa se, kaj lahko naredimo skupaj! Morda je nekoliko drugače v osnovnem zdravstvu. Pa tudi tam se je možno posvetovati z bolj izkušenim kolegom in tudi s specialisti. Značilno pa je, da je le redkokdaj prišla pritožba čez zasebnika, predvsem ne na njihov odnos do bolnika ali svojcev. Ali je to zaradi svobodnosti zasebnika ali je tu še kaj drugega?

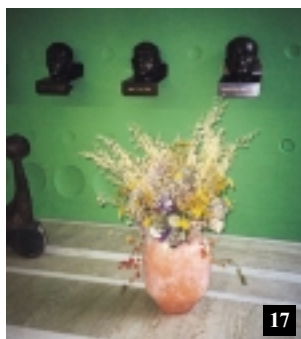
Človek nehote preide od konkretnih primerov na splošno. In če se uspe nekako odtrgati od spon normativov in takih ali drugačnih pritiskov, lažje razmišlja, kaj bi bilo bolj prav. Delo odbora se je ustalilo, sodelovanje teče, nadzori tudi, pritožbe pa prihajajo in bodo še naprej. Barko odbora je mogoče peljati mirno, vendar so še skriti viharji, ki ga lahko odnesejo v to ali drugo čer. Ob rutinskem delu odbor čaka še dolgoročni načrt dela v smislu dejavnega vplivanja na spremembe, ki jih prinaša Evropa in soustvarjanje zborničnega delovanja in politike. Novemu predsedniku, prof. Paganu in njegovemu odboru, ki je v velikem delu ostal isti, želim uspešno delo, pogum in odločnost, uspešno sodelovanje z ostalimi organi Zbornice in tudi nekaj sreče pri odločitvah.

Eldar M. Gadžijev



# Vsebina

<b>uvodnik</b>	Eldar M. Gadžijev	• Razmišljanja ob koncu mandata	<b>3</b>
<b>novice</b>		•	<b>8</b>
<b>iz glasil evropskih zbornic</b>	Boris Klun	• Akutna geriatrija	<b>30</b>
<b>intervju</b>	Nina Mazi	• Prim. Kurt Kancler, dr. med.	<b>31</b>
<b>aktualno</b>	Mirko Jung	• BSE človeka	<b>43</b>
	J. Maučec Zakotnik, Z. Fras	• Ogroženost odraslih Slovencev	<b>47</b>
	Franc Planinšek	• Presajanje kože	<b>50</b>
	Eldar M. Gadžijev	• Nekaj misli o komunikacijah v zdravstvu	<b>56</b>
	M. Petrovec, I. Čabrian	• PDF in spletne izdaje strokovnih revij	<b>58</b>
<b>zanimivo</b>	Jože Četina	• Anesteziologija v celjski bolnišnici	<b>63</b>
	Zvonka Zupanič Slavec	• Zdravnik in botanik	<b>68</b>
	Sanja Lucija Pečnik	• Kakšno naj bo zobozdravstvo v prihodnje	<b>72</b>
<b>program strokovnih srečanj</b>		•	<b>75</b>
<b>delo Zbornice</b>		• Zapisniki IO ZZS	<b>85</b>
		• Glavni mentorji za specializacijo iz pediatrije	<b>89</b>
<b>tako mislimo</b>	France Urlep	• Zdravniki in bolniki na podeželju	<b>90</b>
	Matjaž Zwitter	• Novoletno pismo mojemu ministru	<b>91</b>
	Aleksander Brunčko	• Kako osrečiti mravljice?	<b>93</b>
<b>strokovne informacije</b>	Uroš Prelesnik	• Glavobol pri starejših osebah	<b>94</b>
	Primož Reš	• Strokovno sodelovanje	<b>97</b>
	Igor Kranjec	• Vloga statinov	<b>98</b>
	Sanja Lucija Pečnik	• Expasyl	<b>99</b>
<b>strokovna srečanja</b>	M. Pečan, N. Krčevski Škvarč	• 4. seminar o bolečini	<b>100</b>
	Radko Komadina	• Poročilo o intersekcijskem sestanku	<b>102</b>
	Nena Kopčavar Guček	• Osma mednarodna delavnica o debelosti	<b>104</b>



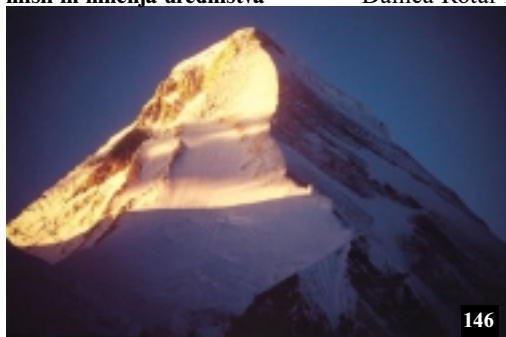
## ZOBOZDRAVNIŠKI SVEDER

Zobozdravniški sveder je eden vodilnih prepoznavnih znakov zobozdravniškega poklica. So različnih oblik in velikosti, izdelani so iz posebnih jeklenih zlitin. Nekateri so posuti z drobnim diamantnim prahom, ki je dovolj trd, da lahko odnaša zobno sklenino - najtrši del človekovega telesa. Drugi so namenjeni odnašanju mehkejših zobnih tkiv in obdelavi dentalnih materialov. Posebne oblike svedrov, ki jih zobozdravnik največkrat uporablja ročno, so igle ali pilice, s katerimi se odstrani zobna pulpa - zobni živec.

Tekst: Matjaž Rode

Idejna zasnova: Elizabeta Bobnar Najžer

Iztok Tomazin	• Mednarodna 140	
združenja gorskih reševalnih organizacij	105	
Gordana Živčec Kalan	• Venska insuficienca	107
Matjaž Rode	• Redni letni kongres Svetovnega združenja stomatologov	110
Andrej Rant	• Mednarodne organizacije za zobozdravstvo	112
Patricija Ećimović	• 22. letno srečanje mednarodnega združenja registrov raka	114
Mojca Velikonja Vagner	• 2. Rantov dan	115
S. Naumovska, N. Krebelj Škof	• Osmi dnevi oralnega zdravlja	116
Rok Malavašič	• Proktologija	117
Dražigost Pokorn	• Družbeno zdravje in prehrana	119
Marija Grm	• Srčno popuščanje	121
Rafael Kapš	• Šola intenzivne medicine	124
Onja Tekavčič Grad	• Samomor in samomorilno vedenje	125
Suzana Židanik	• Seminar družinske medicine	128
Mirjana Stantič Pavlinič	• Nadzor stekline v Ameriki	132
Alenka Škerjanc	• 17. kongres mednarodne diabetične federacije	134
Jasna Rozman Marčič	• Bolečina v križu	136
Borut Bratanič	• Izmenjava strokovnih obiskov	138
<b>zdravniki v prostem času</b>		
France Urlep	• Kava pri Zvonki Zupanič Slavec	140
Iztok Tomazin	• Nebeške gore (1. del)	145
<b>zlata obreza</b>		
Janko Kostnapfel	• Osamljenost starejših	147
<b>nove publikacije</b>		
Miloš Šabovič	• Klinična preiskava	149
Stelio Rakar	• Tehnika vaginalne kirurgije	149
Jožica Červek	• Pregled pomembnejših tumorskih označevalcev	151
<b>koledar zdravniških srečanj</b>	•	153
<b>misli in mnenja uredništva</b>		
Danica Rotar Pavlič	• Pravljica o (čisto navadnem) vrču	166



146



113



31

# Novi ambulantni prostori ZD Celje



ZDRAVSTVENI DOM CELJE

**N**ajlepše novoletno darilo so zaposleni v ZD Celje ter prebivalci občin Celje, Dobrna, Vojnik in Štore dobili zadnje dni decembra z odprtjem prenovljenih ambulantnih prostorov v zdravstvenem domu. Na 600 m<sup>2</sup> obnovljene površine po novem deluje pet ambulant družinske/splošne medicine v prijaznem okolju, obdane z zdravju neškodljivimi materiali ter najnovejšimi arhitekturnimi dognanji in dosežki tehničnih strok. Kot je ob otvoritvi dejal direktor ZD Celje prim. mag. Brane Mežnar, tudi sicer duša uspešnega delovanja ZD, so v prvi polovici 90. let kot prednostne naloge opredelili dvig kakovosti storitev, profesionalno raven dela in obvladovanje stroškov ter povečanje prihodkov. Po uspešno realiziranih zastavljenih ciljih so v drugi polovici preteklega desetletja pričeli vlagati v razvoj s posodobitvijo medicinske in tehnološke opreme ter izobraževanjem zaposlenih. Zadnja, čeprav ne najmanj pomembna, stopnja rasti zdravstvenega doma je bila obnovev dotrajanih zgradb ter s tem dvig standarda de-

lovnega okolja tako za zdravstvene delavce kot za paciente. Obnovo so načrtovali več kot leto dni, izvedba je bila končana v manj kot treh mesecih. V izjemno kratkem času je dela izvedlo podjetje Remont, ki se mu je direktor tudi javno zahvalil. Pohištvna dela so kakovostno in hitro naredili v podjetju Mizar. Posebnost pa je likovna ureditev notranjosti. Prostornost hodnikov lično dopolnjujejo vitrine z muzejskimi eksponati iz

zbirke Celjskega muzeja, stene pa krasijo likovna dela, ki so jih darovali Cinkarna, Cettis in g. Domjan. Še posebej smo ponosni, da so v likovno opremo vključili tudi naslovnice zadnjih letnikov revije Isis.

V novem tisočletju bodo novi prostori zdravnikom in sestram omogočali nadpovprečnost in profesionalnost na strokovnem področju, odličnost in korektnost v poslovnih stikih ter prijaznost, strpnost in srčno kulturo v medčloveških odnosih, kar so zapisali med svoje vrednote. V ZD Celje oskrbijo na osnovni ravni okoli 10.000 pacientov, specialistične in druge zdravstvene storitve pa nudijo zavarovancem in samoplačnikom širše celjske regije, kjer je okoli 240.000 prebivalcev. ■

ebn

*Otvoritve so se udeležili mnogi ugledni zdravstveni strokovnjaki, kolegi in poslovni partnerji in prijatelji iz bolnišnice Celje, zdravstvenih domov, gospodarstva in družbene dejavnosti*



*Novi ambulantni prostori so namenjeni splošni oziroma družinski medicini v Zdravstvenem domu Celje*



*Slavnostni trak je prerezala priljubljena in znana celjska zdravnica Nada Strle, dr. med., v prisotnosti župana mestne občine Celje g. Bojana Šrota in direktorja ZD Celje prim. mag. Braneta Mežnarja, dr. med.*

## Zelena luč za evtanazijo

**E**vtanazija, ki v tem trenutku buri duhove zdravstvenih oblasti, vlad, strokovnjakov in laične javnosti na vseh celinah (zlasti v ZDA, Kanadi, Evropi in Avstraliji), je prvi konkretni epilog dobila na Nizozemskem. Nizozemska vlada, ki nasploh velja za najbolj prosvetljeno in odprto na številnih področjih (slednje se ji v praksi bogato obrestuje) - od drog do socialnih zadev, zaposlovanja in upokojevanja, je konec novembra legalno uredila tudi problematiko evtanazije, s katero so se na Nizozemskem resno, načrtno in strokovno ukvarjali že dalj časa. Pomembno vlogo pri ureditvi tega področja je igrala tudi laična iniciativa - nizozemsko prostovoljno združenje za evtanazijo. Nizozemski parlament se je določil za legalizacijo evtanazije v primerih končnih stadijev bolnikov z neozdravljivimi boleznimi. Po parlamentarnem soglasju (odločitvi je nasprotovalo le nekaj poslancev iz krščanske stranke) gre zakon še v potrditev na senat (ta je praviloma formalne narave). Poznavalci pričakujejo, da bo zakon začel veljati v letu 2001.

Po sprejetju zakona o evtanaziji na Nizozemskem pojavljanja in izvajanja le-te ne bodo več (rutinsko, brez posebnega vzroka

oz. povoda) nadzorovali državni tožilci. O pogostosti in pomembnosti evtanazije zgovorno priča tudi podatek, da so nizozemske oblasti samo lani prejele in obravnavale več kot 2.000 uradno prijavljenih primerov evtanazije. Zato ni čudno, da je morala takšnja medicinska stroka, zakonodajna oblast in politika popustiti javnemu mnenju, ki je zahtevalo zeleno luč za legalizacijo evtanazije in zdravniške pomoči pri smrti.

Pobudniki in zagovorniki novega zakona o evtanaziji so se pri svojih izvajanjih sklicevali predvsem na pravice pacientov, njegovi nasprotniki pa se bojijo, da bo prihajalo do zlorab (uradno dovoljenih usmrtitev). Sicer pa je Nizozemska edina država na svetu, ki je že doslej evtanazijo strpno obravnavala (je načeloma ni kaznovala). Nizozemski parlament je že pred sedmimi leti (1993) izoblikoval in sprejel smernice, po katerih ne preganjajo (sankcionirajo) zdravnikov, ki izvajajo evtanazijo. Kljub temu pa je do sprejetja novega zakona na Nizozemskem še v veljavi stara zakonodaja, po kateri lahko zdravnika, ki se odloči za evtanazijo oziroma pomaga bolniku umreti, doleti 12 let zapore. ■

Vir: BBC, 24. 11. 2000

nm

## Pulmološki konzilij na Golniku

**B**olnišnica Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, obvešča, da pri njih redno poteka tudi konziliarna dejavnost in sicer:

- torek ob 14.00, zdravniška posvetovalnica: konzilij posvečen predvsem boleznim pljučnega intersticija, vodi ga prof. dr. Ema Mušič.
- četrtek ob 14.00, zdravniška posvetovalnica: alergološki konzilij, vodi ga doc. dr. Mitja Košnik.

Če potrebujete posvet glede diagnostike ali zdravljenja vašega bolnika:

- se konzilija lahko osebno udeležite. Zaželeno je, da svojo udeležbo predhodno najavite po elektronski pošti, faksu ali telefonu,
- konziliju lahko pošljete zdravstveno dokumentacijo bolnika s prošnjo za preučitev in mnenje glede katerega koli vprašanja s področja pulmologije in alergologije.

Mnenje konzilija je pisno, potrebna je napotnica.

Poleg tega ponovno obveščamo, da poteka konziliarna dejavnost Kliničnega oddelka za pljučne bolezni in alergijo vsak dan na lokacijah specialističnih ambulant na Golniku in v Ljubljani, Zdravstveni dom Bežigrad, Kržičeva ulica.

E-pošta: [mitja.kosnik@klinika-golnik.si](mailto:mitja.kosnik@klinika-golnik.si), faks: 04 25 69 117

Na Kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo poteka tudi redno izobraževanje. Predavanja so ob ponedeljkih in četrtek ob 13.00 v zdravniški posvetovalnici. Program za naslednji mesec je na spletni strani: <http://www.astma-info.com/html/golnik.htm> ■

Jurij Šorli, Mitja Košnik

## Nagrade za znanstvena dela s področja zdravstva

**M**inistrstvo za zunanje zadeve, Sektor za mednarodne odnose v kulturi nam je posredoval razpis za nagrade s področja znanosti, zdravstva in sociale, ki jih vsako leto podeli Univerza v Istanbulu.

Kandidati ne smejo biti starejši od 45 let, predložiti morajo pet izvodov svoje znanstvene naloge, ki je bila v preteklih 5 letih objavljena v mednarodnih publikacijah.

Zmagovalce vsako leto razglasijo 31. avgusta, svečana ceremonija pa poteka med otvoritveno svečanostjo za novo akademsko

leto (po navadi prvi teden oktobra). Nagrada zanaša 5.000 USD. Zmagovalci med otvoritveno svečanostjo opravijo kratek petminutni govor, na temo po svoji izbiri in predstavijo svojo znanstveno nalogo (45 do 60 minut) v pristojnih oddelkih Univerze v Istanbulu.

Rok prijave je 28. februar 2001. Stroške potovanja in bivanja krije Univerza v Istanbulu. Kandidati lahko dobijo prijavnice na naslovu: International Awards Secretariat, Istanbul Universitesi Odulleri, Sekreterligi, Beyazit, Istanbul, Turkey. ■

# Božični koncert v Kliničnem centru

**K**ulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher v Ljubljani je v sodelovanju z župnikom Mirom Šlibarjem in Kapelo Kliničnega centra pripravil za bolnike koncert božičnih pesmi. Koncert naj bi bolnikom, ki so v tem prazničnem času ostali v bolnišnici, njihovim obiskovalcem in tudi zaposlenim posredoval nekaj domačnosti in topline tega bogatega čustvenega praznika.

Za pravo božično in prednovoletno vzdušje so poskrbeli že zaposleni v Kliničnem centru, saj so slavnostno in svečano okrasili vhod v stavbo in avlo, v razstavišču pa so postavili tudi bogato okrašeno drevesce. Gospod Šlibar je pripravil splet osebnih prazničnih razmišljanj in jih povezal v voščilo vsem prisotnim. Študentki Medicinske fakultete Minka in Mojca sta prinesli betlehemske plamen miru in ga položili pred jaslce. Prižgali sta male svečke in jih podarili vsakemu prisotnemu. Vsak je v bolniško sobo, na delovno mesto ali domov odnesel plamenček z željami po miru med ljudmi.

Hkrati je na tem sklepnem koncertu v 2. tisočletju predsednica KUD-a dr. Zvonka Zupančič-Slavc tudi v imenu ustanoviteljic Kliničnega centra in Medicinske fakultete izrekla iskreno voščilo za srečo in zdravje v prihodnjem letu, za mir v prihajajočem stoletju in širjenje kulture v vsem naslednjem tisočletju.

Koncert pa so pripravili pevke in pevci komornega mešanega zbora Hozana iz Radovljice. V njem sodeluje 17 zelo mladih pevcev iz širšega okolja Gorenjske. Delo so pričeli s prenovljeno zasedbo in z novim vodstvom leta 1998. Skladateljica Urška Pompe in zborovodja Steven Loy uspešno pripravljata pevce z bogatim repertoarjem slovenske in tuje sakralne glasbe, posvetnih skladb renesance in baroka, klasičnih, romantičnih in sodobnih skladateljev. Nastopajo v domovini in tudi na tujem. Ob junjskih nedeljskih popoldnevnih nastopajo po manjših cerkvah s preprosto željo, da polejšajo dan sebi in svojim poslušalcem. Predstavljajo se na občinskih in regijskih revijah odraslih pevskih zborov. Zapeli so rojakom na Švedskem in na Koroškem, pa tudi de-



*Mali bolnici pred dreveščkom z jaslami in betlehemskim plamenom*

vedesetletni ženi za rojstni dan in prababici v bolnišnici. Marca letos se bodo podali v Nemčijo in s tamkajšnjim zborom peli na temo Mir in prijateljstvo. Predsednica zbora Tatjana Pintar pravi, da je njihov glavni cilj pri izvajanju izbrane glasbene literature podariti poslušalcem globino in veličino glasbenih občutij. "Počasi nam to uspeva in veselimo se, da se naš krog poslušalcev širi in da je zelo raznolik - prisluhnejo nam tako glasbeni strokovnjaki, kot ljudje, ki preprosto uži-



*Svečke miru med poslušalci*

vajo v lepi glasbi." Zbor ima veliko samostojnih koncertov ob raznih priložnostih, pojejo ob otvoritvah razstav in na dobrodelnih koncertih. Eden takšnih je bil tudi ta v Kliničnem centru. Z enajstimi pesmimi so napolnili prostore Kliničnega centra, da so tudi naključni mimoidoči pristopili in se pridružili slavnostnemu koncertu. Bolj in manj znane božične pesmi so napolnile srca prisotnih.

V slavnostnem razpoloženju smo se razšli, odnesli s sabo to vzdušje in ga predali naprej. Tudi delo župnika Kapele v Kliničnem centru ni bilo končano. Odpravil se je na obiske po bolniških sobah Kliničnega centra, kjer mnogi najtežji bolniki, ki se niso mogli udeležiti pripravljene koncerta, težko čakajo njegovo tolažbo. ■

*Tatjana Praprotnik*



*Župnik kapele KC Miro Šlibar in zbor Hozana med koncertom*

# Podelitev naziva “gostujoči profesor” na Medicinski fakulteti

**M**edicinska fakulteta v Ljubljani vsa ko leto v tednu Univerze podeli naziv “gostujoči profesor”. Decembra 2000 sta jih prejela prof. dr. Corrado Angelini in prof. dr. Michael R. Waterman. V nadaljevanju so strokovna poročila predlagateljev.



*Prof. dr. Michael R. Waterman in prof. dr. Corrado Angelini (z leve)*

## Prof. dr. Corrado Angelini

Senat Medicinske fakultete v Ljubljani naju je na seji dne 9. 10. 2000 imenoval v komisijo za izdelavo strokovnega poročila za podelitev naziva “gostujočega profesorja” za prof. dr. Corrada Angelinija z Medicinske fakultete v Padovi. Predlog sta podala Inštitut

za anatomijo in Katedra za nevrologijo Medicinske fakultete v Ljubljani.

Po pregledu kandidatove bio- in bibliografije ugotavlja naslednje:

Prof. dr. Corrado Angelini se je rodil 3. 8. 1941 v Padovi. Na Medicinski fakulteti Univerze v Padovi je diplomiral leta 1965, specializacijo iz nevrologije je zaključil leta 1968, doktorsko disertacijo “Pomen piridinskih nukleotidov pri nabrekanju mitohondrijev” je obranil leta 1965. Podoktorski študij je nadaljeval v ZDA, kjer se je od leta 1970 do 1973 znanstveno-raziskovalno izpopolnjeval na kliniki Mayo. Leta 1980 je bil izvoljen za izrednega profesorja, leta 1994 pa za rednega profesorja nevrologije Univerze v Padovi. Leta 1977 je postal gostujoči profesor na univerzi UCLA v Los Angelesu, leta 1984 na Univerzi v Koloradu, na Univerzi v Bostonu pa leta 1988. Od leta 1990 vodi Center za epidemiologijo in preprečevanje živčno-mišičnih bolezni Univerze v Padovi, ki je vodilni klinično-diagnostični center za živčno-mišične bolezni v severovzhodni Italiji in priznan tudi v svetovnem merilu. Prof. dr. Corrado Angelini je član Ameriške akademije za nevrologijo, Združenja za nevroznatnost, Svetovnega združenja za mišice, Ameriškega nevrološkega združenja in Evropskega združenja za nevrologijo.

Znanstveno-raziskovalno delo prof. dr. Corrada Angelinija je zelo bogato in obsega preko 500 znanstvenih publikacij. Njegovo ožje raziskovalno področje je proučevanje metabolnih miopatij, predvsem motnje metabolizma karnitina. Skupaj s profesorjem A. G. Englom je leta 1973 v reviji Science opisal nov sindrom pomanjkanja karnitina v skeletni mišici. Je vrhunski strokovnjak pri raziskovanju distrofinopatij in sarkoglikanopatij. Sodeloval je tudi v raziskovalni skupini, ki je leta 1990 opisala lokacijo gena za spinalno mišično atrofijo. Poleg proučevanja skeletne mišice obravnava v številnih raziskavah tudi prizadetost srčne mišice pri živčno-mišičnih boleznih. V revijah, ki jih citira SCI je objavil 159 člankov, od tega v najbolj prestižnih naslednje: štiri v reviji New En-

gland Journal of Medicine, enega v reviji Science, šest v reviji Lancet in po enega v revijah Nature ter Nature Genetics. Številne članke je objavjal tudi v drugih zelo uveljavljenih nevroloških, genetskih biokemičnih in internističnih revijah. Je tudi avtor 34 poglavij v italijanskih strokovnih medicinskih knjigah, 12 poglavij v strokovnih medicinskih knjigah, ki so jih izdale mednarodne založbe in avtor knjige Razvojna nevrologija, izdane v Padovi. Prof. Angelini je tudi glavni urednik za klinične prispevke revije Nervomuscular Disorder.

Prof. dr. Corrado Angelini je že sodeloval kot predavatelj na strokovnih srečanjih, ki jih je organiziral Univerzitetni inštitut za klinično nevrofiziologijo v Ljubljani: leta 1996 je na simpoziju iz nevrogenetike pripravil predavanje o miotonični distrofiji, leta 1998 pa je v okviru Evropskega kongresa klinične nevrofiziologije v Ljubljani predaval na izpopolnjevalnem tečaju “Osnove morfologije mišice in živca za elektromiografiste”.

Že od leta 1993 kandidat podpira razvoj najsodobnejše molekularno genetske diagnostike živčno-mišičnih bolezni v Sloveniji. Strokovno izpopolnjevanje doc. dr. Mije Meznarič Petruše v njegovem laboratoriju (v letih 1993, 1999 ter dvakrat leta 2000) je omogočilo v Sloveniji vpeljavo imunskega blotinga za diagnostiko Beckerjeve mišične distrofije in ramensko-medeničnih oblik mišične distrofije. Kot konzultant nudi prof. dr. Angelini slovenskim kolegom strokovno pomoč pri rutinski morfološki diagnostiki živčno-mišičnih bolezni. Z njegovo pomočjo so diagnosticirali prve primere zelo redkih bolezni kot npr. pomanjkanje kisle maltaze in McArdlovo bolezen, kot tudi prvi primer sarkoglikanopatije, disferlinopatije in kalpainopatije pri nas. Povezava Inštituta za anatomijo Medicinske fakultete v Ljubljani s Centrom za epidemiologijo in preprečevanje živčno-mišičnih bolezni bi pomenilo vrhunsko diagnostično obravnavo na področju molekularno-genetskih preiskav. Omenjeno sodelovanje je izjemno pomembno za strokovno dejavnost Inštituta za anatomijo in



Nevrološko kliniko oziroma za kakovostno diagnostiko živčno-mišičnih bolezni pri nas.

Sklep: Poročevalca podpirava izvolitev prof. dr. Corrada Angelinija v naziv "gostujočega profesorja" na Medicinski fakulteti v Ljubljani, kar bi prispevalo k odpiranju le-te v evropski prostor in obogatilo pouk na naši fakulteti.

*Andrej Mašera, Ciril Kržišnik*

## Prof. dr. Michael R. Waterman

Dne 1. 10. 1999 je Inštitut za biokemijo Medicinske fakultete v Ljubljani podal predlog za imenovanje prof. dr. Michaela R. Watermana z Medicinske fakultete Univerze Vanderbilt, Nashville, ZDA, za gostujočega profesorja na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani. Senat Medicinske fakultete je na svoji seji dne 15. 11. 1999 imenoval nas, prof. dr. Radovana Komela, prof. dr. Andrejo Kocijančič in prof. dr. Saša Svetino, v komisijo za izdelavo strokovnega poročila za podelitev naziva "gostujoči profesor".

Imenovani poročevalci smo skrbno pre-

gledali in preučili priložene dokumente, kot so utemeljitev predloga s strani Inštituta za biokemijo Medicinske fakultete, kandidatov življenjepis ter njegova bibliografija, in smo na tej osnovi izdelali to strokovno poročilo.

Prof. dr. Michael Roberts Waterman je redni profesor biokemije in predstojnik oddelka za biokemijo na Medicinski fakulteti Univerze Vanderbilt v Nashvillu, Tennessee, ZDA. Univerza Vanderbilt sodi med petnajst vodilnih univerz v ZDA, sam oddelk za biokemijo njene Medicinske fakultete pa je pod vodstvom profesorja Watermana v letih 1997 in 1998 med oddelki za biokemijo ameriških univerz zasedel prvo mesto v količini dodeljenih sredstev ameriške agencije NIH. Oddelk vključuje preko sto osemdeset raziskovalcev, tehničnega osebja in učiteljev, od tega 23 visokošolskih učiteljev, vključno z dobitnikom Nobelove nagrade za fiziologijo in medicino za leto 1986.

Profesor Waterman je eden izmed pionirjev raziskav s pomembnega področja encimov naddružine citokromov P450, ki so vključeni v endogene metabolične poti biosinteze steroidnih hormonov. Že več kot trideset let je med vodilnimi znanstveniki, ki raziskujejo mehanizme uravnavanja izražanja genov s peptidnimi hormoni, molekular-

ske osnove indukcije genov naddružine citokromov P450 ter razmerja med strukturo in funkcijo teh encimov. Objavil je več kot dvesto znanstvenih člankov, od tega kar enainpetdeset v prestižni reviji *Journal of Biological Chemistry*, devet v publikaciji ameriške akademije znanosti PNAS, dvanaest v vodilni reviji s področja endokrinologije *Molecular Endocrinology* in dve v reviji *Science*. Posebej, na povabila, je v uglednih znanstvenih revijah objavil še dvainštirideset raziskovalnih in preglednih člankov ter dvainsedemdeset predavanj (v obliki člankov) z znanstvenih konferenc, tri poglavja v knjigah in bil urednik pri izdaji petih knjig. Bil je član uredniškega odbora revij *Journal of Biological Chemistry*, *Molecular Endocrinology*, *DNA and Cell Biology* ter *Archives of Biochemistry and Biophysics*, pri kateri je sedaj tudi glavni urednik.

Profesor Waterman je član šestih strokovnih društev v ZDA in številnih mednarodnih komisij za ocenjevanje znanstvenih projektov. Vabljen je kot svetovalec farmacevtskih družb, kot ocenjevalec dela oddelkov za biokemijo ameriških univerz in kot strokovnjak pri ocenjevanju projektov ameriške agencije NIH. Za svoje delo je prejel številna priznanja, med njimi leta 1995 prestižno priznanje Natalie Overall Waren Distinguished Chair in Biochemistry in leta 1996 častno nagrado NIH, ki jo ta agencija podeljuje le redkim raziskovalcem, ki vrsto let uspešno izvajajo in nadgrajujejo projekte, financirane s strani NIH.

Profesor Waterman se že več kot trideset let posveča akademskemu izobraževanju. V svojem laboratoriju je do sedaj izobraževal in izsolal že 13 podiplomskih in 45 podoktorskih študentov iz različnih držav, v zadnjih letih tudi iz Slovenije. V letih 1995 - 1997 je z dvema podoktorskima študentoma, eden od njih je bila doc. dr. Damjana Rozman z Medicinskega centra za molekularno biologijo na Inštitutu za biokemijo Medicinske fakultete v Ljubljani, odprl obetajoče področje raziskav novega citokroma P450, vključenega v biosintezo pot holesterola in sterolov s signalnimi lastnostmi. To projektno sodelovanje med Medicinsko fakulteto Univerze v Ljubljani in Medicinsko fakulteto Univerze Vanderbilt, ki ga finančno podpirata tudi naše Ministrstvo za znanost in tehnologijo in tovarna kemičnih in farmacevtskih izdelkov Lek, poteka neprekinjeno od leta 1997 dalje, v letih 1999 do 2002 pa je finančno podprto tudi s strani ameriške



**Udeleženci svečanosti v čitalnici Medicinske fakultete**

agencije NIH, sklad FIRCA.

Profesor Waterman je imel na Medicinski fakulteti v Ljubljani že več predavanj. Bil je tudi uvodni predavatelj na Drugem srečanju Slovenskega biokemijskega društva z mednarodno udeležbo oktobra 1997 na Otočcu. Na tem srečanju je tudi, v okviru simpozija "Izobraževanje v biokemiji", predstavil način poučevanja biokemije na ameriških univerzah. Že takrat je izrazil pripravljenost sprejeti na študij in raziskovalno delo podiplomske študente vseh oddelkov Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani in je to v naslednjih letih tudi uresničeval. Že v letu 1998 je šest mesecev izobraževal podiplomsko študentko Medicinske fakultete, ki se je usposabljalna na našem medfakultetnem podiplomskem študiju Biokemija in molekularna biologija, drugo kandidatko, študentko našega univerzitetnega znanstvenega podiplomskega študija Biomedicina, pa bo sprejel v začetku prihodnjega leta. Profesor Waterman se sicer želi vključiti tudi kot dejaven udeleženec v podiplomske izobraževalne programe, pri katerih sodeluje naša medicinska fakulteta in ni dvoma, da bi njegova ekspertiza obogatila, ne samo podiplomski, temveč, s svetovanjem, tudi dodiplomski študij na naši fakulteti. Že vrsto let namreč kot strokovnjak in pedagog velikih razsežnosti, poleg raziskovalnih, pedagoških in predstojniških obveznosti na Univerzi Vanderbilt, velik del svojega časa posveča gostovanjem na številnih univerzah po svetu in predavanjem na mednarodnih strokovnih srečanjih, od leta 1995 dalje pa redno svetuje in sodeluje tudi pri izobraževanju slovenskih podiplomskih in podoktorskih študentov. Nesebično podpira raziskovalno delo na Inštitutu za biokemijo Medicinske fakultete v Ljubljani in mlajšim raziskovalcem in študentom odpira pot k uveljavitvi v mednarodnem prostoru. Podpisani poročevalci se pridružujemo mnenju predlagateljev, da bi izvolitev v naziv "gostujoči profesor" obogatila Medicinsko fakulteto Univerze v Ljubljani z izkušenim visokošolskim učiteljem, mednarodno priznanim strokovnjakom in izjemnim človekom, ki ne skriva velike naklonjenosti do Slovenije, napredka naše znanosti in izobraževanja ter našega pospešenega vključevanja v mednarodne tokove. ■

Radovan Komel, Andreja Kocijančič,  
Saša Svetina

## Razstavi v Kliničnem centru

Proti koncu leta 2000 sta se v Kliničnem centru zvrstili dve razstavi. Obe je pripravilo Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher, njihova likovna sekcija, katere predsednik je dr. Dušan Müller. Namenjeni sta bili bolnikom, ki se vsakodnevno sprehodijo med razstavljenimi deli in se tako v času hudih zdravstvenih stisk na kratko oddahnejo in najdejo pozabo za svoje skrbi. Namenjeni sta bili tudi obiskovalcem ter vsem zaposlenim in študentom. Prav vsem nam likovna dela razvedrijo in polepšajo dan, preživeti v naši osrednji bolnišnici.

Prva razstava je bila pripravljena in odprta 14. novembra 2000. To je bila 14. samostojna razstava likovnih del Emilije Erbežnik, članice likovne sekcije KUD-a. Gospa Erbežnik ni razstavljala le svojih slik, sama je pripravila tudi okrasitev razstavišča z doma izdelanimi keramičnimi posodami, z doma skrbno nabranimi in posušenimi cveticami. O njenih delih je nekaj toplih besed

povedala Polona Škodič, umetnostni kritik. Povedala je, da kot vedno v umetnosti, talent ni dovolj, potrebno je intenzivno šolanje in zavzeto delo. Tako je tudi razstavljalna dosegla svoje slikarsko znanje. Pomagali so ji mentorji Savo Sovre, Franc Novinc, zadnje čase tudi Marjan Zaletel in Janez Kovarčič. Vsi so v njenih delih pustili sledi. Njena dela na različne teme in v različnih slikarskih tehnikah niso ljubezniva le za oko, temveč tudi za srce. Poleg vsega prikazanega se gospa Erbežnik že eno leto uči igrati na stari



*Emilija Erbežnik: Tibožitje*



*Okrasitev v Kliničnem centru - skrbno in ustvarjalno delo E. Erbežnik*

slovenski instrument - citre. Nadvse nas je vse prevzela silna življenjska energija in želja po umetniški izpovedi na različnih nivojih. Pri njenem ustvarjalnem delu jo spremljajo domači in mnogi prijatelji, ki so jo sprejemili tudi na prireditve v Klinični center. Tudi glasbeni program na otvoritvi je bil posebno doživetje in osebno vezan na razstavljalavko, saj je dirigent zboru grafičnih delavcev gospod Jože Jesenovec njen brat.

Moški pevski zbor grafičnih delavcev je bil ustanovljen že leta 1923 v Ljubljani. Od vsega začetka zbor sodeluje tudi na taboru pevskih zborov v Šentvidu pri Stični, tam so bili že 30-krat. Njegovi pevci z zborom živijo, rastejo, se starajo. Solist tenorist Tone Gašperšič je dosegel že 84 let, ostali pevci pa mu sledijo. Njihovi zreli glasovi zapojejo ubrano in živahno. Zborovodja je pred avditorijem povedal, da bi tudi sam rad tako

uspešno delal do njegovih let. Zapeli so stare slovenske narodne pesmi iz različnih slovenskih pokrajin. Obiskovalci, bolniki in zaposleni ter organizatorji smo jim iz srca zaploskali. Želimo jim še veliko nastopov in prijetnih ur pri vajah.

Druga likovna prireditev, zadnja v letu 2000 v Kliničnem centru, je bila 12. decembra. Svoja najboljša, najbolj uspela dela so izbrali in razstavili člani Likovne sekcije KUD-a Kliničnega centra in Medicinske fakultete v Ljubljani. Razstavljenih je kar 38 slik naslednjih slikarjev: Danica Bem-Gala, Saša Boljkovac, Bogdan Breznik, Miroslav Cepuder, Emilija Erbežnik, Janez Goltes, Marija Goms, Višnja Grubišič, Andrej Herman, Karel Hruza, Leon Koporc, Pavla Kovačec, Henrik Krnec, Janez Kovačič, Zora Lamprecht Rijavec, Jože Matjašec, Marjan Miklavec, Jano Milkovič, Dušan Müller, Jasna Müller, Radko Oketič, Bojan Pahor, Andreja Peklaj, Dušan Sedej, Edi Sever, Jelka Sever, Franc Skerbinek, Draga Soklic, Marija Strnad, Zorka Svatina Ciman, Marija Šemrov Pirc, Pavle Ščurk, Ladislav Ulčakar, Zdenka Vinšek, Bernarda Zajec, Niko Zupan, Marjan Zaletel in Mira Uršič Šparovec. O tej pestri zbirki del je z izbrano strokovno besedo spregovorila Polona Škodič, likovni kritik in umetnostni zgodovinar. Njihova dela in ustvarjalce že precej dobro pozna. Vsakič jih rada pregleda in oceni ter tako spremlja njihov napredek. Delo mentorjev (Leon Koporc, Marjan Zaletel, Janez Kovačič) vedno najde plodna tla. Likovniki dru-



*Labkotnost in vedrina narodnega plesa*

tva so dobri učenci, ki si vedno želijo izboljšati svoje znanje. Motivi so večinoma krajski iz cele Slovenije, morje, hribi, travniki, v katerih začutimo našo deželo. Razstava je zgovorna, prepričljiva, slikovita, polna toplih in intenzivnih jesenskih barv. "Umetnost je najlepše v življenju. Če se temu poskušamo le približati, je to že veliko." je rekla Polona Škodič. Mentorjem, ustvarjalcem ter vsem prisotnim je zaželela veliko umetniških inspiracij v letu 2001.

To prireditev v Kliničnem centru je pričel in zaključil folklorni nastop sekcije KUD-a. To so naši COF-ovci (klub optimističnih folkloristov). Sami pravijo, da se uvrščajo med "starejše" folkloriste. Vendar so leta in pridobljene izkušnje veliko prispevali k

temu, da lahko vsakemu plesu dodajo lasten izraz. Za člane je značilno, da so domala vsi dolga leta plesali pri študentskih folklornih skupinah. Bogato slovensko ljudsko izročilo jim je "zlezlo pod kožo" in ga v tej skupini ohranjajo še danes. Skupina želi predstavljati ples vse slovenskih pokrajin, na tokratni prireditvi pa so izbrali belokranjske plesne in plesne iz jugovzhodne okolice Ljubljane. Strokovno jim pri študiju plesov pomaga Nataša Kosmač.

Plesi in petje pesalcev so po prireditvi sicer potihnil, ostala pa so razstavljena dela, zaradi katerih je mnogim mimoidočim zastal korak in so si jih v miru ogledali. ■

*Tatjana Praprotnik*

## Najem namesto nakupa

Drage tehnične naprave in pripomočke naj bi ambulante, bolnišnice in posamezniki v 21. stoletju raje najemali kot kupovali. Skupina ameriških in japonskih ekonomistov je s poglobljeno študijo opremljenosti tamkajšnjih bolnišnic ugotovila, da je v manjših klinikah, bolnišnicah in ambulantah dragocena, tehnološko visoko izpopolnjena oprema pogosto preslabo izkoriščena in premalo učinkovita. Zato strokovnjaki svetujejo manjšim ponudnikom zdravstvenih storitev, naj si opremo raje izposojajo, jo delijo s partnerjem (skupni nakup oziroma vlaganje v opremo)

ali pa jo najamejo. Njihove nasvete je kot poslovni izziv na nasprotni strani Atlantika že razumelo več ameriških in japonskih dobaviteljev visokospecializirane medicinske opreme. Podobno pa se je ideja o najemu dragih aparatov že začela uresničevati tudi v bližnji Nemčiji, kjer podjetje UMS (United Medical Systems) v svojem konceptu uporabnikom že ponuja mobilne visokotehnoške medicinske aparature in opremo. Omenjena hamburška korporacija poleg opreme za določen čas zainteresiranim zdravstvenim ustanovam in zdravnikom posameznikom zagotovi tudi usposobljeno

osebje in možnost šolanja lastnih kadrov. Klinike (najemniki) pa plačajo le dejansko najemnino oziroma uporabnino. Posel je v Nemčiji že zacvetel, saj v letu 2000 samo na področju ginekologije pri UMS beležijo 516-odstotni porast zanimanja oziroma najema opreme in kadrov. Opisani koncept, ki ga podpira tudi nemška vlada, naj bi sčasoma pripomogel k učinkoviti racionalizaciji v zdravstvu (tokrat za spremembo ne na škodo ponudnikov ali uporabnikov zdravstvenih storitev). ■

*Vir: ZDF, 10. 2000*

*nmm*

# Kasalova palača na Miklošičevi (cesti) praznuje 75-letnico

Lepota doma Zavoda za zdravstveno zavarovanje

Zvonka Zupanič Slavec

Prvega avgusta 1999 je minilo natanko 110 let od uvedbe zdravstvenega zavarovanja in zdravstvenega varstva pri Slovencih. Leta 1889 je bila po Bismarckovem modelu socialnega zavarovanja z zakonom ustanovljena prva *Okrajna bolniška blagajna* v Ljubljani. Tej so kmalu sledile druge po vseh slovenskih mestih. S tem je bil po načelu solidarnosti omogočen skladen razvoj medicinske in zdravstvene oskrbe ter zdravstvenega zavarovanja vsem zaposlenim in njihovim družinam, kasneje pa vsemu slovenskemu prebivalstvu. Zato ta dogodek velja za izjemno pomemben mejnik v razvoju zdravstva in dokazuje, da Slovenija nikoli ni bila zdravstvena provinca.

Morebiti se danes - tako daleč od samega začetka zdravstvenega zavarovanja - ne zavedamo več, kaj pomeni imeti zagotovljeno gmotno varnost v bolezni, pri poškodbah, v porodniški dobi ter na stara leta! Vse dobro človek hitro privzame in se ne sprašuje, koliko dela, truda, predvsem pa osveščenosti družbe in njene solidarnosti je bilo potrebno, preden je vse to postalo samoumevno! Med prvimi v Evropi smo uredili obvezno zdravstveno zavarovanje, ki je zlasti po letu 1945 postalo zgled družbeno pravične skrbi za zdravje vseh.

Bolniška blagajna v Ljubljani je imela prvi sedež v stavbi nekdanjega meščanskega špitala, današnji Kresiji pri Tromostovju. Nato je večkrat menjala lokacijo in med drugim bila dlje časa na Novem trgu, v današnji stavbi SAZU, dokler se niso odločili za gradnjo lastne stavbe na izbrani lokaciji, današnji Miklošičevi 24 v Ljubljani.

Leta 1922 je zrisal češki gradbenik dr. Miroslav Kasal (1884-1945), ki je od 1909 do smrti živel in ustvarjal med Slovenci ter postal univerzitetni učitelj na Tehniški fakulteti v Ljubljani, prvi načrt za palačo takratnega okrožnega urada za zavarovanje delavcev (OUZD) v Ljubljani. Po ohranjenih načrtih je bila palača v pravem pomenu besede:

merila je 120m v dolžino, 42m v širino in imela kar 5 atrijev in tri nadstropja. Brez kvadrature atrijev bi bila velika 15.000 kvadratnih metrov! Tako razkošen načrt za tedanji OUZD ni bil gmotno uresničljiv, zato je dr. Kasal zasnoval za dobro polovico manjšo zgradbo. V njej je kombiniral dekorativne oblike iz predvojne dobe s strožjimi zahtevami nove uporabne arhitekture. Že samo pročelje je v nadaljnjih načrtih doživelo vsaj štiri spremembe. Od predvidenih treh nadstropij sta ostali samo dve. Gradnja je stekla v letu 1923 in trajala skoraj dve leti, prevzelo pa jo je takratno največje gradbeno podjetje *Stavbgrad*. Stavba na Miklošičevi je dobila uporabno dovoljenje v decembru 1925. Po velikosti je zadoščala potrebam komaj dve desetletji. Že leta 1948 so pripravili nove načrte za njeno nadgradnjo, vendar je do izvedbe prišlo šele 1958, zato so se načrti vmes še spremenili.



Pročelje sedeža Zavoda (foto Brane Cvetkovič)

Uprava Okrožnega urada je imela jasno predstavo o svojem poslanstvu in je temu primerno opremila tudi svoj dom. Hotela je, da bi hiša že simbolično izražala zaščito zaposlenih pred boleznimi in poškodbami. Zato so odgovorni naročili umetniška dela na to zamisel. K sodelovanju so povabili najuglednejše umetnike, že omenjenega gradbenika Kasala, pa kiparja Lojzeta Dolinarja (1893-1970) in slikarja Riharda Jakopiča (1869-1949). Kiparsko delo so torej zaupali takrat šele 30-letnemu umetniku Dolinarju. Nadarjenost je pokazal že na srednji umetniški šoli v Ljubljani pri prof. A. Repiču, študijska leta na Dunaju in v Münchnu pa so mu dala novega poleta. Leta 1920 se je izpopolnjeval v New Yorku pri kiparju M. Hoffmanovi. Izkušnje in ustvarjalna iskrivost sta pripeljali do imenitno zamišljenih reliefov, ki simetrično levo in desno ob portalu krasita pročelje Zavoda. Plastiki je avtor naslovi *Delo* in *Skrb za delo*. Reliefa nosita v sebi duha sodobnosti. Predstavljata po dve figuri, prva - dva delavca, druga - poškodovanega delavca, ki ga neguje žena. Mišično stopnjevana stilizirana telesa v neobi-



Dolinarjeva plastika *Delo* (foto B. Cvetkovič)

čajni drži in stisnjena v plitek prostor, se deloma zgledujejo v povojnem času, ko so take postave v arhitekturnem kiparstvu od Metznerja do Meštrovića imela pomembno vlogo, deloma pa je Dolinar po prvi svetovni vojni, v času slovenskega ekspresionizma, skušal prilagoditi to novo oblikovanje novemu razpoloženju v kiparstvu in arhitekturi.



**Dolinarjeva plastika Skrb za delo (foto B. Cvetkovič)**

Že v dvajsetih letih, ko so stavbo načrtovali, so čutili potrebo po večjem prostoru, namenjenem uradnim, strokovnim, pa tudi družabnim srečanjem. Zasnovali so dvorano, ki je dolga leta služila tem namenom. Pri vodilnem slovenskem impresionistu Jakopiču so 1930 naročili veliko tematsko sliko za sprednjo steno dvorane. Rok za izvedbo je bil kratek, le šest mesecev. Mojster je naslikal svojo največjo oljno sliko (295 x 410 cm). Poimenoval jo je *Katastrofa*. Mojster si je kot osrednji lik zamislil Kristusa zdravitelja, okoli njega pa razporedil petnajst poškodovanih delavcev v najrazličnejših pozah. Ko je Jakopič izročil sliko Okrožnemu uradu, je hkrati izbral izmed 50 z ogljem zrisanih študij 16 risb ter jih v dvorani razstavil skupaj s tremi načrti v olju. Zapisano kaže na Jakopičevo izjemno študioznost, saj je vsak večji motiv za sliko najprej zrisal na študiji. Sam je povedal: "Vsako stvar je treba tako dovršiti, da ustreza umetnikovi zamisli. Kadar ustreza, je šele dovršena." Veličastno polkrožno platno predstavlja dušo dvorane, zato je imenitno Zavoda, da se je poimenovala v *Jakopičevo dvorano*.

S temeljitimi obnovitvenimi deli je Zavod v zadnjem desetletju dvorano restavriral, dal



**Jakopičeva dvorana v Zavodu (foto B. Cvetkovič)**

pokriti atrij ob dvorani in s tem pridobil pomemben razstavni in družabni prostor. Jakopičevo dvorano in atrij Zavod ponuja številnim umetnikom za nastope, razstave, srečanja in podobno... Vse to plemeniti odnose med zaposlenimi in bogati kulturno-umetniško življenje v Ljubljani ter prispeva k večjemu ugledu Zavoda. V zadnjih letih so se v atriju zvrstile reprezentativne razstave: slikarske Jožeta Ciuhe, Klavdija Tutte, Klementine Golja in Vladimira Makuca ter kiperske najimenitnejših slovenskih kiparjev: Stojana Batiča, Draga Tršarja in drugih.

Atrij hiše Zavoda s travno površino je oaza miru sredi Miklošičeve ceste, za obiskovalce in zaposlene. S klopce v parku gledamo na nov vodjak iz bron (1999), delo akademika Stojana Batiča. Že s svojim imenom *Drevo življenja* simbolizira poslanstvo Zavoda: zavarovati korenine človekovega zdravlja v vseh primerih, ko sta ogrožena zdravlje in človekovo psihofizično dobro počutje.



**Skrita lepota atrija Zavoda z vodnjakom Drevo življenja S. Batiča (foto B. Cvetkovič)**

In kje teče poslovanje s strankami? V prostorih, prikazanih na fotografiji. Ti širijo toplino z mahagonijevo barvo in prijazno opremo. Tukaj se slej ko prej znajde vsak izmed nas.



**Prostor za stranke (foto B. Cvetkovič)**



**Privlačnost obokanih vež in bodnikov (foto B. Cvetkovič)**



**Prefinjenost detajlov**

Za starejše prebivalce Ljubljane in okolice sedež Zavoda na Miklošičevi še vedno predstavlja ambulatorij, mesto torej, kjer je teklo ambulantno delo, laboratorijska in rentgenska diagnostika, fizioterapija, mehanoterapija... Za fizikalno terapijo so imeli lastni bazen, ogrevalne aparate, različne kopele in bolniško sobo za bolnike, ki so se zdravili v fizikalnem zdravilišču. Sestavni del ambulatorija so bili tudi ordinacijska soba za malo kirurgijo in zobna ambulanta ter posvetovalnica za matere z otroki. Preden je večina ljubljanskih stanovanj dobila kopalnice, so se Ljubljančanke in Ljubljančani tu-

kaj tudi kopali in skrbeli za telesno čistočo.

Kdor historično t. i. Kasalove palače še ne pozna, naj ji ob njenem 75. jubileju nameni nekaj minut pozornosti. Ne morete je zgrešiti, če veste, kje je Lekarna Miklošič, saj bivajo pod skupno streho. Vaš pogled se bo ustavil že ob imenitnih kovinskih vratih z neosecesijskim vzorcem, katerega del je postal tudi zaščitni znak Vzajemne, zdravstvene zavarovalnice za prostovoljno zavarovanje... Korak v predverje, pogled po stopnicah, poklon mogočnim obokom na hodnikih. Dvorišni vodnjak popelje k Jakopičevi dvorani na koncert, če hočete, nekaj stopnic pod pritličjem pa vam bodo

v okusno urejeni restavraciji postregli z osvežilnim napitkom ali toplim prigrizkom.

Kasalova palača na Miklošičevi 24 je tudi po 75 letih ohranila znamenja odličnosti in avtorjeve ustvarjalne moči.

Predstavljene razglednice in besedilo so nastale ob 110-letnici zdravstvenega zavarovanja pri Slovencih in jih je izdal Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Komplet 12 razglednic z besedilom je naslovljen Hiša z dušo in sta ga pripravila tukaj podpisana avtorica zamisli in besedila ter fotograf Brane Cvetkovič.

Zvonka Zupanič Slavec

## 16. obmorski tek zdravnikov

Zdravniško društvo slovenske Istre in Krasa je 25. novembra 2000 organiziralo tradicionalni zdravniški tek ob obali Seškega polotoka. Kot nekaj let zaporedoma je organizatorju in tekmovalcem nagajalo vreme. Že jutranje ure so kazale, da bo proga po polotoku Seča zaradi močnega deževja, ki je razmočil zemljo, blatna in skorajda neprimerna za preskušanje tekaških sposobnosti, toda ni bilo tako. Številni tekači so se namreč z veseljem pognali na tek po 7- in 14-kilometrski progi, ki jim je odstrla še zadnje skrite koticke Seče in Forme vive. Mnogi nastopajoči so se obmorskega teka zdravnikov udeležili že večkrat, zato sta jim bili progi znani, orientacija jim ni delala preglavic. Nastopajoči v konkurenci in izven konkurence so se pošteno namučili, da so prispeli do cilja, kjer so si lahko obnovili moči z morskimi dobrotami.

**Petra Mihalek Novak** iz Maribora: "Dve leti me sicer ni bilo na vašem koncu, toda kot sem opazila, je proga enaka, zato nisem imela težav z orientacijo. Nekoliko sem razočarana nad rezultatom, saj je moj čas bistveno slabši od tistega, ki sem ga dosegla pred leti. Deževno vreme me pravzaprav sploh ni motilo, saj nisem čutila pretiranega mraza. Tokratni tek je bil resnično prijetna sprostitvev v tako depresivnem vremenu."

**Robert Blumauer** iz Ljubljane: "Organizator se je zelo potrudil, saj je bil tek izjemno dobro pripravljen. Zadovoljen sem, da ni bilo prevroče, ker je vlažno vreme primernejše za sproščen tek po naravi. Konkuren-



Strnjena vrsta po startu

ca je bila izvrstna, moj rezultat pa dokaj soliden."

**Kristina Tozon** iz Ljubljane: "Moj tokratni nastop na obmorskem teku je že tretji po vrsti in moram priznati, da se z veseljem vračam na Primorsko, ker me nanjo vežejo prijetni spomini na mladost. Letošnji tek je zaznamovalo nekoliko slabše vreme, toda proga je bila ravno prav dolga in zanimiva."

**Alojz Horvat** iz Dankovcev: "Tukaj sem že tretjič. Proga je bila sicer blatna, toda vre-

me je bilo idealno za tek. Predvsem temperature so bile izjemno primerne, zato sem z veseljem pretekel progo. Teka zdravnikov se udeležujem vsake štiri leta in vesel sem, da se lahko ob takih dogodkih družimo in pogovorimo o vsakdanjih zadevah."

Dobro razpoloženje nastopajočih pa je obveza za organizatorje, da s prireditvijo nadaljujejo in vabijo udeležence na sedaj že tradicionalni tek konec novembra.

Jani Dornič

## Rezultati

## Proga 7 km

## Kategorija A moški

Mesto	Tekomovalka	Kraj	Čas
1.	Strniša Zoran	Celje	00:27:11
2.	Danieli Aljoša	Ljubljana	00:30:21
3.	Brecelj Jernej	Ljubljana	00:31:40
4.	Berger Blaž	Izola	00:37:22

## Kategorija B moški

1.	Jakopin Japec	Ljubljana	00:37:51
----	---------------	-----------	----------

## Kategorija C moški

1.	Malej Andrej	Koper	00:35:59
2.	Mrzlikar Ivan	Novo mesto	00:43:00

## Kategorija D moški

1.	Horvat Matija	Ljubljana	00:37:47
----	---------------	-----------	----------

## Proga 7 km

## Kategorija A ženske

Mesto	Tekomovalka	Kraj	Čas
1.	Kumer Marijana	Gorenja vas	00:32:42
2.	Pintar Tatjana	Ljubljana	00:34:20
3.	Burger Helena	Piran	00:34:43
4.	Tozon Kristina	Sežana	00:35:56
5.	Pintar Petra	Ljubljana	00:36:38

## Kategorija B ženske

1.	Lipušček Žuvela M.	Koper	00:41:02
----	--------------------	-------	----------

## Kategorija C ženske

1.	Veličkovič Tatjana	Kranj	00:59:36
----	--------------------	-------	----------

## Proga 14 km

## Kategorija A moški

Mesto	Tekomovalka	Kraj	Čas
1.	Novak Primož	Ljubljana	00:51:47
2.	Korošec Marko	Ljubljana	00:52:27
3.	Blumauer Robert	Ljubljana	00:52:45
4.	Horvat Alojz	Murska Sobota	00:53:27
5.	Hefrele Rudi	Dolenjske Topl.	00:57:39
6.	Terseglav Simon	Ljubljana	01:02:56
7.	Novak Marko	Maribor	01:06:59

## Kategorija B moški

1.	Pric Igor	Celje	00:53:37
----	-----------	-------	----------

## Kategorija C moški

1.	Savič Vladimir	Postojna	01:03:29
2.	Florjančič Ivan	Ljubljana	01:07:17
3.	Brecelj Aleš	Ljubljana	01:08:12

## Kategorija D moški

1.	Veličkovič Milivoj	Kranj	01:17:35
2.	Turk Josip	Ljubljana	01:42:00

## Proga 14 km

## Kategorija A ženske

Mesto	Tekomovalka	Kraj	Čas
1.	Kozjek Nada	Ljubljana	00:59:12
2.	Novak Petra	Maribor	01:11:01

## Kategorija C ženske

1.	Škapin Marta	Celje	01:16:13
----	--------------	-------	----------



*Tekomovalke pogumno v vzpon. Ub, je še daleč ...*



*Primož Novak, dr. med., v cilju (v sredini), Jani Dornič, dr. med., s štoparico in zapisničarka*



*Prim. Marta Škapin, prof. dr. Matija Horvat in prof. dr. Milivoj Veličkovič*

# Nova Pediatrična klinika

**P**red šestimi leti je bil ustanovljen Sklad za izgradnjo nove Pediatrične klinike v Ljubljani, zato je bil pripravljen pregled že izpeljanih projektov in nalog, ki sodelujoče še čakajo pri postavitvi nove Pediatrične klinike.

V kliniki na leto zdravijo 10.000 malih bolnikov, približno 35.000 jih pregledajo. Učinkovitost svoje dejavnosti bodo v novi kliniki okrepili s povečanjem površin s sedanjih 14.000 m<sup>2</sup> na 18.000. Izbrana je tudi že lokacija ob Bohoričevi in Korytkovi ulici, s Korytkove bo novi objekt neposredno povezan s Kliničnim centrom in tamkajšnjim kliničnim oddelkom za otroško kirurgijo in terapijo, ta pa se bo delno tudi razširil v nove prostore otroške klinike. Od sedanjih 246 postelj jih bo otrokom ostalo na razpolago 177, 38 pa jih bo namenjenih staršem.

Leta 1994 je bil pripravljen predhodni medicinsko-funkcionalni program z arhitektonskimi rešitvami, ki je predstavljal osnovo za zakon o zagotovitvi sredstev za izgradnjo nove Pediatrične klinike v Ljubljani. Sprejet je bil leta 1996, njegovo izvajanje je prevzelo Ministrstvo za zdravstvo, v letih 1997 do 2001 pa naj bi se v njegov obseg iz proračuna usmerilo 5,5 milijarde tolarjev, ustanovljen pa je bil tudi Sklad za izgradnjo nove Pediatrične klinike. Leta 1998 so projekte za novo bolnišnico že financirali iz javnega proračuna, izdelana je bila predinvesticijska zasnova, investicijski program, pričelo se je zbiranje predlogov za celostno ureditev objekta z okolico, sprožen je bil tudi postopek za pridobitev lokacijskega in gradbenega dovoljenja. Leta 1999 je bil objavljen razpis za izvajalce z gradnjo, odkupi nepremičnin, ki so se pričeli tega leta, pa so se nadaljevali še v leto 2000.

V letu 2001 pričakujejo, da bo mogoče pričeti z izkopom gradbene jame, dokončno urediti zemljišče, objaviti razpis za izvajalca del in ga izbrati, zagotoviti ustrezen delež iz proračuna, sprejeti zakon za podaljšanje zakona o zagotovitvi sredstev za izgrad-

njo nove Pediatrične klinike. Iz proračuna so za letošnje leto predvidene 4 milijarde tolarjev, v šestih letih obstoja Sklada za izgradnjo nove Pediatrične klinike v Ljubljani je bilo s prostovoljnimi prispevki in donacijami zbranih 320 milijonov tolarjev. Uprava ustanove Sklada za izgradnjo nove Pediatrične klinike v Ljubljani se zahvaljuje vsem donatorjem in prostovoljcem, ki pomagajo po svojih močeh. ■

*Biserka Marolt Meden*

## Tako v Italiji

“Politika je boj za denar,” je v enem izmed svojih govorov nedavno izjavil italijanski minister za zdravstvo, priznani profesor onkologije, dr. Umberto Veronese. Ključna naloga ministra za zdravstvo je torej skrb za ustrezní dotok virov za oblikovanje, posodabljanje in izvajanje zdravstvene dejavnosti v državi. Za vse ostale naloge pa naj bi si po mnenju dr. Veroneseja minister (za zdravstvo) omislil svetovalne delovne skupine, v katerih sodelujejo najboljši strokovnjaki, ne glede na politično (strankarsko pripadnost). Dr. Veronese, ki ni naklonjen stankam, je izjavil, da je stavka ljudi v belem v posmeh stroki in politiki. Za piko na i pa je priznal, da je sam vedno bil in bo ostal predvsem zdravnik: minister (in politik) je le za krajši čas, njegovo srce pa pripada zdravništvu. Zato bi se v primeru spora med vlado in zdravniki (zdravstvenimi kadri nasploh) brez pomsleka odločil za podporo svojemu stanu. Če tudi bi to morda spodneslo njegov ministrski stolček. ■

*Vir: Medicina d'oggi, 9. 2000*

## Umiranje

**B**olnica in njeni svojci so pred nekaj meseci želeli dodatno pomoč zaradi trdovratnega kašlja. Na posvetu so predložili izvide, pa tudi sami so bili seznanjeni z dejanskim zdravstvenim stanjem. Predočil sem možno pomoč, in posebej poudaril, da praktično ne bo možno preokreniti poteka osnovnega obolenja. Predviden izhod obolenja jim je bil tudi znan, že ublažitev tedanjih težav bi jim veliko pomenila. Bolnica je v kratkem času prenehala kašljati, a so se pojavile bolečine v levi nogi, v pogovoru je zgubljala posamezne izraze. Tudi bolečina v nogi je bila odpravljena, so pa bile noge vse bolj slabotne, vse več je bilo praznin v stavkih. Dodaten pregled je potrdil domnevni vzrok. Nadaljnja pomoč je bila vzdrževanje stanja brez hudih bolečin in kašljanja ter borba proti preležaninam. V strahu pred edemom možganov in morebitnimi epileptičnimi napadi je dobila ustrezno parenteralno terapijo, ki je indoktrinirana, vendar brez presoje, ali dejansko obstaja možnost take komplikacije. Bolnica je tako razmeroma dolgo hirala. Ob skrbni negi domačih ni bilo razlogov za zdravljenje v bolnišnici. Pri zadnjem obisku sem zaznal znamenja bližajočega se konca. Skoraj popolna odsotnost, kalnost oči, črn negiben suh jezik, tkivo je bilo brez vsake elastičnosti, kot testo, prisoten je bil duh po smrti. Naslednji dan so se v nekaj urah razvile obsežne preležanine, ki jih do tega trenutka ni bilo. Pri bolnici je bila tedaj zdravnica, znanka, odredila je prevoz v bolnišnico. Smrt je nastopila v nekaj dnevih. Ko mi je snaha sporočila taščino smrt me je vprašala, ali bi lahko moja mama smrt dočakala doma. Nisem ji mogel odgovoriti, lahko pa sem ji povedal, kaj o tem meni Metka Klevišar, dr. med. ■

*Rudi Škapin*

## Errata corrigé

**V**januarski številki revije Isis nam jo je zagodel foto skrat, ki je zamenjal fotografiji v prispevkih 6. slovenski pedontološki dnevi in IX. Čelešnikovi dnevi. Vsem prizadetim se vljudno opravičujemo in prosimo za razumevanje. ■

*Uredništvo*



Avstrija

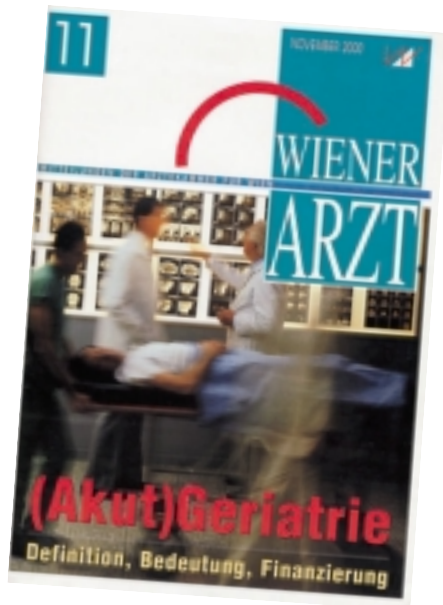
# Akutna geriatrija - avstrijski model

Morda je minilo le kakih sto let, ko so bili z izrazom "prebivalstvo, ki prihaja" mišljeni mladi. Danes je ta skupina prav majhna in jo daleč presega "prebivalstvo, ki odhaja" ki pa nikakor noče oditi, če smo nekoliko cinični.

Avstrija ima približno 1,6 milijona prebivalcev starejših od 60 let, to število pa se bo po predvidevanjih leta 2030 povzpelo na 2,7 milijona oziroma bo takrat vsak nekaj manj kot tretji prebivalec starejši od 60 let. Odstotek starejših od 50 let, ki je znašal 1997 19,7 odstotka, naj bi se leta 2050 povzpelo na 37, medtem ko bi se odstotek starih od 0 do 15 let od sedanjih 17,3 znižal na 12,4 odstotka.

Takrat naj bi se stroški za zdravstveno zaščito povečali po najugodnejšem scenariju za 23 odstotkov, po najbolj črnem pa za 90 odstotkov.

Zaradi tega se v Avstriji zelo široko razmišlja in manj energično ukrepa o ustanovitvi posebnih bolnišnic samo za starejše. Nesrečno izbrano ime "akutna geriatrija" naj ne bi pomenilo zdravljenja akutnih bolezni pri starejših, temveč bi zajemalo tiste bolnike, ki so akutno zboleli, imajo pa spremljajoče, za starost značilne, kronične bolezni. Tako ne bi na primer avtomatično prišel v takšno bolnišnico nekdo, ki ima 85



let, je pa biološko mlajši in ne boleha za boleznimi, ki navadno spremljajo starost.

Geriatrija se torej piše z veliko začetnico. Samostojna specializacija je že na primer v Angliji, na Nizozemskem, Finskem in v Italiji. V Avstriji se o tem razmišlja, več ali manj neformalna podiplomska izobraževanja pa

že tečejo, ustanavlja pa se prva katedra. Za geriatrične bolnike se pripravlja 2.260 postelj, od tega 476 na Dunaju. V glavnem je to prostor, ki je nastal po velikem zmanjšanju števila postelj, saj so na primer v psihiatričnih bolnišnicah ukinili vsako drugo.

Načrt takšnih bolnišnic in tako zamišljene zdravstvene zaščite starejšega prebivalstva pa takoj sproža skrb, ali ne gre pri vsej stvari predvsem za zmanjševanje stroškov in s tem ustvarjanja drugorazredne medicine, česar nekateri intervjuji z uglednimi zdravniki ne izključujejo. Zaradi tega prihaja iz nekaterih okolij, zlasti dunajske medicinske fakultete vse več mnenj, da bi bilo bolj smiselno, če bi namesto bolniških raje ustanovili fond postelj, namenjenih rehabilitaciji. S tem bi se izognili delitvi na medicino za "mlade" in medicino za "stare". Verjetno bo slednjič prišlo do kompromisa.

Okvirne indikacije za zdravljenje v ustanovah "akutne geriatrije" naj bi bile:

- somatska in/ali psihična multimorbiditeta, ki zahteva stacionarno zdravljenje,
- omejitev ali ogrožanje samostojnosti zaradi izgube funkcionalnih in kognitivnih sposobnosti ali pa zaradi psihosocialnih problemov, ki bi se pojavili v zvezi z boleznijo,
- potrebe, ki naj bi vodile v izboljšanje ali ohranitev funkcije oziroma ukrepi, ki naj pospešijo ali omogočijo reintegracijo.

Očitno je, da so marsikatera vprašanja še nejasna, in morda je v tem trenutku akutna geriatrija bolj resen problem in breme kot pa način zdravljenja "prebivalstva, ki prihaja".

Vir: Wiener Arzt, št. 11, november 2000.

Boris Klun

Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Brežice objavlja prosti delovni mesti

## dveh zdravnikov specializantov pediatrije

Kandidati morajo poleg z zakonom predpisanih pogojev ponudbi priložiti še:

- diplomu Medicinske fakultete,
- dokazilo o opravljenem strokovnem izpitu,
- veljavno licenco Zdravniške zbornice Slovenije,
- dokazilo o znanju slovenskega jezika.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas.

Pisne ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v 15 dneh po objavi na naslov:

Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Brežice, Černelčeva 15, 8250 Brežice.

Kandidati bodo o izbiri obveščeni v 30 dneh po objavi.

# Prim. Kurt Kancler, dr. med.

Nina Mazi

**P**rimarij Kurt Kancler, dr. med., se je rodil leta 1930 v Mariboru. Starša sta bila izobraženca, ki sta svojim otrokom znala vzbuditi radost do znanja. Otroštvo in mladost, na katero ga vežejo lepi spomini (zaznamovala sta ju šport, prijetno družinsko življenje in druženje z vrstniki), je prim. Kancler preživel v Mariboru, kjer je tudi stopil na pot učenosti - osnovno šolo in realno gimnazijo je končal v domačem kraju, medicino pa je študiral na MF v Ljubljani in tam leta 1955 tudi uspešno promoviral. Sledila je služba domovini, nato pa dveletni zdravniški staž. Po uspešno opravljenem pripravništvu in strokovnem izpitu se je primarij Kancler na pragu leta 1957, kot zdravnik splošne medicine zaposlil v ZD Maribor. Leta 1961 je opravil specialistični izpit iz pediatrije in se dokončno zapisal najmlajšim, hkrati pa se je odločil, da bo svoje medicinsko znanje in človeško toplino še naprej posredoval tudi odraslim. Primarij Kurt Kancler je bil od leta 1964 predstojnik dispanzerja za otroke v štajerski prestolnici. V zadnjih tridesetih letih je postavil nove temelje dejavnosti dispanzerja za otroke in jih uveljavil tako doma kot v tujini. Poudarjal pa je tudi pomen klimatskega letovanja za zdravje otrok. Leta 1974 je na Školi narodnog zdravlja (ustanovil in vodil jo je legendarni dr. Andrija Štampar) uspešno zaključil tudi III. stopenjski študij javnega zdravstva. Oktobra leta 1984 je dobil naziv visokošolskega učitelja (višji predavatelj), 1987 je bil prim. Kancler imenovan za primarija. Leta 1990 je drugič prejel naziv višjega predavatelja, leta 1995 pa tretjič. Na Pedagoški fakulteti Univerze v Mariboru predava zdravstveno vzgojo, visokošolski učitelj pa je tudi na Visoki šoli za zdravstvene delavce. Več kot 20 let je na Srednji medicinski šoli v Mariboru predaval pediatrijo in farmakologijo. Obenem je dobrih 20 let v Mariboru vodil Varstvo žensk, otrok in mladine. Danes pa je pomočnik generalnega direktorja ZDM za strokovno medicinske zadeve.

Prim. Kancler je tudi več sukanja peresa - doslej je napisal pet knjig s področja medicine, ki jih je trg hvaležno sprejel. Obenem pa je bil ves čas izredno dejaven tudi v stanovskih in humanitarnih organizacijah. Leta 1992 je postal prvi predsednik Zdravniške zbornice v samostojni Sloveniji, pred tem pa je bil osem let podpredsednik Slovenskega zdravniškega društva in predsednik Zdravniškega društva Maribor. Že dalj časa je tudi predsednik območne (prejmestne) organizacije Rdečega križa Maribor, drugo mandatno dobo pa je hkrati še član predsedstva RK Slovenije - od leta 1998 je podpredsednik in član izvršilnega ter glavnega odbora RK Slovenije. Kot spoštovanja vreden strokovnjak in človek je prim. Kancler tudi član razširjenega strokovnega kolegija za pediatrijo in strokovnega kolegija za splošno medicino. Nadalje je član uredniškega odbora strokovne revije JAMA, medicinskega odbora uredništva Enciklopedije Slovenije in član uredniškega sveta revije Slovenskega društva za medicinsko informatiko, *Informatica medica Slovenica*.

Za svoje plodno in zavzeto delo je prim. Kurt Kancler doslej prejel že številna priznanja (nosilec srebrnega grba mesta Maribor, znak svobode - državno priznanje za najbolj zaslužne državljane, pečat mesta Maribor, srebrni znak RK, državno odlikovanje red dela z zlatim vencem, zlati znak RK, izbran je bil za izjemno osebnost leta, nagrajen za svoje strokovno in človekoljubno delovanje in še in še).

*“Storite svojo dolžnost,  
vse drugo prepustite bogovom...”*  
Horac

Lansko leto ste bili nagrajeni s priznanjem, ki ga predsednik države nameni najbolj zaslužnim posameznikom. Kaj vam pomeni to priznanje oziroma nagrada? Ste jo tedaj, ko ste jo prejeli iz rok prvega moža slovenske države, v mislih poklonili vsem, ki so si prizadevali za zdravje naših otrok, morda kar celotni slovenski pediatriji?

Ko sem zadnje leto prejel ta najvišja priznanja, sem se vedno zavedal, da to ni le priznanje meni osebno, temveč širšemu krogu ljudi. Ko sva bila skupaj s profesorjem Jerasom povabljeni k predsedniku države in prejela najvišji državni odlikovanji, sva z zadovoljstvom ugotovila, da sva med petimi nagrajenci kar dva pediatra. Sicer pa menim, da so vsa ta priznanja in odlikovanja namenjena tudi mojim sodelavcem, zlasti vsem medicinskim sestram, ki so v pediatriji izredno pomembne za uspešno delo otroškega zdravnika. Obenem pa je to priznanje tudi priznanje moji družini: ženi Lei, sinovoma Borutu in Tomažu in trem vnukinjam, Lini, Juliji in Katji.



**Prim. Kurt Kancler s soprogo Leo, državno prvakinjo v fletu (leta 1956)**

Svojim najdražjim sem ukradel veliko časa, ki ga nismo mogli preživeti skupaj. Oni pa so mi ustvarili topel in mehak dom, v katerega sem se vedno lahko in sem se tudi vedno znova, večkrat na dan vračal. Svojemu strokovnemu delu sem se lahko popolnoma posvetil tudi zato, ker sem vedel, da doma vse lepo teče - v službi sem bil pogosto tudi kar nekaj noči zapovrstjo. Nagrada gre sodelavcem, moji družini in morda en kosček tudi meni...

**Letos pa so vas v okviru nacionalne akcije Ljudje odprtih rok izbrali za izjemno osebnost leta... Vse te nagrade in priznanja so zunanji odraz vašega uspešnega in učinkovitega poklicnega in človeškega prizadevanja za zdravje in blagostanje Slovencev. Ste sami zadovoljni in ponosni na vse, kar ste dosegli v dolgih desetletjih svojega delovanja? Česa vam doslej še ni uspelo uresničiti?**

Moram priznati, da mi je bilo v trenutkih, ko sem prejemal priznanja, najprej vedno nerodno. Bil sem v zadregi, ker me je nekdo postavil tako visoko. Moje življenjsko stališče je namreč, da je intelektualac, poleg tega da hodi v službo, dolžan narediti še nekaj več. Zato sem si sam vedno prizadeval in tudi storil. Če je bilo tega toliko, da sem si zaslužil vsa ta priznanja, potem sem seveda dobil potrditev, da je bilo moje načelo pravilno in moje prizadevanje uspešno. Če se je toliko različnih ljudi odločilo, da mi izreče priznanje, potem to z veseljem sprejemam in se zavedam, da nagrade in priznanja predstavljajo nekaj, na kar sem lahko ponosen.

Česa nistem uresničil? Marsičesa. Sleherni človek ima veliko sanj, ki se vedno ne uresničijo.

#### **Se sanje z leti spremenijo?**

Mislím, da se spreminjajo. Mladostne sanje so bolj idealne. Ko pa človek pride enkrat v leta in spozna življenje, potem njegove sanje postajajo bolj realne in mením, da sem te svoje realne sanje lahko kar uspešno uresničil.

**Kakšna je bila vaša življenjska pot (najpomembnejši utrinki in spomini iz otroštva in mladosti)?**

Rad bi izpostavil dvojnost svoje mladosti in življenjske poti. Po eni strani sem preživel krasno mladost, navsezadnje je vsaka mladost lepa - žal se tega zavemo šele, ko postajamo stari. Po drugi strani pa je moja mladost padla v čas, ko je divjala svetovna vojna, ko je bil Maribor šestokrat bombardiran, ko je bilo v mojem Mariboru med vojno in po njej toliko ubijanja, da je vse skupaj pustilo tudi grenak priokus tej lepi mladosti. Vesel sem, da sem predvsem v športu našel zatočišče v teh prav hudih časih. Bil sem navdušen plavalec - jugoslovanski akademski prvak v plavanju, državni rekorder v plavanju, prvak v skokih v vodo, slovenski prvak v vatrepolu, tudi smučal sem zelo veliko. Nato sem se poročil z Leo, ki je bila takrat državna prvakinja v sabljanju. Šport je torej močno zaznamoval in bistveno vplival na mojo mladost in na vsa leta, dokler nisem postal zdravnik.

**Kdaj ste se odločili, da postanete zdravnik in zakaj? Ste kdaj pomislili, da bi lahko študirali in počeli tudi kaj drugega, ali morda celo obžalovali svojo odločitev za zdravniški stan? Kaj vas je privedlo na pediatrijo? Kako bi se odločili danes, če bi vas z vsem znanjem in izkušnjami, ki jih imate, življenje še enkrat postavilo na razpotje?**

Za medicino sem se določil relativno pozno. Morda celo iz trme. Maturo sem opravil leta 1949, v svinčenih časih Infrombiroja, in takrat je naš direktor v gimnaziji, sicer odličen biolog, imel nekaj proti

zdravnikom, češ, hočete nositi bele halje in igrati gospode - tega vam jaz nikakor ne bom dovolil... Sam sem bil takrat popolnoma odločen, da se vpišem na kemijo, vendar pa me je srečanje s tem ostrim zavračanjem medicine, odvrnilo od študija kemije. Rekel sem si: No, potem pa v medicini mora biti nekaj, da so nekateri tako proti njej... In sem šel na medicino. Študij sem uspešno in hitro končal, nato pa najprej pristal v splošni ambulanti v Mariboru. Tam sem nešteto-krat srečal ljudi, ki niso potrkali na vrata moje ordinacije zato, ker bi bili bolni, marveč ker so od mene kaj hoteli - stalež, to ali ono potrdilo, invalidnino, pokojnino itn. Tedaj sem naenkrat spoznal, da se v šoli pravzaprav nikoli nisem učil ločiti ljudi na tiste, ki samo nekaj hočejo, in na tiste, ki so dejansko bolni - potrebni moje zdravniške pomoči. Vsakogar sem gledal z določeno mero skepse in se pri tem zavedal, da delam krivico tistim, ki so resnično bolni. Ko sem kasneje prišel na pediatrijo in videl majhne otroke, ki nikoli ne lažejo, sem spoznal, da se bom na pediatriji lahko znebil neprijetnih izkušenj z odraslimi in se posvetil bitjem, ki me dejansko potrebujejo. Takrat sem se odločil, da postanem otroški zdravnik - usmeril sem se v pediatrijo. Te svoje odločitve nisem nikoli obžaloval in če me vprašate, ali bi danes še enkrat šel po tej poti, mislim da bi.

#### **Bi drugače stopali po njej, ali bi vaši koraki ostali bolj ali manj isti?**

Prav gotovo bi z današnjim znanjem in izkušnjami moja pot izgledala drugače. Vendar pa bi bila za mladega zdravnika verjetno sila dolgočasna. Vsak čas, vsaka starost ima svoje atribute, toda načeloma, bi hodil po isti, enaki poti...

**Vaši bolniki in njihovi starši, sodelavci, kolegi, študenti in sploh vsi, ki vas poznajo, vas označujejo kot dobrega strokovnjaka in izjemnega človeka. V čem je skrivnost vaše uspešnosti in priljubljenosti?**

To morate vprašati tiste, ki pravijo, da sem priljubljen. Na to vprašanje mi je zelo težko odgovoriti. Vedno sem želel in skušal strankam - staršem in seveda otrokom nuditi in zagotoviti vse, kar je bilo mogoče. Hkrati pa doseči, da gredo iz ambulante oziroma posvetovalnice pomirjeni in zadovoljni. Z veseljem lahko rečem, da pravzaprav nikoli v 45 letih svojega zdravnikovanja nisem z nobenim pacientom prišel v konflikt ali se z njim skregal. Vedno sem našel način



**Prim. Kurt Kancler z dr. Mušičem v domu starejših občanov (leta 1993)**

in možnost za pogovor in upam, da je večina ljudi od nas res odšla zadovoljna. Morda je to vzrok priljubljenosti, ne vem. To bi bilo vse-kakor treba vprašati bolnike.

#### **Trudili ste se predvsem za bolnike in ne zase...**

Seveda, vedno je bolnik v ambulanti ali zdrav otrok v posvetovalnici na prvem mestu. Njegov interes je ključen in vodilen. Sledijo interesi staršev in zaposlenih, sodelavcev ob meni - sestra, administratorica, psiholog, laborant - tudi ti morajo biti zadovoljni. Sicer ni mogoče uspešno delati. Brez zadovoljnih ljudi ni uspešne medicine. In ne nazadnje moram biti čisto na koncu zadovoljen tudi jaz sam.

#### **Menite, da je otroke lažje zadovoljiti, jim ustreči, kot odraslim?**

Glejte, še danes delam tudi v splošni ambulanti. Če primerjam kategoriji otrok in odraslih bolnikov, moram poudariti, da se otrok sam po sebi navzven pogosto ne odziva z zadovoljstvom ali nezadovoljstvom - v tem primeru je težko govoriti o zadovoljstvu in pravem pomenu besede; zadovoljiš lahko kvečjemu starše, ki od zdravnika nekaj pričakujejo. Kljub temu pa menim, da je to pri otrocih nekoliko lažje, pri odraslih pa je stvar bolj zahtevna. Ti so danes že zelo informirani - pogosto žal tudi napačno - verjamejo v polresnice in menijo, da je mogoče z medicino vse doseči. Človek, zlasti v mestu, danes zelo težko razume, če mu zdravnik reče: "Tega se ne da." Na podeželju je to pogosto mnogo lažje. V mestih je odrasle uporabnike precej težje zadovoljiti.

#### **Kaj pa hvaležnost? Je pri otrocih sploh možno govoriti o hvaležnosti?**

Sam osebno menim in čutim, da mi je otrok hvaležen, če se mi nasmeji, mi pomaha v slovo, ko zapuša ambulanto (otroci so vedno bolj veseli, ko gredo iz ordinacije, kot ko vstopajo vanjo), ko ga naslednji dan srečam na cesti, pa mi spet veselo pomaha in ko ta otrok enkrat odraste in mi v ambulanto prinese svojega otroka in ta spet svojega (nemalokrat zdravim kar tri generacije otrok), takrat vem in čutim, da sem ga znal že nekoč zadovoljiti kot malčka in skušam tudi uresničiti njegova pričakovanja - zadovoljiti njegove potrebe tudi kot mladega očeta ali mamice in kasneje kot babice ali dedka.

#### **Ste se na svoji poklicni odisejadi srečevali tudi z nasprotovanji, očitki, metanjem polen, brezbriznostjo, nevoščljivostjo, majhnostjo, zaprtostjo in ozkostjo? Kako ste se zoperstavljali omenjenim negativnim pojavom v zdravniških krogih in v družbi nasploh?**

Nasteli ste vrsto elementov in pojavov, ki jih jaz osebno štejem med socialno-psihološko abnormne, morda celo patološke. Kot zdravnik sem tudi te abnormnosti oziroma patologijo vedno skušal razumeti. Napačno je na nezaupanje reagirati z nezaupanjem, na nevoščljivost z nevoščljivostjo. Mislim, da mora zdravnik vedeti in upoštevati, da je nenormalno, če je nekdo agresiven. In v tem primeru gre za svojevrstno patologijo, bodisi socialno ali psihološko, to je že drugo vprašanje. Navsezadnje se zdravnik ne jezi na bolnika, ki kašlja, temveč skuša kašelj odpraviti ali vsaj ublažiti. Zakaj naj bi se torej začel kregati z nevoščljivcem? Raje ga skušam razumeti, saj ima gotovo vzrok, da je nevoščljiv. Verjetno sam pač ni dosegel tistega, kar je hotel. Skušam ga razumeti in mu pojasniti svoje stališče. Menim, da mi to pogosto uspe. Vedno pa tudi ne. Značilno za Slovence

je, da nasprotovanje zamenjujemo s sovraštvom. Midva imava na primer lahko popolnoma nasprotno mnenje o kaki zadevi, vendar pa zato še zdaleč nisva sovražnika. Pri nas pa ljudje takoj razmišljajo o sovraštvu, vsako, tudi objektivno nasprotovanje, vzamejo osebno in se niso pripravljeni spoprijeti s problemom, marveč začnejo človeka takoj odklanjati. Omenjene procese moramo zdravniki razumeti, potem bo veliko manj nasprotij in sporov med uporabniki in zdravniki. Če pa zdravnik ne razume abnormnosti, ki izvirajo iz socioloških in/ali psiholoških trenutkov, in ravna napačno, pride do konfliktov. Sam sem vedno skušal najprej razumeti, nato pa razložiti in utemeljiti. Moram reči, da kakih hujskih problemov v življenju nisem imel.

#### **Menite, da dobi zdravnik na fakulteti dovolj psihološkega znanja? Bi bilo v okviru sekundarijata smiselno uvesti psihološki trening za bodoče zdravnike?**

Po mojem mnenju bi kazalo v študiju medicine spremeniti marsikaj. Tudi in zlasti na področju psihologije, saj v času dodiplomskega študija na MF psihološke izobrazbe skoraj ne dobimo. V vsakdnevni praksi in življenju nasploh pa ima zdravnik s psihološkimi področji mnogo več problemov kot s somatskimi. Moderna doba našemu telesu ni več tako nenaklonjena. Znanost in tehnika sta telesne napore zmanjšali praktično na minimum - svojo odvečno fizično energijo sproščamo danes v športu in rekreaciji - na delovnem mestu je skoraj ne moremo več potrošiti. Psihološki problemi pa so zelo narasli in zdravniki jih pogosto ne znamo odpraviti. Temu bi morali v času študija in usposabljanja zdravnikov posvetiti veliko več pozornosti. Obenem si medicinec v času študija ne pridobi nikakršnega ekonomskega (ekonomija, marketing) in managerskega znanja, ki pa ju nujno potrebuje. Ko začne ordinirati, dobi zdravnik recepte in napotnice, ki so bianco menice v pravem pomenu besede, in predstavljajo milijonske vrednosti. O ekonomiji pa sploh nima pojma. Njegova formalna izobrazba na tem področju je enaka ničli. Vsega tega ga ni nihče naučil. O marketingu nismo na fakulteti slišali niti besedice. Predstavljajte si zdravnika, ki danes ali jutri postane direktor bolnišnice ali zdravstvenega doma, pa se na področju vodenja ni nikoli izobraževal. Potem pa se včasih čudimo, da pride do določenih nesoglasij, sporov in nepravilnosti. Najhujše pa je, če se v to vmeša še strankarska politika... Ko stranka odloča, kdo je dober in kdo slab. Takrat smo priče sporom, ki jih danes žal že kar pogosto srečujemo.

#### **Pomembni koraki slovenske pediatrije v desetletjih vašega poklicnega delovanja.**

O pomembnih korakih v slovenski pediatriji je dokaj težko govoriti. Menim, da so ključne osebnosti, profesorji v preteklosti povečini dali pečat svoji dobi. Že pred svetovno vojno je bil prof. dr. Ambrožič tisti, ki je dejansko osnoval pediatrijo na Slovenskem. Dajal je izreden poudarek izvenbolnišnični pediatriji, ustanavljal dispanzerje in leta 1938 na Bled pripeljal prvi jugoslovanski kongres pediatrije. Nedvomno velja profesor Ambrožič za oblikovalca predvojne slovenske pediatrije. Pred in med vojno ter tik po njej, mu je sledil legendarni prof. dr. Derč, s svojim osebnim šarmom, fluidom in izžarevanjem. Pomemben mejnik je tudi leto 1946, čas izgradnje sedanje Pediatrične klinike, ki so jo financirali tudi ameriški Slovenci. Sam sem ga tudi osebno poznal, nekajkrat sem ga imel priložnost srečati. Za njim je prišel prof. dr. Avčin, ki je bil izredno kulturnen,

razgledan in širok človek. Pravi svetovljan, ki je slovensko pediatrijo predstavil svetu, jo povedel v svet in jo tam tudi uveljavil. Profesor Avčin je bil v svetu ugleden, priznan in spoštovan kot zdravnik in kot človek. Mislim, da je ravno on odločno oblikoval generacijo danes že starejših slovenskih pediatrov. Njegov naslednik je bil pokojni profesor Matajc, ki začel kot pediater praktikus v ordinaciji za otroke na Gorenjskem, je endokrinologijo (diabetes) dvignil na višjo stopnjo, na raven, ki jo danes uveljavlja in nadaljuje prof. dr. Kržišnik. Profesor Matajc je imel veliko razumevanja tudi za dispanzersko dejavnost in je spodbujal razvoj ter širitev dispanzerske dejavnosti. V času prof. dr. Matajca je primarna raven pediatrice zaščite močno pridobila na pomenu in veljavi. Temelje dispanzerske pediatrije je pred vojno postavil prof. dr. Ambrožič, prof. Matajc pa jih je močno utrdil in uveljavil. Za njim je prišel prof. dr. Jeras, ki je slovensko pediatrično nevrologijo povzdignil na zavidljivo raven, na kateri se je ohranila vse do danes. Sledil je prof. dr. Prodan, ki je bil sicer rentgenolog, vendar je imel velik smisel za primarno zdravstveno varstvo. Tudi sam je namreč precej časa delal v posvetovalnicah. In končno imamo sedaj prof. dr. Kržišnika, ki s svojo endokrinologijo nadaljuje Matajčevo delo. Endokrinologijo in pediatrijo nasploh je uspel postaviti in zasidrati v zelo, zelo solidno evropsko okolje. Prepričan sem, da so vsi ti profesorji dali vsak svoj močan pečat slovenski pediatriji. Mogoče - če smem biti malce kritičen - to tudi ni bilo vedno najbolje. Slovenska pediatrija je namreč celo malo več kot "pediatrice fakulteta." Mogoče je bilo nekje napačno, da tisti najširši krog slovenskih pediatrov - pediatrična sekcija, dispanzerski zdravniki in bolnišnični zdravniki niso vedno po svojih močeh pomagali soustvarjati določenih obdobjev v razvoju slovenske pediatrije. Morali bi jih, pa jih niso. In tu je bila napaka, s tem smo nekaj zamudili. Obenem pa smo lahko srečni, da smo imeli profesorje, ki so s svojim znanjem in s svojo osebnostjo znali slovenski pediatriji vtisniti svoj pečat in jo tudi v jugoslovanskem prostoru - v katerem smo pač najdlje živeli - postaviti na najvišji piedestal, na prvo mesto.

Če danes primerjamo ključne statistične podatke, vidimo, da je Slovenija od umrljivosti dojenčkov, do števila pediatrov, števila pediatrice postelj in vseh ostalih indikatorjev, ki jih predpisuje SZO, v zelo, zelo solidni evropski sredini, če ne celo v višjem razredu. Ko sva bila z dr. Završnikom kot predstavnik Zdravniške zbornice pred leti na kongresu v Londonu, je k nama sedel gospod Asbon in nama rekel: "You are the winners in Europe..." Slovenijo je imel za najuspešnejšo. Za državo, ki je z minimalno finančno investicijo dosegla zelo veliko. Verjetno seveda tudi na račun naših takratnih bednih plač, upoštevajoč dejstvo, da zdravniki in medicinske sestre v tistem času niso veliko pomenili. Vendar pa ne le na račun tega, saj plače predstavljajo le okrog četrtno izdatkov v zdravstvu. Verjetno je bila zelo dobra tudi naša organizacija, naše strokovno znanje zelo visoko in naši učitelji, ki so nas očitno znali motivirati. Videli smo, da se je za te cilje vredno boriti. Tako smo se povzpeli na visoko mesto.

**Koliko je po vašem mnenju v medicini danes sploh še pomembna osebnost, sama po sebi (ali znanje in marketinške sposobnosti same že zadostujejo)?**

Mislim, da je osebnost še vedno zelo pomembna. Osebnost nisem prijatelj avtomatizirane medicine, kjer zdravnik praktično ni več potreben. Medicina ni samo znanost, samo natančnost... Je tudi del umetnosti in podobno kot umetnika ne moreš ustvariti (lahko ga reproduciraš, ne moreš pa iz tehnika narediti umetnika), velja to tudi

za zdravnika. S tehniko ne moreš nadomestiti dobrega zdravnika. Menim, da bo ravno v tem brezosebem času, v katerega gremo, osebnost zdravnika tista, ki bo pri zdravljenju izredno pomembna. Če bomo izbirali izključno avtomatsko zdravljenje, bomo bolnikom zagotovili zelo slabo zdravljenje. Tudi danes je zdravilo znanega profesorja, z velikimi imenom, porok uspešnega zdravljenja, medtem ko velja isto zdravilo iz rok zdravnika začetnika oziroma tistega na slabem glasu, za povsem neustrezno, neveljavno. Zakaj je tako? Zato ker je pri vsem skupaj potrebno še nekaj drugega. Zdravljenje ni le znanost. Kar sem pravkar povedal, se bo nekaterim morda zdelo malce heretično, toda sam sem prepričan, da je tako.

**Maribor si je vedno prizadeval, da bi ujel korak s prestolnico in se ji postavil ob bok. Vas je dejstvo, da niste službovali v Ljubljani, oviralo pri napredovanju in karieri? Menite, da bi v Ljubljani lahko dosegli več, hitreje in z manj napora, kot ga je uspešno in učinkovito delovanje terjalo od vas na Štajerskem?**

Kot veste, sem Mariborčan. Sem lokalni patriot, ampak ne šovinist, prosim. Ali bi kje drugje uspel, morda v Ljubljani bolj? Mogoče na akademskem področju. Morda bi zašel v akademske vode. Na področju dispanzerskega zdravstva pa menim, da sem lahko v Mariboru oral ledino, katere brazde so v preteklosti in še danes segajo mnogo globlje, kot bi morda segale kje drugje. Z njimi se je dalo nekaj doseči. Mislim, da v Ljubljani ali kje drugje ne bi dosegel istega. Poleg tega pa sem tudi prepričan, da je predvsem dispanzerski medicini sila pomembna, da poznaš in razumeš ljudi, za katere skrbiš (si doma v njihovem okolju, tam, kjer delaš). Le tako lahko popolnoma razumeš njihovo dušo, obenem pa tudi oni razumejo tebe. Pri kirurgu, v primeru apendektomije, je skoraj vseeno, ali govori kitajsko ali slovensko. Če bo znal slepič lepo operirati, bo zadevo dobro opravil. Pri dispanzerskem zdravniku, pri katerem je neposredni osebni stik ključnega pomena, je nujno, da izbrani zdravnik pozna svojega varovanca, da govorita isti jezik, in da varovanec pozna svojega zdravnika. Zato menim, da sem v Mariboru uspel bolj, kot bi kjerkoli drugje.

**Pediater (zdravnik) naj bi bil predvsem dober človek... *Conditio sine qua non*, ki sta ga zagovarjala že Eskulap in Hipokrat. Vendar pa dobrota sama nikakor ne zadostuje. Katere so po vašem mnenju in izkušnjah ključne vrline odličnega pediatra?**

Kaj je bistvo dobrega pediatra? Odgovor na to vprašanje je težak. Prav gotovo mora biti dober človek. Če bi izpostavil tri bistvene lastnosti dobrega pediatra, bi na prvo mesto postavil njegovo strokovno znanje. Pediater mora zelo veliko vedeti in znati. Drugo, kar je po mojem mnenju izredno pomembno, je, da ima rad otroke. Če otrok nimaš rad - če imaš morda raje sebe ali koga drugega - potem je bolje, da nisi pediater. Tretja, za pediatra zelo pomembna zahteva je, da zna ljudi ocenjevati dinamično. Otroku namreč hitro raste in se razvija - vsak dan je drugačen. To ni isto, kot pri odraslem, kjer imaš stalno istega pacienta. Pri otroku se stvari nenehno spreminjajo. Pravim, da je to podobno, kot če si sofer. Ko vidiš, da je križišče zaprto, greš mirno lahko vanj, če opaziš, da bo drugi avto že speljal, preden boš ti tam. Zadeve moraš gledati dinamično. Če gledaš le, kdaj je zaprto, ustaviš 50 m pred križiščem in spelješ šele, ko je prazno, pride medtem notri že drugi avto in pride do trka. Svoje ravnanje moraš ocenjevati dinamično - ugotavljati, kako bo to, kar storiš danes, vplivalo na otroka jutri in pojutrišnjem, ko ne bo več dojenček, tem-

več odrasel. To je nekaj povsem drugega. Omenjeni dinamični pristop je po moje ena bistvenih lastnosti dobrega, perspektivnega pediatra, čeprav se tega pogosto ne zavedamo. Obvladovanje dinamičnega pristopa pa je stvar daru: imaš ga ali ga pa nimaš. Podobno kot se ljudje delijo v dobre in slabe voznike. Ne eni ne drugi pa pogosto ne vedo, zakaj je tako. Enostavno je tako. So stvari, ki se jih ni mogoče naučiti.

**Ste imeli na svoji poklicni poti kak svetel zgled oziroma vzor? Morda legendarnega dr. Bogdana Derča, ki so ga ljudje postavili na piedestal, otroci pa so ga občudovali in se ga hkrati tudi malce bali...**

O vzornikih je zelo težko govoriti. Vzor so mi bili vsi, vsi dobri pediatri, ki sem jih spoznal v svojem življenju. Če pa najkoga posebej imenujem, bi rad izpostavil profesorja Ambrožiča, ki je za slovensko pediatrijo naredil več kot kdor koli drug, pa smo ga tako hitro pozabili. Ko sem bil na zadnjem pediatričnem kongresu deležen Ambrožičeve nagrade, so številni mladi pediatri prišli k meni in me vprašali, kdo je sploh bil dr. Ambrožič, saj zanj še niso slišali. On je slovensko pediatrijo dejansko ustanovil. Potem je tu seveda še slovenska legenda, profesor Derč, ki ga noben slovenski pediater, ki je samo slišal zanj (sam sem ga namreč tudi osebno doživel), nikoli ne more pozabiti. Za svojega neposrednega vzornika pa bi imenoval profesorja Avčina. Ta svetovljan, uglašeni gospod, z velikim znanjem pediatrije in še marsičesa drugega - od glasbe, do naravoslovja, literature, umetnosti... On mi je bil vedno najvišji vzor. Simbol dobrega pediatra in imenitnega človeka.

**Švicarski pediater dr. Behrend je nedavno izjavil, da je današnja pediatrija pogosto usmerjena predvsem v psihologijo in psihoterapijo, saj velik delež motenj in obolenj v zgodnjem otroštvu in mladosti izvira predvsem iz preobremenjenosti in stresa. Kakšne so vaše izkušnje na tem področju?**

Še enkrat poudarjam, psihologija je najbolj pomembno področje, ki oblikuje otroka. Današnje psihično okolje otrokom ni naklonjeno. Obremenitve in stresi, hitenje, potrošniška družba, tekmovalna družba, avtomatizacija, elektronizacija, virtualizacija - vse to ni primerno za otroško dušo. Pred 100 leti smo se še gibalni s hitrostjo 30 km/h, danes pa sateliti frčijo po zraku s 30.000 km/h. Hitrost se je v enem samem stoletju povečala tisočkrat, človek pa je ostal praktično popolnoma isti kot nekoč. Psihofizične obremenitve stopajo v ospredje, zato je logično, da mora biti pediater prihodnosti na psihološkem, klinično psihološkem, sociopsihološkem in pedopsihotaričnem področju bolj verziran kot kadarkoli prej. Ko sem začel s bolnišnično pediatrijo, sem bil nekaj časa sam za vse. Potem se je delovna skupina razširila na dva, tri sodelavce, vendar smo sami v celoti obvladovali tudi psihološko problematiko takratnih otrok. Danes imamo v Mariboru dva pedopsihiatra, štiri klinične psihologe in če hočete priti na vrsto, morate čakati celih šest mesecev... Tako se je povečal obseg dela. Psihični problemi so tako široki, pogosti in komplicirani, da jih včasih niti ne slutimo. Ker jih popolnoma ne poznamo, pogosto zdravimo stvari somatsko tudi tedaj, ko gre za psihosomatiko in psihopatologijo. Pediater in zdravnik nasploh potrebuje več psihološke izobrazbe. Gotovo je prihodnost pediatrije v znatni meri - veliko bolj - obeležena s psihologijo, kot je bila preteklost.



*Nasmejana partnerja - prim. Kurt Kancler (drugi z leve) in Franc Košir (leta 1993).*

**Kakšen razvoj in prihodnost napovedujete pediatriji v 21. stoletju? Bo glede na nizko rodnost v številnih visoko razvitih zahodnih državah specialnost sploh lahko še prosperirala samostojno, ali pa bo mora sčasoma prešla pod okrilje kake druge, obsežnejše specializacije?**

Padec rodnosti je po mojem mnenju največji problem, ne samo slovenske pediatrije, ampak slovenskega naroda v celoti. Vendar pa se tega problema v vsej njegovi širini nihče ne zaveda, niti se ga nihče ne loti. Nizka rodnost majhnega naroda pomeni čisto nekaj drugega, kot nizka rodnost velikega naroda. Nizka rodnost majhnega naroda na stičišču germanskega, romanskega in slovanskega sveta, živimo na tromeji, je izredno nevarna. Žal pa se tega ne zavedamo. Bo pediatrija zaradi tega propadla? Mislim, da bi bila to katastrofalna napaka. Manj otrok pomeni, da smo dolžni bolj skrbeti zanje in se jim bolj posvečati. Pediatrija za posameznega otroka mora absolutno narasti. Bolezni postajajo danes bolj komplicirane. Molekularne bolezni, genski inženiring jutrišnjega dne, prirojene bolezni in anomalije - vsega tega je znatno več. Razvojno moteni otroci danes preživijo in jih lahko rehabilitiram. Vsega tega nekoč nismo znali. Dela je torej vedno več in mislim, da če so interna medicina, ginekologija in pediatrija štiri velike veje medicine, potem nikakor ne gre niti pomisliti, da bi se pediatrija kje izgubila ali prešla v interno. To bi bil velik korak nazaj, ki bi nas povrnil v čase pred Napoleonom.

**Pediatrija proti družinski medicini. Sta omenjeni specialnosti konkurentki ali sodelavki? Bi lahko glede na vse manjši naravni prirastek v Sloveniji, družinska medicina sčasoma prevzela tudi vlogo pediatrije? Bi bilo tedaj morda smiselno razširiti oz. poglobiti specializacijo iz družinske medicine oziroma jo preoblikovati v kombinirano, dvojno specialnost?**

Kot pediater in zdravnik splošne medicine, ki zdravi tudi odrasle, sem globoko prepričan, da otrok sodi v primarno oskrbo pediatra. Pri svojem delu pa pediater izvaja celo vrsto načel družinske medicine. Otroka vedno obravnavamo skupaj z očetom, materjo, stariji starši ali drugim družinskim članom - dojenček k nam nikoli ne pride sam (ravno obratno kot k družinskemu zdravniku). Vselej

obravnavamo vso družino. Tega ne počne nobena druga veja medicine. To izvajamo le pediatri. Nadalje pediatri otroka vedno obravnavamo celostno. Kako redki so že zdravniki, ki bolnika popolnoma slečejo. To je danes redkost, bolniki se temu pogosto tudi upirajo. "Zakaj bi se slekel, če me samo tu nekaj boli..." Dojenčka oziroma otroka vedno slečemo in ga pregledamo v celoti - nikoli se ne zaletimo le v en sam organ ali del telesa. Dve osnovni načeli družinske medicine - kompletna obravnava in obravnava vse družine - v praksi izvajamo ravno pediatri. Tisto, da hodimo v družine... Ali imamo pri nas sploh še družine, kjer tri generacije živijo skupaj? V mestih gotovo ne. In kakšne so pri nas dejanske razmere danes, ko si vsakdo lahko izbere svojega zdravnika? 85 do 90 odstotkov staršev je za svojega otroka izbralo pediatra. Le 10 do 15 odstotkov pa družinskega zdravnika. Seveda tam, kjer pediatra ni. Prepričan sem, da je za primarno zdravstveno oskrbo v urbanih središčih (80 odstotkov slovenskih otrok živi v mestnih predelih) boljše, da na primarnem nivoju zagotovimo pediatra. Bolj ko se oddaljujemo od urbanih središč, na podeželju, tem bolj je za primarno zdravstveno varstvo otrok primeren tudi družinski zdravnik. V mestih ljudje gotovo bolj zaupajo tistemu, ki v danih okoliščinah o zadevi malo več ve.

#### **Obstaja torej modus vivendi med pediatrijo in družinsko medicino na slovenskih tleh?**

Absolutno. Ta modus vivendi smo našli - dobro sodelujemo in se razumemo. In to ne na škodo naših otrok. Pred petimi leti sem imel čast na Danskem (v Kopenhagnu) SZO predstaviti organizacijo našega dispanzerja. Moram vam povedati, da so po predavanju prišli k meni strokovnjaki, ki prisegajo na klasičnega splošnega zdravnika (Nemci, Angleži z GP-jem) in so mi rekli: "Vaš sistem nam je všeč. Tu ste res naredili nekaj dobrega..." Osebnost sem prepričan, da se pri otroku najbolje obnese pediater, seveda pa nimam nič proti družinski medicini.

#### **Kaj pa združitev pediatrije in šolske medicine, kot so jo nedavno predlagali Avstranci? Bi se po vašem mnenju obnesla v slovenski (evropski) zdravstveni praksi?**

Menim, da Avstranci so to morda predlagali, mi pa imamo že zelo dolgo isto specializacijo, na koncu pa se stvar razdeli. Tudi v klasični Nemčiji imajo šolsko medicino, vendar je tak specialist čisti preventivec, ki je nastavljen na šoli sami; kurativo pa izvaja pediater. Če pri nas združujemo preventivo in kurativo, bi bilo nesmiselno imeti šolskega zdravnika v šoli, vse ostalo pa bi delal pediater. Temveč bi kazalo celotno medicino, posvečeno otrokom in mladostnikom, združiti. Mislim, da smo v Sloveniji na najboljši poti, da bomo to tudi dosegli. Trenutno je še vprašljiva generacija mladostnikov od 14 do 18 let, kjer se dejansko v določeni meri srečujemo tudi s patologijo odraslih - z zadevami, ki niso več čisto

pediatrice. Kar pa se tiče preventivne problematike... Tudi v predšolski medicini imamo vrtce, otroški kolektiv, šolska medicina pa je šolski kolektiv. Bistvene razlike med obema ni. Menim, da je pediatrija medicina razvojnega obdobja. Slednje se konča nekje med 18. in 25. letom starosti. Torej je to vse pediatrija.

#### **Legendarni britanski pediater dr. Benjamin Spock je izjavil, da je pediatrija izmed vseh vej medicine najbolj zahtevna, saj človeku pomaga in omogoči, da se razvije v zdravo osebnost, obenem pa postavi (zruši) tudi temelje dolge in perspektivne starosti. Ste vi občutili breme tovrstne odgovornosti pri svojem delu v pediatrični ambulanti?**

Glejte, jaz vedno trdim, da je otrok plastično bitje. Kot plastelin ga lahko oblikujemo, pri čemer je ugodno, da ga lahko izoblikujemo pozitivno. Hudo nevarno pa je, da ga lahko oblikujemo tudi negativno. Kar se Janezek nauči, to Janez zna. In žal zelo pogosto opažamo, da je tudi v medicini, tam kjer se z otrokom ne ukvarjajo strokovnjaki, ki se na pediatrijo spoznajo, pri oblikovanju otroka marsikdaj veliko narobe. Menim, da je ravno v tem velika odgovornost - vi ste jo imenovali breme, ki ga pediatri nosimo. Lahko ga namreč zelo močno polomimo. Oblikujemo otroka v celoti in on vse življenje nosi posledice. Zdravnik za odrasle ga lahko polomi v konkretnem primeru (bolezni, stanju), pri otroku pa pride do napak v njegovem celotnem razvoju. To breme je zelo veliko in težko. Pred nedavnim sem imel opravka z gospo, ki je bila operirana na srcu. Kot otrok je prebolela revmo (v času, ko je bil že na voljo penicilin), pa je nihče ni pravilno zdravil, in danes, pri 45 letih, je ta žena težak invalid, lahko pa bi bila zahvaljujoč ustreznemu zdravljenju v otroštvu, zdrava.

#### **Je to breme za vas z leti postajalo lažje, morda drugačno?**

Lažje, v tem smislu, da se pri konkretnem delu, zahvaljujoč svo-



*Alpe Jadran - mednarodno srečanje pediatrov v Mariboru (leta 1990)*

jemu znanju in izkušnjam, tega bremena več toliko ne bojiš, kot na začetku. Ker se močneje zavedaš vseh posledic, pa postaja breme odgovornosti v celoti z leti težje. V konkretnem primeru pa stvari seveda lažje rešuješ.

**Medicina in rutina gresta sicer z roko v roki, vendar to ne pomeni lažjega delovanja...**

Lažjega delovanja ne. Pogosto je celo težje. Imamo veliko mladih kolegov, ki z velikim navdušenjem, brez posebnih skrbi in pomislekov odhajajo v kolonije - na počitnice z otroki. Tam so odgovorni za 300 do 400 otrok, za katere morajo skrbeti in to jih čisto nič ne vznemirja. Sam bi šel danes, po 45 letih zdravnikovanja, z zelo mešanimi občutki v takšno kolonijo, ker vem, kaj se vse lahko pripeti, kaj vse se je v našem Punatu zgodilo v zadnjih 45 letih. In vem, da pogosto sredi noči, v kritični situaciji, ne bi znal idealno ravnati in pravilno ukrepati, ker tam ne bi imel na voljo vsega, kar je za to potrebno. Odgovornosti se začneš popolnoma zavedati šele z leti. Številni mladi kolegi si vse upajo, vse znajo in vse naredijo, ampak v ozadju gre le za pomanjkanje izkušenj in odsotnost zavesti, kaj vse se lahko zgodi.

**V smislu modrosti, ki pravi, da drzne spremlja sreča...**

To je lep rek, vendar jaz se ne bi pustil zdraviti drznemu zdravniku. Raje bi zaupal zdravniku, ki malce razmišlja...

**Vaše delovanje je bilo od vsega začetka usmerjeno v preventivo, kurativo in rehabilitacijo, pa tudi v vzgojno-izobraževalno in socialno-karitatивно dejavnost. katero izmed naštetih področij je bilo po vašem mnenju ključno na začetku vašega delovanja in kateremu se najbolj posvečate danes?**

Medicina je v bistvu samo ena. Čisto umetno smo jo iz didaktičnih razlogov razdelili v preventivo, kurativo, socialno medicino... Sam osebno menim, da mora sleherni medicina izpolniti pogoje treh K-jev (ki veljajo tudi za dispanzersko dejavnost): biti mora kompleksna (vključuje preventivo, kurativo in socialno-ekonomsko plat), kompletna (izpolniti mora vse naloge, ki jih posamezne veje zahtevajo) in kontinuirana (pediatrija, ki je na voljo le 6 ur na dan, ostalih 18 ur pa naj nekdo drug skrbi za otroka, ne velja nič). Tako - kompleksno, kompletno in kontinuirano - pa je bilo in je tudi še danes moje delo. Le ta enotnost lahko ustvari resnično korist. Vsaka delitev škodi. Otroka namreč ne moremo trgati na preventivne, kurativne in socialne probleme. Ne, otrok je ena sama celota. Vsi našteti elementi se morajo prepletati. Jaz v svojem življenju nikoli nisem dajal določeni panogi posebne prednosti.

**Kaj menite o pediatriji ad hoc, ki za zdravje otrok skrbi na daljavo - preko interneta in elektronske pošte (virtualni t. i. on-line-pediatier) oziroma telefona (pediatrična vroča linija, ki je zelo priljubljena v Nemčiji, Avstraliji, ZDA...)? Se bodo tovrstni trendi lahko kmalu uspešno kosali s klasično pediatrično prakso?**

Morda sem res že star pediatier in poudaril sem, da pediatrija ni le znanost, marveč tudi umetnost. Menim, da mehanizirana medicina (ima tisoč imen) ne bo nikoli uspešna. Predvsem zato, ker ne upošteva človeka, ker ne upošteva njegove psihe, ker upošteva povprečja. Vsak človek pa je individuuum zase in to lahko samo tankočuten zdravnik in človek zazna in čuti. Stroj tega ne more. Stroj (pa naj bo še tako moderen) vam bo vedno lahko ponudil le kako srednjo vrednost, povprečje, ki pa nikoli ne bo primerno za konkretnega

posameznika. Poleg tega pa v tem primeru odpade tudi ves osebni vpliv zdravnika na bolnika. Jaz menim, da tovrstna medicina nima prihodnosti. Če pa bo, ne bi bil rad uporabnik take medicine.

**Ekonomisti pravijo, da je individualna medicina predraga, če jo uveljavljamo na splošno, kadar to ni izrecno potrebno, da je marsikdaj mogoče zdraviti tudi rutinsko, čisto po analogiji...**

Nedvomno. Pomembno je le, ali se gremo trgovino, ali medicino. Koliko je sploh vredno človeško življenje? Če ocenjujemo povprečje... Tisočkrat bo šlo lahko vse v redu, tisoč prvič pa se bo zalomilo in bolnik bo umrl. Ekonomist bo rekel: "To je vendar zanemarljivo, v primerjavi s sredstvi, ki smo jih prihranili... Nekdo je pač umrl." S takšno miselnostjo se absolutno ne morem strinjati. Sploh ne.

**Kje je v tem kontekstu, med ekonomijo in strogo individualno medicino, mesto zavarovalnice?**

Po mojem mnenju na strani medicine.

**Kaj pa zdravje iz knjig, svetovalcev in priročnikov? Tudi sami ste napisali pet strokovnih oziroma poljudno-znanstvenih knjig in priročnikov na svojem strokovnem področju, ki jih je javnost zelo lepo sprejela. Menite, da danes obstaja možnost poskusa zdravljenja s pomočjo knjig, podobno kot je s pomočjo kuharske knjige mogoče pripraviti imenitno pojedino? So starši (skrbniki) dovolj osveščeni za presojo, kdaj si lahko pomagajo s knjigo in kdaj morajo k zdravniku?**

Prav gotovo je sodobna medicina prišla do določene meje. Zavedamo se, da vsega, kar je z zdravjem narobe, sodobna medicina ne obvlada več. Ko se je SZO odločila za akcijo Zdravje za vse do leta 2000 in po njem, se je zavedala, da medicina enostavno ne more več vsega opraviti sama. Glavni soborec za zdravje mora zdravstvu danes postati uporabnik (človek) sam, ki mora skrbeti za svoje zdravje. Kaj in koliko pa lahko naredi za svoje zdravje, to smo mu zdravniki (in ostalo zdravstveno osebje) dolžni pojasniti. Zdravstveno prosvetljevanje in vzgoja ljudi je naloga zdravnika in medicinske sestre. Zato, da zdravstvo razbremenimo določenih bremen. Nikakor pa ne smemo pričakovati, da bomo ljudi naučili, da se bodo zdravili sami. To je možno le do določene meje, zlasti v preventivi. Všeč mi je primer kuharske knjige. Z njo seveda lahko skuhate dobro kosilo, če pa pripeljem s seboj francoskega kuharja in se on loti kuhanja, bo njegovo kosilo boljše. Podobno lahko tudi jaz ljudi naučim dobro barantati s svojim zdravjem, vendar pa kljub temu ostanejo še zelo, zelo daleč od dobrega zdravnika, ki zna več od tistega, kar je zapisano v takšnih priročnikih. Zdravstveno prosvetljevanje je nujno potrebno, vendar mora uporabnikom tudi nakazati meje. In te meje naj bi ljudem, laikom posredovali zdravnik oziroma zdravstvena služba.

**Kakšno vlogo pripisujete v tem procesu zavarovalnici?**

Zanimivo je, da je bila ravno zavarovalnica tista, ki je iznašla preventivo. Državna zavarovalnica v Oklahomi je na prelomu prejšnjega stoletja imela pod okriljem tri bolnišnice. Zdelo se ji je, da so stroški zanje previsoki - preveč ljudi se je hotelo zdraviti v njih. Zato so začeli razmišljati, kaj bi storili, da bi manj ljudi potrebovalo bolnišnično zdravljenje. Kako bi preprečili zaplete, zaradi katerih pridejo uporabniki po pomoč v bolnišnico. In tako se je rodila preventiva - to je bil začetek preventivne miselnosti. Američani so v svojih prizadeva-



njih seveda uspeli, obenem pa so preventivi takoj postavili tudi določene (predvsem finančne in vsebinske) meje. Preventiva mora imeti svoj cilj. Ne sme biti splošna in razpršena, taka kot jo imamo pri nas zelo radi. Vsakdo bi se rad ukvarjal s preventivo, pa sploh ne ve zakaj. Preventiva mora imeti svoj cilj, uspeh preventive (njeni dosežki) pa morajo biti objektivno merljivi in primerljivi (evalvacija). Če ne vemo, kaj smo s svojim delovanjem dosegli, in če nismo zasledovali določenega konkretnega cilja, potem preventiva nima smisla. Prav tako preventiva nima smisla, kadar jo kar "raztrosimo" vsem po vrsti. Vse vsem - neke se bo že prijelo, ostalo pa smo pač naredili zastonj... Smiselna je le strokovno utemeljena, usmerjena in evalvirana preventiva.

**Sami ste že od nekdaj medijsko dokaj dejavni in priljubljeni v javnosti? Ste si za to na začetku posebej prizadevali, ali je prišlo samo od sebe? Koliko medijske dejavnosti sploh potrebuje zdravnik za uspešno in učinkovito strokovno delovanje in uresničevanje svojega poslanstva?**

Če sodim po sebi, moram reči, da si nikoli nisem posebej prizadeval biti medijski človek. Po sili razmer so prišli k meni novinarji iz javnih občil in me povabili k sodelovanju, prosili so me, naj napišem članek, knjigo... Medijsko sem postal dejaven bolj na željo oziroma zahtevo drugih kot po lastni iniciativi. Menim, da je zdravnik kot javni delavec dolžan biti medijsko prisoten. Seveda pa je ta medijska prisotnost lahko dvorezna: medijska dejavnost zdravnika ne sme biti namenjena njegovi reklamni (kar tudi pogosto srečujemo), marveč je priložnost zato, da javnosti nekaj poveš, da določene stvari pojasniš in da pomagaš.

**To pa lahko počne le zdravnik, ki ima javnosti dejansko tudi kaj povedati...**

Prav gotovo. Vendar če danes berete časopise in spremljate radijski oziroma TV-program vidite, da je danes v njih marsikaj takega, kar sploh ne sodi tja (od vegetarijanstva pri otrocih, do ozonske luknje in strahu pred soncem ter drugih stvari, ki so v medijih popolnoma izmalicene in vzbujajo nepotrebne fobije s škodljivimi posledicami). Treba je najti pravo mero.

**Koliko medijske dejavnosti zdravnik sploh potrebuje za uspešno uresničevanje svojega poslanstva?**

Menim, da toliko, da probleme, ki jih je mogoče rešiti na ravni posameznika, nakaže in pove, kako se jih posameznik lahko loti. Obenem pa mora povedati tudi, kdaj je samozdravljenja dovolj in mora prizadeti pomoč poiskati pri ustreznem strokovnjaku. To je po mojem bistveno.

**Varčevanje kot vroča tema slovenskega zdravstva. Kaj menite o zategovanju možnjčka pri zdravstveni oskrbi otrok in mladine? Bi se dalo manjkajoča sredstva dobiti na kak drug način, kot z aktualnim omejevanjem pravic najmlajših uporabnikov zdravstvenega varstva?**

Ko pridemo do diskusije v zvezi z denarjem, vedno želim postaviti v prvi plan neizpodbitno dejstvo, da Slovenija ni bogata dežela. Naša država sodi med bolj revne dežele. Pri nas na enega prebivalca na leto izdamo za zdravstveno varstvo približno 1.500 DEM. Bogatejše države, kot na primer Nemčija, pa tri- do štirikrat več. Mi preprosto nimamo več denarja in tega se moramo zavedati. Zato ne mo-

remo zahtevati, da bo naša medicina vedno nudila vse tisto, kar uporabnikom morda ponuja medicina v Nemčiji ali Ameriki (čeprav tam brezplačno dejansko nudi veliko manj). Tega se je potrebno najprej zavedati in tudi upoštevati - sredstva za zdravstvo so omejena. Tudi plače zdravnikov naj bi bile primerne v slovenskem merilu.

Glede varčevanja pri otrocih pa menim, da je vsak, ki se tega loti, na slabi poti. Negativne posledice se potem vlečejo vse življenje in je stvar v svojem bistvu - po načelu stroškov in koristnosti - popolnoma nesprejemljiva. Saj se na koncu izkaže za neugodno in dražje. Žal pa pri nas opažamo varčevanje na tem področju. Zavedam se sicer, da je otrok danes manj (okrog 40 odstotkov manj kot pred 30 leti), zato je logično, da bo celoten obseg sredstev za zdravstveno varstvo otrok manjši (ker jih je toliko manj). Nesprejemljivo in nerazumljivo pa je krčenje sredstev za posameznega otroka. V tem je katastrofalna napaka. Za vsakega otroka moramo danes zagotoviti vsaj toliko sredstev kot včeraj oziroma še nekaj več. Pri nas gre za vrsto ukrepov, ki tega ne sploh upoštevajo. Na primer v naših delovnih skupinah: некоč sta na enega pediatra v primarnem zdravstvenem varstvu prišli dve sestri, danes pa je le še sestra in pol, od tega pa ena sestra praktično sedi samo pred računalnikom in sploh nima časa sodelovati v praktičnem medicinskem delu. Ob zdravniku ni nobene sestre več, pediatrično delo brez medicinske sestre ob zdravniku pa ni uspešno. To je že eden od absolutno zgrešenih ukrepov. Tudi administrativna obremenitev v zdravstvu je absolutno prevelika. Nadalje smo čisto pozabili na vrtce. Že pokojni dr. Derč je s pomenljivimi besedami: "Jasli so za osle, za otroke so matere..." jasno povedal, kaj so otroški kolektivi. Zaradi tega so ga leta 1945 tudi suspendirali z ljubljanske medicinske fakultete. Otroški kolektivi (jasli, vrtci) so danes pediatrični problem, ki ga ne moremo odpraviti. Lahko pa ga omilimo in zmanjšamo s pomočjo strokovnega nadzora otroških vrtcev - dejavnosti, ki je danes sploh ni več v programu pediatrije.

Naslednji problem predstavlja vmesna lista. Zdravil z vmesne liste otrokom ne moremo predpisovati, ker niso dodatno zavarovani. Neustrezno je urejeno tudi področje simptomatskih zdravil. Zdravljenje otrok je vedno etiološko in simptomatsko (ne le etiološko). Zadeve so se v zadnjem času tu za malenkost izboljšale. To je le nekaj ključnih stvari, za mimogrede. Po mojem mnenju se v zdravstvu še marsikje varčuje na napačnem koncu. Menim, da pri otroku absolutno ne smemo varčevati, posamezniku mora biti naprej zagotovljeno to, kar je imel doslej oziroma še nekaj več. V celoti - ne pa za posameznika - pa je za pediatrijo dejansko potrebno nekaj manj sredstev, ker otrok preprosto ni več. Vse, kar smo doživljali doslej, pa je bilo usmerjeno na posameznika.

**Kaj bi kot zdravnik, praktik z bogatim znanjem in dolgoletnimi izkušnjami svetovali vsem, ki si prizadevajo za razvoj in racionalizacijo slovenskega zdravstva?**

Kje in kaj bi lahko svetoval v zvezi z varčevanjem? Slovenija se vrača v Evropo (v njej smo некоč že bili), zato si moramo marsikaj ogledati - kako stvari tam izgledajo in potekajo, nato pa sami narediti podobno. V našem zdravstvu bi bilo najprej treba spremeniti oziroma odpraviti nemogočo administracijo. Birokracije in administracije, ki nikomur ne služita - morda zavarovalnici - imamo veliko preveč. Torej bi jo morala zavarovalnica tudi plačevati ali pa sam izvajati. Zdravstvu samemu gotovo ne koristi, zato bi jo bilo treba absolutno črtati.



**Prim. Kurt Kancler s soprogo na dvorišču otroškega oddelka bolnišnice v Mariboru (leta 1959)**

Druga stvar: pri nas imamo zdravstvene ustanove (zlasti bolnišnice), ki se v zadnjih petdesetih letih praktično niso spremenile. Postale so preveč toge in statične. Sicer se zavedam, da so cerkev, univerza in zdravstvo tri področja, ki jih je najtežje spremeniti. Vendar pa je danes zelo težko argumentirati, zakaj potrebujemo še vse te urade, upravne in strokovne službe (tehnične, ekonomske itd.), ko pa se medicina vendar odvija samo v ambulanti. Menim, da se morajo naši zdravstveni domovi nujno modernizirati, najbolje po vzoru nemškega "Ärztelhaus". V njem so združeni zdravniki (zasebni ali/ in javni), nahajajo se v določenem skupnem posloplju, v katerem pa vsak dela zase - strokovno in finančno. Vsako leto pa postane eden izmed teh 10 do 15 zdravnikov direktor. In to je za vsakogar najhujše, saj mora v času svojega direktorovanja skrbeti za streho, za čiščenje, za odvoz odpadkov in vse ostale, nemedicinske zadeve. To je res zelo naporno, vendar pa se zdravnik zaveda, da bo imel potem deset ali več let mir in se bo lahko posvetil izključno svojemu strokovnemu delu z bolniki. Obenem pa ima opisani "Ärztelhaus", v katerem se odvija medicina, seveda tudi določeno odgovornost na svojem terenu, ki je nujno potrebna. To bi utegnil biti model, ki ga seveda ne bomo popolnoma posnemali, vendar pa ima v sebi veliko zelo primernih, spodbudnih elementov.

Nadalje bo potrebno seveda urediti tudi naše bolnišnice. Pri tem je čisto vseeno, ali govorimo o klasifikaciji, levelizaciji, kategorizaciji... Ostaja dejstvo, da na področju našega bolnišničnega zdravstva ni vse tako, kot bi moralo biti. Vzemimo za primer samo Ljubljano, kjer je UKC kot najvišja slovenska medicinska znanstvena ustanova, hkrati tudi ljubljanski "špital". To dvojje pa je povsem nezdržljivo, zato je ti dve funkciji potrebno nujno ločiti na dve samostojni enoti. Pereče je tudi vprašanje specialističnih služb. V razvitem svetu specialistične ambulante ne sodijo pod okrilje bolnišnice - so bodisi v pristojnosti samostojnih privatnih ambulant ali pa pod okriljem poliklinike. Pri nas pa sta specialistična in bolnišnična dejavnost združeni pod eno streho. To je lahko ekonomsko zelo vprašljivo (saj si lahko sam poljubno urejaš dotok in odtok bolnikov), strokovno pa je po mnenju nekaterih dobro, drugi pa pravijo, da je slabo. Sam bi o tem težko sodil. V svetu tega ni, zato bo treba tudi pri nas zadevo temeljito razmisliti. Narediti moramo malce več reda in se približati

evropskim normativom in načinom reševanja problematike. To je možno uresničiti. Seveda sploh ne trdim, da je treba vse privatizirati - naj gre med zasebnike le tisti, ki to želi. Veliko zdravnikov bi rado ostalo v javnem zdravstvu, vendar ne prenesejo, da jim "uradniki" neprestano nekaj diktirajo in odredajo (samo zato je šlo veliko zdravnikov med zasebnike. Ne zato, da bi več zaslužili, marveč zato, ker hočejo končno samostojno, pošteno in strokovno delati). Zdravnik, ki se je 25 let izobraževal, se hoče ukvarjati predvsem z medicino - z delom, za katerega je usposobljen. V naštetem je absolutna prihodnost tudi pri nas, čeprav se zavedam, da bodo zadeve in spremembe precej boleče.

**Če bi se v tem trenutku morali spopasti s pomanjkanjem financ v zdravstvu na Slovenskem. Kakšen bi bil vaš koncept? Česa bi se najprej lotili, kako in zakaj? Koga bi povabili k sodelovanju?**

Moj koncept bi bil tale:

1. Odstotek sredstev od kosmatega nacionalnega dohodka, ki je namenjen zdravstvu, se mora zvišati iz sedanjih 7 odstotkov (7,2 odstotka) na vsaj 8 odstotkov (po priporočilih SZO za države z visokim BND), pri našem nizkem BND pa ne dosegamo niti 8 odstotkov. Ljudem je treba povedati, da je tu nujno potrebno nekaj spreminiti.

2. Kot drugo bi prišlo na vrsto zdravstveno zavarovalništvo, ki je v našem slovenskem prostoru edini center moči na področju zdravstva. Edini, ki ima na razpolago kompletno vse informacije, ki jih nihče drugi nima, obenem pa ima tudi denar. V informacijski družbi pa je kombinacija informacij in denarja sinonim za absolutno oblast. V tem smislu je potrebno z zavarovalniškega stališča gospodu Koširju iz srca čestitati. Prvi je uspel osamosvojiti denar zdravstvenega zavarovanja in ga ločiti od državnega denarja. Dotlej pa so zdravstvena sredstva uporabljali tudi v druge namene. Absolutno. Vendar pa je vpliv medicine na zdravstveno zavarovalništvo po mojem mnenju pri nas odločno premajhen. Mislim, da bi bilo potrebno ustanoviti posebno telo ali pa pooblastiti na primer zdravstveni svet, ki v Sloveniji deluje na MZ, da bi vplival na razdelitev sredstev zavarovalnice. Ta vpliv je danes nejasen. Dejansko menim, da kot stroka ali kot posameznik na zadeve sploh ne moreš vplivati, marveč je vse skupaj vodeno strogo računalniško, strogo administrativno, strogo ekonomsko. Gre pa dejansko za življenje, za zdravje ljudi. Menim, da imamo fantastično zavarovalnico (verjetno kar preveč), vendar pa je vpliv zdravstva nanjo premajhen oziroma ga včasih sploh ni. Zavarovalništvo samo po sebi je izredno uspešno, vendar pa je pre malo povezano s konkretno, praktično medicino. Oziroma s svojimi administrativno-birokratskimi zahtevami celo bremeni strokovno delo zdravnika in zdravstvenega osebja nasploh.

3. Izvajalci imajo pri nas premalo besede. Zdravnik in sestra nimata nobene veljave, v individualnem delu jo seveda imata, v upravljanju in širšem vplivanju na delitev denarja, sredstev pa je ta vpliv absolutno premajhen. Na račun administrativno-birokratskega vpliva, ki pa je po drugi strani prevelik. Zdravstvo urejajo ljudje, ki zdravstva ne izvajajo. Ki se ne ukvarjajo s praktično medicino. In tu je nekaj narobe. Menim, da mora zdravnik (medicinska sestra) dobiti več možnosti tudi za odločanje. Neposredni vpliv izvajalcev mora biti večji kot ga ima administracija.

Tega bi se najprej lotil. K sodelovanju pa bi povabil vse pristojne pomembne forume. Menim, da je treba čimprej sestati skupaj, za isto mizo, določiti medsebojne odnose in pristojnosti ter jih dosledno

izvajati. V času ko sem bil sam predsednik Zbornice, smo se večkrat lepo dogovorili, vendar pa je šlo kasneje spet vse po starem.

**Otroci niso le pomanjšani odrasli. Menite, da pediatrija (družba nasploh) dovolj upošteva omenjeno ključno dejstvo?**

Res je. To napačno gledanje je v 18. stoletju dejansko botrovalo rojstvu pediatrije. Pred tem smo se srečevali s 500-promilno umrljivostjo otrok in dojenčkov - vsak drugi otrok je umrl, v nekaterih predelih so celo od štirih otrok umrli kar trije (750-promilna smrtnost). Šele z razvojem pediatrije (in medicine nasploh) so se razmere izboljšale. Tudi v prihodnosti mora ostati pediatrija tista, ki upošteva dejstvo, da je otrok nekaj drugega, ne samo pomanjšan odrasel. Po drugi strani pa je treba za otroka tudi več narediti. Pokojni profesor Avčin nas je vedno učil, naj bomo zagovorniki svojih otrok in mislim, da je danes čas, da pediatri res stopimo na piedestal in postanemo zagovorniki svojih otrok. Nizka rodnost nas sili k temu. Moramo se lotiti pozitivne demografske politike. Ne strankarske politike, ki si bo točke nabirala s podaljševanjem porodniškega dopusta in si obešala lovorike. Rodnost je nacionalni problem, zadeva cellega naroda in ne le problem ene stranke. Spodbudna demografska politika je kompleksen, širok pojem, ki sega od varstva in zaščite nosečnic, do zaposlitve za mlade, stanovanja za mlade družine, porodnega dopusta, davčnih olajšav pri nakupu obleke obutve, prehrane in ostalih potrebščin za otroke. Omogoča dejansko brezplačne vrtce in šole. Vsega tega mi nimamo. Vsi naši mladi starši se pritožujejo; večina brez svojih babic in dedkov verjetno sploh ne bi mo-



**Prim. Kurt Kancler kot plavec na Mariborskem otoku (leta 1950)**

gla shajati. Za naše otroke kot narod, kot država v celoti, dejansko naredimo premalo. Če se tega ne bomo hitro zavedli, nas bo čez tri-deset let pol manj kot danes. Kar pomeni, da nas bo manj kot milijon. In kaj bo potem? Danes imamo že probleme s pokojninami, problemi so v šolah, ker manjka učencev, problematični so vrtci, ker so prazni... Narod mora za svoje otroke narediti veliko več kot le reči: otroke imamo radi in se z njimi pred volitvami slikati... To počnejo politiki po celem svetu, po volitvah pa na otroke običajno pozabijo. Zanimivo je, da so Švedi pred leti zahtevali, da bi otroci s svojo stranko prišli v parlament, da bi nekdo neposredno ščitil njihove interese. Večina odgovornih je bila proti - navajali so iste argumente, s katerimi so pred 50 leti zavračali prihod žensk v parlamentarne klopi. Pri nas imamo stranko upokojujencev (Desus) - za ostarele skrbimo, kdo pa skrbi za otroke? Nihče, in s tem je povezana prihodnost naroda. Torej: otroka na piedestal, več otrok - z razumno, pozitivno demografsko politiko, ki je zelo draga. Vendar drugače ne gre. O teh stvareh moramo začeti razmišljati.

**“Za otroke samo najboljše...” -deviza, na katero prisegajo v številnih razvitih državah z nizkim naravnim prirastkom. Kakšno je po vaši oceni stanje na tem področju pri nas? Kaj bi slovenski zdravniki lahko naredili za boljšo prihodnost najmlajših prebivalcev naše države?**

Delež medicine v tej populacijski politiki je lahko predvsem in samo ta, da pediatriji zagotovimo primerno mesto. Da otrokom ne krčimo, marveč jim širimo pravice. In da celotno pediatrično oskrbo - tako primarno, kot tudi sekundarno in terciarno ter preventivno, kurativno in socialno postavimo na piedestal, ki ji gre. Upoštevatvi moramo, da imajo otroci posebne potrebe in zahteve, ki je prihodnost našega naroda in za katero je potrebno še bolj skrbeti kot doslej.

**Življenje kot pravljica... Prof. dr. Konjajeva, pediaterinja in perinatologinja, nam je kot študentom nekoč zaupala, da je njeno življenje srečno in veselo, ker se lahko ukvarja z drobnimi, nebogljenimi bitjci... Se tudi vam kdaj zazdi, da sodite med izbrance, ki so v življenju okusili predvsem veselje, navdušenje in hvaležnost?**

Profesorico Konjajevo izredno visoko cenim. Ko sem delal specialistični izpit iz pediatrije, je bila ona edina v bolnišnici, ki je pred izpitom pristopila k meni in me materinsko potrepljala po ramenu, rekoč: “Kolega, nič se ne bojte, saj ne bo tako hudo!” ter me odpeljala pred komisijo. Zdelo se mi je, da so se me vsi ostali kar nekam izogibali, kot bi bil kužen. Hočem povedati, da je profesorica Konjajeva res ženska z zelo velikim srcem. In mislim, da si naši otroci take ženske, take pediaterinje tudi zaslužijo. Slovenskemu otroku se danes marsikje ne piše najbolje. Prepričan sem, da problema slovenskega otroka ne moremo uspešno rešiti le z razumom. Posnemati moramo Malega princa - pediatri moramo začeti misliti tudi s srcem. Če nam bo to uspelo, bomo prodrli tudi s svojimi predlogi in zahtevami ter bomo jutri našim otrokom lahko nudili malo več vsega tistega kar potrebujejo.

**Menite, da ste izbrancec, ker ste se vse življenje lahko ukvarjali z otroki?**

Menim, da je to velika čast in privilegij. Kdor koli mi je to omogočil, kdor koli me je zato izbral, sem mu zelo, zelo hvaležen.

**Prisrčna hvala za pogovor, gospod primarij.**

# BSE človeka

Mirko Jung

V zadnjih mesecih je Evropo zajela panika v zvezi z epidemijo BSE goveda in porastom števila zbolelih (še živih) in umrlih za novo boleznijo, varianto Creutzfeldt-Jakobove bolezni (v-CJB), ki jo danes nekateri že imenujejo BSE človeka. Panika je zajela tudi Slovenijo, kar potrjuje zelo veliko število intervjujev v raznih časopisih in na televiziji ter hitri, profilaktični ukrepi vlade, umaknitev ukrepov po spremembi vlade in ponovna uvedba ukrepov, ki so bili pravkar umaknjeni. To ni bilo pravzaprav nič posebnega, saj sem o problematiki že poročal v slovenskih strokovnih revijah (1-5), časopisih in televiziji v letih 1996 do 1998. Na novo vemo nekoliko več o t. i. subkliničnih oblikah bolezni pri človeku in drugih živalih, ne le govedu, zato prepoved kostne moke tudi pri prašičih in perutnini.

Pred kratkim je izšlo poročilo britanske vlade o epidemiji BSE (Lord Phillips). Poročilo je pripravljalo več sto strokovnjakov 34 mesecev, rezultate njihovega dela pa so zbrali v 16 knjigah. Stroški poročila so znašali okrog 60 milijonov švicarskih frankov. V poročilu, ki ga poznamo iz številnih komentarjev v znanstvenih in strokovnih revijah, ni ničesar takega, česar ne bi že vedeli. Vendar je nekaj ključkov iz poročila, ki jih je vredno omeniti:

- a) do epidemije je prišlo zaradi intenzivne govedoreje;
- b) britanska vlada je sprejela ukrepe, vendar niso bili, ne časovno ne adekvatno, uveljavljeni;
- c) vlada je dolgo verjela, da je tveganje BSE za človeka zelo daleč;
- d) o nevarnosti BSE za človeka vlada ni obvestila prebivalstva in
- e) delo znanstvenikov je zelo koristno in je njihovo delo potrebno skrbno oceniti (tega pogosto niso delali).

V tem članku se želim omejiti na vprašanje prenosa BSE z goveda na človeka. Še danes v Sloveniji slišimo in beremo izjave nekaterih strokovnjakov, da zaenkrat ni dokazov za prenos bolezni z goveda na človeka. Razlogov za tako trditev je več:

- a) neznanje, kljub obilici jasnih dokazov o identičnosti povzročitelja BSE in vCJB,
- b) strah pred povzročanjem "panike" med prebivalstvom, kot da ne bi že imeli številnih tiskanih poročil o možnosti sto tisočih obolelih med ljudmi za to novo boleznijo,
- c) ekonomski interesi posameznikov in skupin, uradni pritiski na znanstvenike, naj ne objavijo rezultatov svojih preiskav, grožnje z ukinitvijo finančnih sredstev za delo, podkupovanja, malverzacije idr.

Tako je bilo vse do leta 1996, ko so opisali novo "varianto" Creutzfeldt-Jakobove bolezni (vCJB) (6). Obdelali so 10 pacientov z novim nevropatološkim profilom, ki je spominjal na BSE. Šele tedaj so pomislili, da je nova bolezen pri človeku vzročno povezana z boleznijo goveda. V tem smislu sta govorili tako časovna kot geografska asociacija obeh bolezni pri človeku in govedu. V letih 1996 do 1997 so opravili zelo obsežne raziskave, ki so kazale možnost prenosa BSE na človeka. Najprej so dokazali, da ima povzročitelj vCJB molekularne karakteristike, ki so podobne karakteristikam BSE, razlikujejo se pa od drugih oblik CJB (iatrogenih, sporadičnih). Tabela 1: Me-

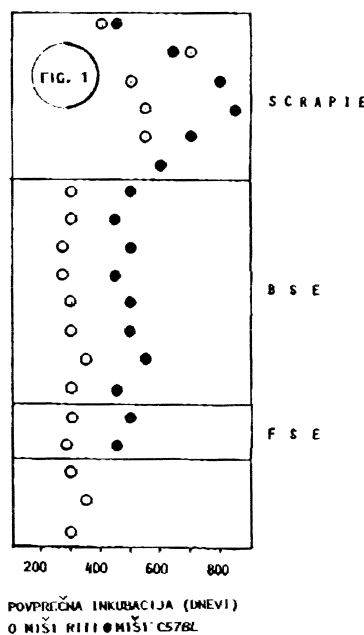
toda raziskovanja je bila western blot homogenata možganske substance, obdelane s proteinazo-K, ki uniči normalni prionski protein (PrP<sup>C</sup>) ohrani pa patološkega (PrP<sup>Sc</sup>). Za test so uporabili monoklonska protitelesa; slike western blota pa so odvisne od glikolizacije patološke beljakovine. (7)

**Tabela 1:**  
**Western blot različnih oblik Creutzfeldt-Jakobove bolezni**

CJB	Tip 1	Tip 2	Tip 3	Tip 4 (*)	Skupaj
Sporadična	5	21			26
Iatrogena	1	1	5		7
Nova varianta				10	25

\* ustreza BSE, preneseni na miši, domače mačke in opico makaki

V letu 1997 so objavili rezultate nekaj pomembnih raziskovanj. Tako so pojasnili učinkovitost konverzije PrP<sup>C</sup>→PrP<sup>Sc</sup> in vitro; konverzija je eden bistvenih trenutkov v patogenezi prionskih bolezni. Učinek konverzije (8) je bil največji pri homolognih prionih, npr. Bovini PrP<sup>Sc</sup>→Bovini PrP<sup>C</sup>→Bovini PrP<sup>Sc</sup>, vendar so efekt, čeprav nekoliko slabši, opazili tudi pri heterolognih konverzijah, npr. Bovini PrP<sup>Sc</sup>→Humani PrP<sup>C</sup>→Humani PrP<sup>Sc</sup>. V Edinburgu so preiskovali (9) prionska debla prirodnega praskavca, feline encefalopatije, BSE in vCJB. Poskuse so delali s pasažami na živalih, predvsem miših. Posebno skrb so posvetili trajanju inkubacije ter nevropatološkim spremembam.



Dolžina inkubacije pri miših, ki so jih okužili s praskavcem, je bila daljša kot pri miših, okuženih z vCJB, BSE in FSE (Fig. 1). Nevropatološke spremembe so preiskali v devetih regijah možganov (talamus, hipotalamus, motorna regija idr.). Značilna nevropatološka slika ostane nespremenjena tudi po pasaži na naslednjih živalih (BSE-signatura). Istega leta so pričeli s poskusi na transgenih miših, ki so jim mišji prionski gen zamenjali s humanim, da bi se na ta način izognili t. i. species-barieri. Vse transgene miši so zbolele po okužbi z vzorci iz sporadičnih ter 5 iatrogenih primerov CJB; samo izjemno, in to z daljšo in variabilno inkubacijo so opisali

pri non-transgenih miših. Za razliko od tega so uspešno okužbo opazili pri transgenih in non-transgenih miših (tabela 2). Podobna je bila tudi njihova nevropatologija (10). Avtorji sklepajo, da biološke in transmissijske lastnosti prionskih debel vCJB odgovarjajo BSE.

Vse do sedaj omenjeno so potrdili tudi v publikacijah 1999 do 2000 (11-13).

**Tabela 2: CJB, vCJB in BSE na navadnih in transgenih miših**

Inkulum	Število poskusov	Transgene miši zbolele/okužene	Non-transgene miši zbolele/okužene
Sporadična CJB	12	86/87	8/74
Iatrogena CJB	5	28/28	4/24
Varianta CJB	6	25/56	33/43
BSE	5	10/26	21/24

Posebna pomena je delo, ki so ga objavili Scott in sodelavci (14), pri katerem je sodeloval tudi S. B. Prusiner, ki je dobil Nobelovo nagrado za teorijo o prionih. Tudi oni so uporabili transgene miši, ki so jim zamenjali mišji prionski gen z bovinim (MoBoPrP). Dolžine inkubacij, nevropatologije in PrP<sup>Sc</sup> pri miših (pregledanega z metodo Western blot), okuženih z BSE ali vCJB ni bilo mogoče razlikovati, dramatične razlike pa so opazili pri miših, okuženih s PrP<sup>Sc</sup> praskavca. Avtorji menijo, da so njihovi rezultati najbolj očiten dokaz, da je PrP<sup>Sc</sup> goveda okužil človeka. Kot zadnji, nam znani dokaz za BSE-človeka, so julija 2000 objavili rezultate študija trodimenzionalne strukture humanega in bovinega prionskega proteina z metodo nuklearne magnetne resonance, NMR (15). Struktura BoPrP je v bistvu identična s strukturo HuPrP. Eden glavnih raziskovalcev je v izjavi za tisk povedal, da je odločno prepričan da BSE lahko okuži človeka (16). Identiteta HuPrP→BoPrP omogoča izogibanje species-barriere.

Rezultati omenjenih del, dobljenih z večletnim delom, v najboljših svetovnih laboratorijih, jasno kažejo na prenos z goveda na človeka. Nasprotniki o tem še vedno niso prepričani. Zato bi morali okužiti človeka z govejim materialom in čakati na smrt in obdukcijo. Tega poskusa ne bomo dočakali. Kakega drugega dokaza, ki bi prepričal vse, nasprotniki te teorije niso uspeli predlagati.

O številu primerov nove bolezni pri človeku je nekaj podatkov v literaturi. Vsi se strinjajo, da je število bolelih, ki jih lahko pričakujemo, odvisno od dolžine inkubacije. Pri zelo dolgi inkubaciji, ki je pri ljudeh možna, predvidevajo eni v Veliki Britaniji 80.000 primerov (17), danes pa že 136.000 (18). V dnevnem tisku v Švici govorijo o tisočih primerih, direktor Zveznega zavoda za zdravstvo pa o stotinah. Malo nenauden se zdi podatek o možnosti okužbe milijonov ljudi (19). Vsa predvidevanja imajo za osnovo statistično analizo. Podatki si v časih tudi zelo nasprotujejo (možnost okužbe dveh ali 500.000 oseb od ene živali, okužene z BSE). V zvezi s tem je treba omeniti tudi dejstvo, da so v Veliki Britaniji skoraj nehali pošiljati možgane umrlih za nevrodegenerativno boleznijo, na avtopsijo in diagnostiko (20). Tako bodo zabrisani podatki o prihodnosti epidemije.

V zadnjem času se srečamo še z enim problemom. Raziskovanja so pokazala, da patološki prioni v sicer odpornih živalih ne samo persistirajo (21), ampak se tudi razmnožujejo v visokem titru (22). Take subklinične oblike okužbe, so zelo verjetne tudi pri človeku,

kar predstavlja nevarnost za širjenje vCJB po iatrogeni poti (23), npr. s transfuzijo krvi ali s kakšnim drugim medicinskim delovanjem (transplantacija, operacija).

Situacija v zvezi z epidemiologijo BSE ni le panična, ampak tudi kaotična. Ukrepi evropskih vlad so si med seboj nasprotovali, od časa do časa so jih spreminjali, ni bilo enotne doktrine.

V zadnji številki Izide (24) so opisani ukrepi slovenske vlade in predlogi komisije za zoonoze pri Ministrstvu za zdravstvo za borbo proti BSE. Če bi jih uveljavili, bi naredili vse, kar je danes potrebno. Vprašanje je, ali bomo te predloge v praksi tudi res uveljavili. ■

#### Viri:

1. Jung M. Splošno o prenosljivosti spongiformnih encefalopatijah. *Zdrav. Vestn.* 65, 463-467, 1996
2. Jung M. Creutzfeldt-Jakobova bolezen (CJB) in bovina spongiformna encefalopatija. *Zdrav. Vestn.* 66, 477-485, 1997
3. Jung M. bolezen norih krav in Creutzfeldt-Jakobova bolezen. *Isis*, junij 22, 1997, 22-23
4. Jung M. Diagnostika Creutzfeldt-Jakobove bolezni. *Zdrav. Vestn.* 67, 659-661, 1998
5. Jung M. Epidemija Bovine spongiformne encefalopatije (BSE) in varianta Creutzfeldt-Jakobove bolezni (vCJB). *Isis*, november 1998, 34-35
6. Will RG, Ironside JW, Zeidler M, Cousens SN, Estibeiro K, Alperovitch A., Poser S, Pocchiari M, Hofman A in Smith PG. A new variant of Creutzfeldt-Jakob disease in the UK. *Lancet* 347, 921-925, 1996.
7. Collinge J, Sidle KCL, Meads J, Ironside J in Hill AF. Molecular analysis of prion strain variation and the aetiology of "new variant" CJD. *Nature* 383, 685-690, 1996
8. Raymond GJ, Hope J, Kocisko DA, Priola SA, Raymond LD, Bossers A, Ironside J, Will RG, Chen SG, Petersen RB, Gambetti P, Rubenstein R, Smits MA, Lansbury Jr PT in Caughey B. Molecular assessment of the potential transmissibilities of BSE and scrapie to humans. *Nature* 388, 285-288, 1997.
9. Bruce ME, Will RG, Ironside JW, McConnell I, Drummond D, Suttie A, McCauley L, Chree A, Hope J, Birkett C, Cousens S, Fraser H in Bostock CJ. Transmissions to mice indicate that "new variant" CJD is caused by the BSE agent. *Nature* 389, 498-501, 1997.
10. Hill AF, Desbruslais M, Joiner S, Sidle KCL, Gowand I in Collinge J. The same prion strain causes vCJD and BSE. *Nature* 389, 448-450, 1997.
11. Collinge J. Variant Creutzfeldt-Jakob disease. *Lancet* 354, 317-323, 1999.
12. Bruce ME. "New variant" Creutzfeldt-Jakob disease and bovine spongiform encephalopathy. *Nature Medicine* 6, 258-259, 2000.
13. Will RG. The transmission of prions to humans. *Acta Paediatr. Suppl.* 433, 28-32, 1999.
14. Scott MR, Will R, Ironside J, Nguyen N-O, Tremblay P, DeArmond SJ in Prusiner SB. Compelling transgenic evidence for transmission of bovine spongiform encephalopathy prions to humans. *Proc. Natl. Acad. Sci. (USA)* 96, 15137-15142, 1999.
15. López F, Zahn R, Riek R in Wüthrich K. NMR structure of the bovine prion protein. *Proc. Natl. Acad. Sci. (USA)* 97, 8334-8339, 2000.
16. Kitti D. Schlüssel zum Wahn. *Facts* 28, 13.07, 2000.
17. Cousens SN, Vynnycky E, Zeidler M, Will RG in Smith PG. Predicting the CJD epidemic in humans. *Nature* 385, 197-198, 1997.
18. Ghani AC, Ferguson NM, Donnelly CA in Anderson RM. Predicted vCJD mortality in Great Britain. *Nature* 406, 583-584, 2000.
19. Jones J. Risk of vCJD lower than expected. *Brit. Med. J.* 321, 100, 2000.
20. Lowe J. Evidence of a CJD epidemic may still be missed. *Brit. Med. J.* 320, 1011-1011, 2000.
21. Race R in Chesebro B. Scrapie infectivity found in resistant species. *Nature* 392, 770-770, 1998.





# Ogroženost odraslih Slovencev s koronarno boleznijo

Jožica Maučec Zakotnik, Zlatko Fras

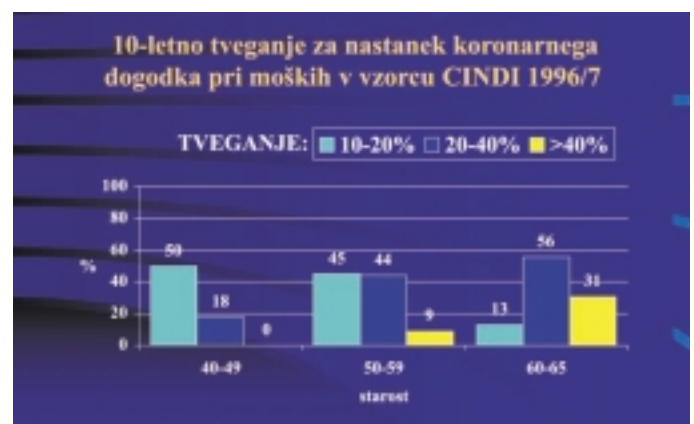
**D**olžnost zdravstvene službe, predvsem osnovnega zdravstva, je pravočasno odkrivanje tistih posameznikov med prebivalstvom, ki so najbolj ogroženi z zgodnjo zboleznostjo in umrljivostjo zaradi srčnožilnih in drugih kroničnih bolezni. Z ustrežno intervencijo je potrebno njihovo ogroženost zmanjšati (s programi zdravstvene vzgoje za privzem zdravega življenjskega sloga, po potrebi pa tudi z zdravljenjem z zdravili) ter ustrežno obravnavati že zbolele.

V svetu uporabljajo več načinov ugotavljanja ogroženosti za srčnožilne bolezni, predvsem koronarno bolezen (1,2). Podobno kot v večini drugih evropskih držav je bil v Sloveniji sprejet način ugotavljanja globalne koronarne ogroženosti, ki so ga na osnovi dela evropskih strokovnih združenj s področja srčnožilne medicine pod pokroviteljstvom Združenja kardiologov Slovenija povzela ustrežna slovenska strokovna združenja, ustanove in nevladne organizacije (Slovenski forum o preventivi koronarne bolezni v klinični praksi, Cankarjev dom, 19. februar 2000) (3,4). Tabele koronarne ogroženosti upoštevajo starost, spol, kadilski status, skupni holesterol v krvi in sistolični krvni tlak, za bolnike s sladkorno boleznijo uporabljamo posebne tabele (5). Kot dodatne obremenjujoče dejavnike upoštevamo še družinsko obremenjenost s koronarno boleznijo ali hiperholesterolemijo ter nizek HDL-holesterol v krvi. Iz tabel posamezniku določimo verjetnost pojava koronarnega dogodka v prihodnjih 10 letih (absolutno globalno koronarno ogroženost). Skupna evropska priporočila vsebujejo kot kompromisno določeno mejo ogroženosti, nad katero je nujno potrebna intenzivna intervencija, absolutno 10-letno ogroženost enako ali večjo od 20 odstotkov. Na podlagi "evropskih" tabel za določanje koronarne ogroženosti smo določili stopnjo globalne ogroženosti za koronarno bolezen pri našem reprezentativnem CINDI-vzorcu 1996/97 in na tej osnovi opravili poskus ekstrapolacije ogroženosti za slovensko populacijo odraslih moških in žensk v starosti od 25 do 65 let.

**Ogroženost populacije za zbolevanje in umiranje zaradi srčnožilnih bolezni se skokovito poveča v srednjem življenjskem obdobju.**

Ugotovitev analize koronarne ogroženosti odraslih vzorca CINDI Ljubljana (1996/97), da so moški bistveno prej in bolj ogroženi s koronarno boleznijo (tabela 1), glede na podatke iz sveta, ne preseneča. Že v starosti 40 do 49 let je 10-letna ogroženost s koronarno boleznijo med 20 in 40 odstotki prisotna pri 18 odstotkih moškega prebivalstva (kar bi na nacionalni ravni pomenilo, da je zelo ogroženih

v tej starostni skupini kar 16.500 moških), kar pri 50 odstotkih moških v tej starosti (v Sloveniji torej pri okoli 70.000) pa znaša 10-letna ogroženost 10 do 20 odstotkov. V starosti 50 do 59 let ima 10- do 20-odstotno tveganje 45 odstotkov (ali okoli 50.000 moških), kar 44 odstotkov (približno 50.000 moških) pa 20- do 40-odstotno in 9 odstotkov (okoli 10.000) več kot 40-odstotno tveganje za pojav manifestne koronarne bolezni v prihodnjih 10 letih. V starosti 60 do 65 let je le 13 odstotkov moških ogroženih 10- do 20-odstotno, naraste pa 20- do 40-odstotna ogroženost na 56 odstotkov moških te starosti, 31 odstotkov moških je s koronarno boleznijo ogroženih z več kot 40-odstotno verjetnostjo. Na osnovi tovrstne približne ocene je mogoče domnevati, da v starosti 40 do 65 let živi v Sloveniji okoli 130.000 moških z več kot 20-odstotno absolutno 10-letno ogroženostjo za pojav manifestne koronarne bolezni (od skupaj 304.000 moških v tej starostni skupini). Z nadaljnjim računanjem lahko ocenimo za prihodnjih 10 let pojav okoli 40.000 koronarnih bolnikov. Pri ženskah je stanje nekoliko drugačno. Zelo ogrožene s koronarno boleznijo postanejo šele po 50. letu starosti in še takrat manj kot moški 10 let prej. V vzorcu CINDI Ljubljana (1996/97) je bilo v starostni skupini žensk od 50 do 59 let 47 odstotkov ogroženih 10 do 20 odstotkov za koronarno bolezen (ocena za Slovenijo: 55.000 žensk). Iz te skupine lahko pričakujemo v tem obdobju približno 8.000 koronarnih bolnic. Le 14 odstotkov žensk te starosti je ogroženih 20 do 40 odstotkov, kar bi lahko na nacionalni ravni pomenilo okoli 5.000 koronarnih bolnic v 10 letih. Tako lahko v starostnih skupinah odraslih žensk do 60 let v naslednjih 10 letih pričakujemo "le" 13.000 koronarnih bolnic, v starostni skupini žensk med 60. in 65. letom starosti pa nadaljnjih približno 11.000 bolnic (sliki 1 in 2).



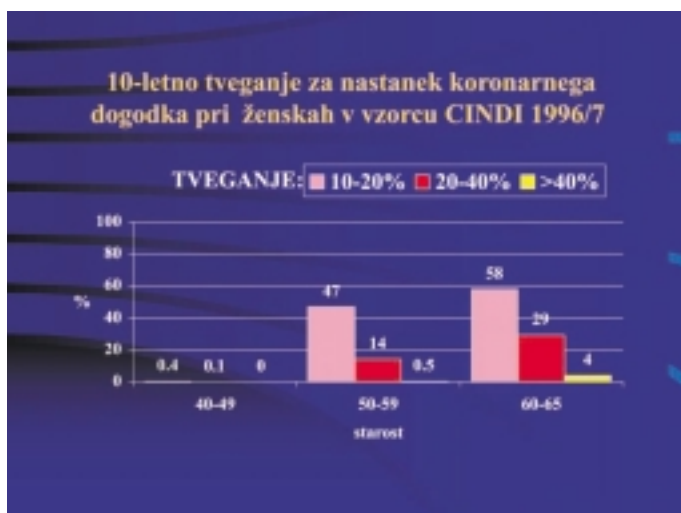


Tabela 1: Deleži odraslih iz vzorca CINDI Ljubljana (1996/97) glede na stopnjo absolutne globalne ogroženosti s koronarno boleznijo v prihodnjih 10 letih (ločeno po starosti in spolu). V oklepajih so približne ocene števila ogroženih odraslih posameznikov v določenih starostnih skupinah na nacionalni ravni\* (ob ekstrapolaciji podatkov iz vzorca CINDI Ljubljana).

10-letna absolutna globalna koronarna ogroženost

spol	starost (v letih)	10-20%	20-40%	>40%
moški	40-49 let	50% (78.000)	19% (28.000)	0
	50-59 let	45% (49.500)	44% (48.400)	9% (9.900)
	60-64 let	13% (6.290)	56% (27.100)	31% (15.000)
	skupaj	133.790	103.500	24.900
ženske	50-59 let	47% (53.000)	14% (15.800)	0,5% (560)
	60-64 let	58% (33.100)	29% (16.500)	4% (2.280)
	skupaj	86.100	32.300	2.840
skupaj	m+ž, vse starosti	219.890	135.800	27.740

\*Prebivalstvo RS na dan 30. 6. 1996 (Centralni register prebivalstva pri statističnem uradu RS)

## Predlog postopka za zajem in spremljanje s srčnožilnimi in drugimi kroničnimi boleznimi ogroženega prebivalstva v Sloveniji

Zakonska podlaga za izvajanje primarne preventive v osnovnem zdravstvu so navodila Ministrstva za zdravstvo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, Ur. l. RS z 12. 3. 1998. Navodila predvidevajo pravico preventivnega pregleda odraslim po 20. letu starosti vsakih 5 let. Ocena ogroženosti s koronarno boleznijo pri odraslih Slovencih je pokazala, da se ogroženost po-

membno poveča pri moških po 40. letu, pri ženskah pa po 50. letu starosti. Osnovno zdravstvo mora presejati ogroženo prebivalstvo in z ustreznimi ukrepi ogroženost posameznikov zmanjšati. Za zdrav življenjski slog in boljše zdravje prebivalstva nasploh morajo v večji meri poskrbeti država in javnozdravstveni programi. Zaradi ekonomičnosti in učinkovitosti preventive in dela splošnega/ družinskega zdravnika je smiselno presejanje odraslih glede ogroženosti za srčnožilne in druge kronične bolezni v obdobju, ko je ta večja. Tako je smiselno prednostno zajeti moške v obdobju med 35. in 70. letom in ženske med 45. in 70. letom starosti.

### Ministrstvu za zdravstvo je bil predlagan naslednji postopek za prednostno izbiro opredeljenih oseb za preventivne preglede:

1. Vsak splošni/ družinski zdravnik pošlje svojim opredeljenim odraslim vsakih 5 let (moškim, starim 35 do 70 let, in ženskam starim od 45 do 70 let) presejalni ("screening") vprašalnik za oceno ogroženosti s srčnožilnimi boleznimi ("Toronto Working Group") (6). Vprašalnika ne pošilja tistim posameznikom, ki jih zaradi velike ogroženosti predhodno vključi v register.

2. Pisma z vprašalnikom osebni zdravnik pošilja postopoma (npr. vsaka 2 meseca osmini zgoraj definiranega izbranega prebivalstva - septembra, novembra, januarja in marca ter enako naslednje leto). V dveh letih lahko tako zajame vse odrasle opredeljene osebe. Osebam, ki ne vrnejo odgovorjenega vprašalnika, ponovno pošlje pismo in vprašalnik.

3. Na osnovi rezultatov s presejalnih vprašalnikov osebni zdravnik izloči najbolj ogrožene (s seštevkom 3 ali več točk) in jih prednostno vabi na preventivne preglede (če se ne odzovejo, vabilo pošlje še enkrat). Vabilu priloži listek za laboratorijsko določitev koncentracije skupnega holesterola in krvnega sladkorja, ki jo vabljen oseba opravi še pred pregledom.

4. Ob preventivnem pregledu zdravnik oceni dejavnike tveganja in preiskovancu določi absolutno globalno 10-letno koronarno ogroženost, ki jo zabeleži (vključevanje v register ogroženih). Potem prične z ustrežno obravnavo glede na določeno stopnjo ogroženosti.

5. Za podporo spremembam življenjskega sloga ogroženih bodo v zdravstvenih ustanovah vzpostavljene svetovalne dejavnosti - skupinske, individualne, za vse glavne dejavnike tveganja po enotni doktrini. Svetovalne dejavnosti (šole) bodo imele enotne vsebine, ki jih implementira CINDI Slovenija in enotno finančno osnovo. Če bo le mogoče, naj bi vanje vključevali razen najbolj ogroženih (tistih z 20-odstotno koronarno ogroženostjo in več) tudi tiste, ki imajo zelo izražene posamezne ali kombinacijo več dejavnikov tveganja (ogroženost 10 do 20 odstotkov).

6. V dveh letih bi izbrani zdravniki lahko presejali in identificirali svojo ogroženo populacijo, opredeljene osebe z več kot 20-odstotno 10-letno koronarno ogroženostjo (okoli 128.000 moških in 35.000 žensk v Sloveniji). Te bi vključili v register ogroženosti in jih ustrezno obravnavali (zdravstveno vzgojne skupine in/ ali zdravljenje z zdravili).

## Presejalni vprašalnik za oceno koronarne ogroženosti

(odrasla oseba sama oceni svoje število točk pri posameznem vprašanju in točke sešteje; izpolnjen vprašalnik po pošti vrne izbranemu osebnemu zdravniku)

spol / starost	točke
ženske 45-70 let	1 točka
moški 35-59 let	2 točki
moški 60-70 let	1 točka
<b>kajenje</b>	
kadilec	1 točka
nekadilec	0 točk
<b>zvišan krvni tlak</b>	
zvišan krvni tlak (tudi če je z zdravili zadovoljivo urejen)	1 točka
normalen krvni tlak	0 točk
<b>ishemična bolezen srca</b>	
preboleli ste srčni infarkt ali imate znano bolezen srčnih žil oziroma angino pectoris	3 točke
<b>družinska obremenjenost</b>	
starši, bratje ali sestre imajo zvišan holesterol v krvi ali so imeli srčni infarkt ali so umrli zaradi bolezni srčnih žil pred 60. letom starosti	1 točka
<b>sladkorna bolezen</b>	
imate sladkorno bolezen	1 točka
<b>telesna teža</b>	
vaša telesna teža je previsoka (glejte priloženo razpredelnico)	1 točka
<b>SKUPNO ŠTEVILO TOČK</b>	

- Če je skupno število točk 2 ali manj, je ogroženost za bolezni srca in žilja zmerna. Svetujemo zdrav življenjski slog brez kajenja, zdravo prehrano in redno, vsakodnevno telesno dejavnost.
- Če je skupno število točk 3 ali več, je ogroženost za bolezni srca in žilja velika. Svetujemo, da se oglasite v ambulanti svojega osebnega zdravnika, ko vas bo v roku nekaj mesecev povabil na preventivni pregled. Skupaj z vami bo ocenil dejansko ogroženost za

bolezni srca in ožilja in druge kronične bolezni ter se odločil za ukrepe, ki bodo ogroženost zmanjšali in preprečili bolezni. ■

### Literatura:

1. Wilson PW, D'Agostino RB, Levy D, Belanger AM, Silbershatz H, Kannel WB. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. *Circulation* 1998; 97: 1837-47.
2. Wood D, De Backer G, Faergeman O, Graham I, Mancini G, Pyörälä K, for the Task Force. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. *Eur Heart J* 1998; 19: 1434 - 503.
3. Wood D, et al. Preveniriva koronarne bolezni v klinični praksi. Povzetek priporočil Druge delovne skupine evropskih in drugih združenj za koronarno preventivo. Ljubljana: Združenje kardiologov Slovenije, 1998: 1-12.
4. Accetto R, Dobovišek J. Slovenske smernice za obravnavanje bolnikov z arterijsko hipertenzijo. Ljubljana: Sekcija za arterijsko hipertenzijo SZD, 2000.
5. Yudkin JS, Chaturvedi N. Developing risk stratification charts for diabetic and nondiabetic subjects. *Diabet Med* 1999; 16(3):219-27.
6. Hutchison B, Birch S, Evans CE, et al. Screening for hypercholesterolemia in primary care: randomised controlled trial of postal questionnaire appraising risk of coronary heart disease. *BMJ* 1998; 316: 1208-13.

Zdravstveni dom Radlje ob Dravi objavlja prosta delovna mesta

### 1. zdravnika splošne medicine

### 2. zdravnika pediatra

### 3. zobozdravnika

za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

#### Pogoji:

- končana medicinska oziroma stomatološka fakulteta,
- specializacija iz pediatrije za razpis pod št. 2,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- voziški izpit kategorije B.

Nastop dela po dogovoru.

Kandidati naslovijo vloge na naslov:

Zdravstveni dom Radlje, Mariborska 37, 2360 Radlje.





# Presajanje kože

Franc Planinšek

## Uvod

Koža prekriva celotno telo. Pri odraslem znaša njena površina 1,8 m<sup>2</sup> in predstavlja enega naših največjih organov. Koža deluje kot pregrada pred zunanjim okoljem, hkrati pa služi kot mesto komuniciranja organizma z okolico. Ima številne življenjsko pomembne funkcije. Njeno popolno uničenje ni združljivo z življenjem.

Prosti kožni presadki predstavljajo eno osnovnih kirurških tehnik pri zdravljenju opeklin in hkrati enega najpogostejših in najpreprostejših načinov kritja tkivnih vrzeli v plastični in rekonstrukcijski kirurgiji. Na začetku tega stoletja je vsaka opekline, večja od tretjine telesne površine, ogrožala življenje, ne glede na način zdravljenja. Tako je ostalo do 60. let, ko se je v zdravljenju globokih opeklin uveljavilo operativno zdravljenje z metodo zgodnje tangencialne ekscizije mrtvega tkiva.

Po operativni odstranitvi mrtvin se soočimo z odprto, dobro prekrvljeno in po možnosti aseptično rano, ki jo moramo čimprej pokriti. Zaradi močne imunogenosti kože, predvsem njene epidermalne plasti, lahko nastalo rano dokončno zapremo le z bolnikovim lastnim tkivom - lastni presadki kože, odvzete iz neopečenih predelov. Kadar je opekline obsežna, opeklinske rane ne moremo dokončno prekriti izključno z bolnikovo lastno kožo. V takih primerih uporabimočasne nadomestke kože: homotransplantate, redkeje ksenotransplantate ali sintetične nadomestke kože.

Boljše razumevanje patofizioloških dogajanj, učinkovitejšo intenzivno zdravljenje in podpora organizmu po opeklini so izboljšali preživetje opečenih bolnikov v zgodnjem poopeklinskem obdobju. Omejitveni dejavnik za zmanjšanje skupne smrtnosti je postalo pomanjkanje neopečenih površin kože, primernih za odvzem lastnih kožnih presadkov in kritje opeklinske rane po odstranitvi mrtvin.

Zmanjšanje umrljivosti bolnikov z obsežnimi opeklinami je torej mogoče le s prekritjem vseh opeklinskih ran s telesu lastnimi presadki.

Idealen kožni pokrov naj bi imel naslednje lastnosti: biokompatibilnost, bakterijsko nepropustnost, rast s prejemnim organizmom in nizko ceno. Avtologni presadki predstavljajo zlati standard, ki se mu še najbolj približajo alotransplantati kože umrlih dajalcev.

Dostopnost homotransplantatov omejuje organizacijsko zapleten postopek pridobivanja soglasij svojcev mrtvih dajalcev, relativno zapleten postopek hranjenja v "kožni banki" ter potencialna nevarnost prenosa nalezljivih bolezni (HIV, hepatitis B, CMV). Sintetični kožni nadomestki so dragi. Oboji so le začasni kožni nadomestek, ki ga je potrebno čez čas nadomestiti z lastnimi kožnimi presadki.

Pri bolnikih z obsežnimi opeklinami, brez zadostnih mest za odvzem lastnih kožnih presadkov, lahko za kritje uporabimo laboratorijsko "in vitro" vzgojene avtologne keratinocite. V vmesnem obdobju do vzgojitve zadostnih količin keratinocitnih pol odstranimo

mrtvino in rane prekrivemo z alotransplantati. Le-ti s svojim dermisom omogočajo kasnejše upešnejše dokončno kritje z avtolognimi keratinociti. To metodo so prvič uporabili sredi prejšnjega desetletja. V večjih opeklinskih centrih se je metoda ustalila ob prelomu desetletja. Na Kliniki za plastično kirurgijo in opeklino v Ljubljani jo uporabljamo od leta 1993.

## Zgodovina

Leta 1804 Baronio iz Milana v svojem delu *Degli Innesti Animali* natančno opiše poskus presajanja kože pri ovcah. Leta 1817 Sir Astley Cooper odvzame del kože iz amputiranega palca in z njo prekrije amputacijski krn. Pripisujejo mu prvo uspešno avtotransplantacijo kože pri človeku. Leta 1823 uporabi Bünger košček kože iz noge za kritje tkivne vrzeli na nosu. Klinični pomen dobi tehnika šele v zadnji četrtini devetnajstega stoletja. Ključnega pomena je Reverdinov prikaz metode uspešne epitelizacije razvitih granulacij z drobnimi otočnimi presadki kože - lambeaux cutanes leta 1869. Sočasno Bert pojasni pomen vraščanja prejemnikovih žil v kožni presadek. Za uspešno preživetje presadka mora biti le-ta čim tanjši. Leta 1872 opiše Ollier uporabo dermo-epidermalnih presadkov. Tiersch leta 1889 razvije predvidljivo metodo odvzemanja kožnih presadkov delne debeline. Z vprašanjem preživetja alotransplantatov in ksenotransplantatov se ukvarjata Schone, 1912, in Lexer, 1914. Ugotovita, da ti kožni presadki nikoli ne preživijo dalj kot tri tedne po presaditvi. Padgett leta 1932 opiše pri 40 bolnikih zavrnitev vseh kožnih alotransplantatov med 35. in 40. dnem. Hkrati ugotovi, da presadki med enojajčnimi dvojčki ne propadejo. I. svetovna vojna pospeši razvoj tudi na področju zdravljenja obsežnih opeklin. Gibson opiše hiperakutano zavrnitev kožnih presadkov pri opečenem pilotu, ki je bil pred tem že izpostavljen enakim antigenom. Gibson, Medawar, Billingham in Brent položijo temelje moderne transplantacijske imunologije.

## Trajni kožni pokrov

### Avtotransplantati kože

Plitve tkivne vrzeli z dobro prekrvljenim dnom lahko pokrijemo neposredno z avtolognimi presadki kože. Te lahko odvzamemo kot presadke delne debeline kože, tanke presadke (Ollier - Tiersch), ali pa kot presadke vse debeline kože (Wolfe-Krause).

**Tanki presadki** so sestavljeni iz epidermisa in dela dermisa. Debeli so 0,3-0,4 mm. Čim tanjši je presadek, tem večjo možnost ima za preživetje na sprejemnem mestu. Tanki presadki se na sprejemnem mestu bolj krčijo kot debelejši. Njihov estetski rezultat je zato v primerjavi z debelimi presadki slabši. Vendar pa se njihovo odvzemno mesto zaceli iz preostalih kožnih adneksov v dnu rane po odvzemu kože. Zato je možno odvzeti tudi večje površine kožnih presadkov. Uporabljamo jih za kritje velikih defektov kože (opeklino, veliki defekti po poškodbah, stanja po odstranitvi orjaških

pigmentnih znamenj) ali pa za kritje ležišč, ki jih prekriva granulacijsko tkivo. Odvzamemo jih lahko na različne načine, bodisi z roko (skalpel, britev, Watsonov nož) ali pa s posebnimi instrumenti, ki jih poganjajo stisnjen zrak ali pa elektrika (dermatom).



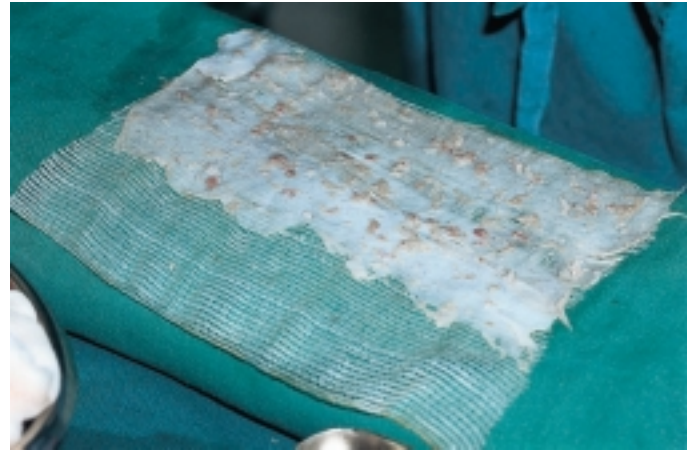
**Odvzem presadka delne debeline kože z Watsonovim nožem**

Površino prostih presadkov kože lahko povečamo v različnih razmerjih tako, da jih naluknjamo. Govorimo o mrežastih presadkih z razmerjem raztegnitve 1:1,5, 1:3, večje raztegnitve uporabimo le redko.



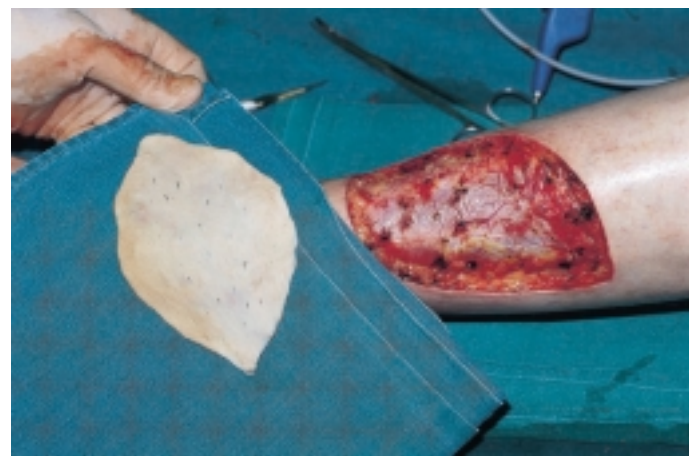
**Mrežasti presadek delne debeline kože**

Kadar je potrebno pokriti večje kožne vrzeli, najpogosteje pri obsežnih opeklinah, uporabimo t. i. "kitajsko metodo". Pri tej metodi odvzeti avtotransplantat kože najprej zrežemo na drobne delce. Delce vsujemo v posodo z vodo, katere dno je prekrito s svilo. Kožni delci se obrnejo tako, da je hidrofobna vrhnja plast kože na površini vodne gladine. Ko se na površini vode delci enakomerno razporedijo, jih s plastjo svile pod njimi dvignemo in tako razporejene preneseemo na alotransplantat kože, ki v tem primeru služi le kot biološki pokrov za čas, dokler spodaj ležeči otki kože z epitelizacijo iz svojih robov ne prekrijejo celotne površine rane.



**"Kitajska metoda" - drobni dermoepidermalni delci kože na kadavrskem alotransplantatu**

**Presadki vse debeline kože** (Wolfe - Krause) so sestavljeni iz epidermisa in vse debeline dermisa. Glede končnega estetskega rezultata so boljši kot tanki presadki, manj se krčijo, vendar se tudi težje primejo, ker so debelejši in je njihova revaskularizacija bolj počasna. Uporabljamo jih v tistih primerih, ko želimo doseči čim boljši estetski rezultat (obraz, prsti...) Odvzema mesta so omejena z velikostjo defekta, ki ga moramo premostiti. Po odvzemu kožnega presadka vse debeline kože je potrebno odvzemno mesto zašiti ali pa prekriti s prostim presadkom delne debeline kože.



**Presadek vse debeline kože odvzet v ingvinalni regiji za kritje plitve tkivne vrzeli na sprednji strani goleni pri ženski**

**Odvzemno mesto** določimo glede na količino, debelino in barvo kože, ki jo potrebujemo. Tanke kožne presadke večjih površin najraje odvzamemo na skritih mestih (stegno, glutealna regija, notranja stran nadlakti, lasišče). Večje transplantate vse debeline kože lahko odvzamemo v ingvinalni regiji. Za kritje defektov na obrazu, po barvi najbolj ustreza koža, ki jo odvzamemo nad ključnico (retroavrikularni predel, zgornja veka, supraklavikularni predel, skalp).

Tako presadki delne kot vse debeline kože **preživijo** v začetni fazi

(do 48 ur) zaradi difuzije hraniv iz ležišča na sprejemnem mestu - plazemska imbibicija. Po 48 do 72 urah se pričnejo v prost kožni presadek vraščati kapilarni žilni brstiči iz sprejemnega mesta - neovaskularizacija. Preživetje prostih presadkov je torej odvisno od prekrvitve sprejemnega mesta, ki mora biti dobra, ter od števila bakterij na sprejemnem mestu, ki mora biti čim manjše. Presadek moramo imobilizirati (šivi, tkivne sponke, lepilni oblizi, fibrinsko lepilo ali s prevezo), da preprečimo delovanje strižnih sil med presadkom in ležiščem. S tem preprečimo tudi nastanek hematoma, ki presadek loči od ležišča in onemogoči difuzijo hraniv ter vraščanje novih žil.

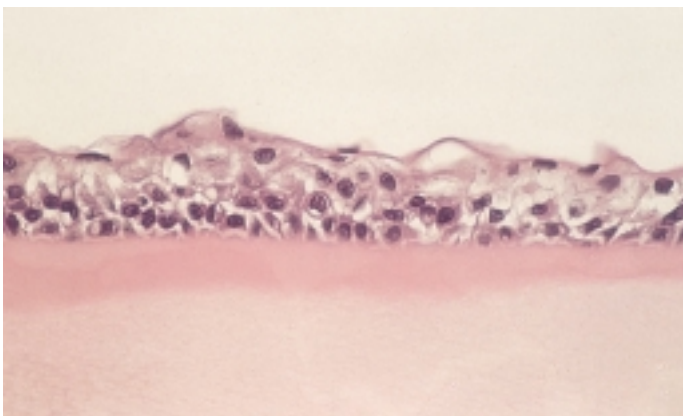
Prosti presadki kože **propadejo** zaradi pojava hematoma ali seroma pod presadkom, delovanja strižnih sil med presadkom in ležiščem, slabe prekrvitve sprejemnega mesta in okužbe sprejemnega mesta.

### Laboratorijsko vzgojeni keratinociti

Pri bolnikih z obsežnimi opeklinami, brez dajalskih mest za lastne kožne presadke, lahko za kritje uporabimo laboratorijsko "in vitro" vzgojene avtologne keratinocite. To metodo so prvič uporabili sredi prejšnjega desetletja. V večjih opeklinških centrih se je metoda ustalila ob prelomu desetletja. Na Kliniki za plastično kirurgijo in opeklino v Ljubljani jo uporabljamo od leta 1993.

"In vitro" vzgojeni keratinociti tvorijo večplastni poroženevajoči epitelij (epidermis), ki ga lahko uporabimo na več načinov: samostojno, na alogenem dermalnem presadku, vgrajenega v mrežo kolagena in hondroitin-6-sulfata - "umetna koža" ali kot "sestavljene kožni presadek", pri katerem je prisotna tudi dermalna komponenta (avtologni ali homologni fibroblasti).

Prvi opis načina gojitve keratinocitov "in vitro" izvira iz leta 1975. Keratinociti, ki rastejo na podlagi letalno obsevanih 3T3 mišjih fibroblastov z dodatkom hormonov, rastnih faktorjev in kolera toksina, se razvrstijo v plasti in tvorijo roževinasto plast. Takšna zgradba je podobna Ollier - Tierschovemu presadku, ki se v kirurgiji rutinsko uporablja za kritje kožnih vrzeli. Po odvzetju takšnega presadka dobimo na dajalskem mestu svežo rano, ki sega v dermis, ki krvavi, boli, se okuži in poglobi ter sproži brazgotinjenje. Namesto opisanega presadka sta Gallico in O'Connor v letih 1981 do 1984 uporabila za kritje opeklinške rane po eksciziji plast avtolognih keratinocitov, vzgojenih v kulturi tkiva.



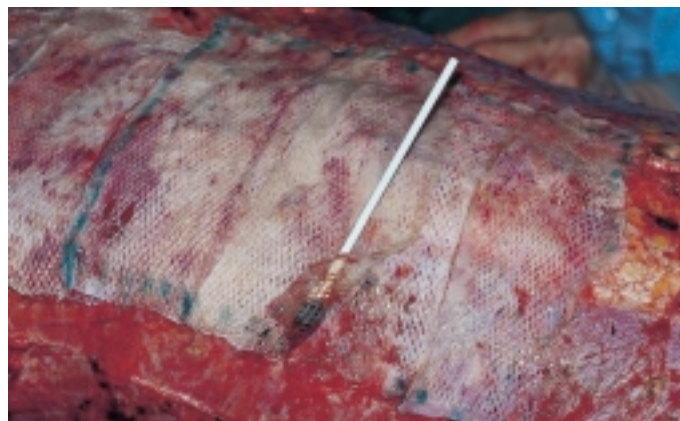
Štiri do pet plasti keratinocitov na fibrinski podlagi (HE 60X)

Metoda zahteva le majhno dajalsko mesto (1 cm<sup>2</sup>), omogoči pa do 10.000-kratno povečanje te površine; vendar so bili rezultati v primerjavi s Tierschevim transplantatom slabši (kontrakture, nestabilne brazgotine s spontano epidermolizo, velika občutljivost na okužbo). Vzgojanje keratinocitnih plasti traja tri tedne. V tem času je potrebno rano prekriti z začasnimi nadomestki kože. Zaradi medsebojne odvisnosti dermalne in epidermalne plasti kože je uspešnost kasnejšega prenosa keratinocitov večja, če jih položimo na dermalno osnovo. Dermalna plast kože je v primerjavi z epidermalno le malo imunogena. To lastnost kože izrabljamo pri subdermalnih opeklinah, ko je uničena tudi dermalna plast. Bolnikov avtologni dermis lahko nadomestimo z dermisom homolognih presadkov. Sterilno in dobro prekrvljeno rano po tangencialni eksciziji mrtvin prekrjemo s homotransplantati kože.



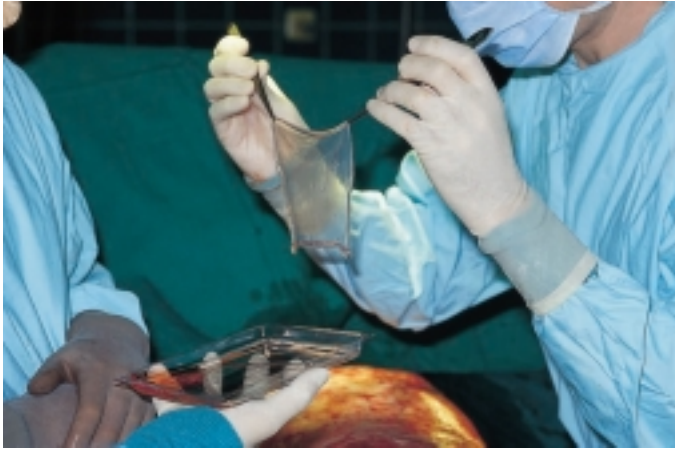
Keratinociti na fibrinski podlagi pripravljani za kritje večje opeklino

V času tritedenske kultivacije keratinocitov v laboratoriju, vrastejo v dermalno plast homolognih presadkov kapilare, močno imunogeni epidermis pa se odluči. Preostali epidermis odstranimo z brušenjem (dermoabrazija) neposredno pred polaganjem keratinocitov. Kolonije keratinocitov se v gojišču zlijejo; tvorijo strnjeno polo debeline treh do šestih celic z odsotnim ali pa šibkim poroževanjem povrhnje plasti. Keratinocitne pole prenesemo iz gojišča pritrjene na vazelinski gazi ali na plasti fibrinskega lepila.



Opeklinška rana po tangencialni eksciziji mrtvin prekrita s kadavrskimi alotransplantati

Vlogo gojišča prevzame sedaj sprejemno mesto na bolniku. Izmenjava snovi poteka z difuzijo, zato je potrebno zagotoviti neposreden stik med keratinociti in sprejemno podlago. Fibrinsko lepilo pritrudi keratinocitne pole na podlago.



**Prenos keratinocitnih pol na pripravljeno z alodermisom opeklinsko rano**

Lepilo v nekaj dneh encimi organizma razgradijo in metabolizirajo. Rano prekrito s keratinociti vzgojenimi "in vitro" zaščitimo z vazelinskimi gazami in suhim zavojem, pred okužbo iz sosednjih neoperiranih predelov pa z jodnim zavojem na robu rane. Preprečiti je treba premikanje keratinocitnih pol. Lokalnih antimikrobnih sredstev ne uporabljamo, ker zavirajo rast in razmnoževanje keratinocitov. Ves čas se borimo proti lokalni bakterijski okužbi in razvoju vnetja. Vnetni eksudat namreč dvigne keratinocitne plasti od podlage, bakterijski toksini pa jih lizirajo.

Bolnika prvič previjemo peti do sedmi dan po presaditvi. Ob prvi prevezi še ne moremo oceniti uspešnosti prenosa. Dokončna uspešnost prenosa keratinocitov bo znana šele čez mesec dni, ko se keratinociti bolj čvrsto zasidrajo v sprejemno podlago, postanejo manj občutljivi na strižne sile na kožni površini in toksične učinke bakterijskih izločkov. Uspešnost prenosa izrazimo z odstotkom uspešno prekrivane površine z "in vitro" vzgojenimi keratinociti, mesec dni po transplantaciji.

Prijetje keratinocitnega presadka je odvisna od prekrvljenosti sprejemnega mesta. Presadek, ki ga položimo na mišico, fascijo in mlado granulacijsko tkivo, se bolj uspešno prime kot tisti, ki ga položimo na zastarane granulacije. Celotna uspešnost prevzema znaša 15 do 47 odstotkov celotne presajene površine. Presadek se slabše prime na maščevje, kadar pa ga položimo na dermis, je prijetje zanesljivo. Odstotek prijete avtolognega presadka delne debeline kože je 67 do 92 odstotkov.

Poročila o vplivu starosti na prijete keratinocitov vzgojenih "in vitro" si nasprotujejo. V multicentrični študiji, ki je zajela 104 bolnike odnos med prijete presadka, starostjo, spolom, raso, opečeno površino in globino opeklina ni potrjen. De Luca s sodelavci in večina ostalih raziskovalcev poročajo o obratno sorazmernem odnosu med uspešnostjo prijete in starostjo bolnika. Tudi položaj sprejemnega mesta na telesu vpliva na uspešnost prijete. Prijete je slabše na hrbtu in zadnji strani stegen kjer so strižne sile in možnost okužbe večje.

Pomanjkanje dajalskih mest pri obsežnih opeklinah in možnost hitrega množenja keratinocitov v tkivnih kulturah je številne opeklinske centre vzpodbudilo k uporabi avtolognih presadkov epidermisa vzgojenega "in vitro" in k nadaljnjim raziskavam tega področja (Hefton et al 1983; Gallico et al 1984; Teepe et al 1986; Eldad et al 1987; Foure et al, 1987; Kumagai et al, 1988; Aihara 1989; De Luca et al 1989; Teepe et al 1990; Barillo et al, 1992; Haith et al 1992; Munster 1992; Nave 1992; Odessey 1994, De Luca 1994).

Keratinocite vzgojene "in vitro" vse pogosteje uporabljajo tudi pri zdravljenju drugih patoloških procesov: trofične razjede goleni, (odstotek prijete presadkov znaša okoli 30 odstotkov); rane po eksciziji orjaškega pigmentnega znamenja (odstotek prijete znaša 20 - 90 odstotkov); epidermolisis bulosa in nekatere druge prirojene kožne bolezni s primarno motnjo v genomu keratinocita.

Z modifikacijami gojitve (sestavine medija, dermalni nadomestki, sestavljeni transplantati), prenosa, sistemske in lokalne uporabe antibiotikov in s pravilnim izborom bolnikov, se uspešnost presaditve in prijete izboljšuje.

## Začasni kožni pokrov

### Alotransplantati kože

Kljub uvedbi metode zgodnje ekscizije mrtvin in napredku v intenzivni terapiji opeklina, je umrljivost bolnikov z opeklina, ki zajemajo več kot 60 odstotkov telesne površine še vedno velika. Vzrok za to so predvsem omejena dajalska mesta za odvzem avtolognih kožnih presadkov. Kadar opečena površina preseže 30 odstotkov telesne površine, rane, nastale po tangencialni eksciziji mrtvin, ni mogoče prekriti le z avtolognimi presadki kože. V teh primerih lahko uporabimo kakšnega od bioloških zavojev. Najprimernejša je še vedno alogena koža. Ta zagotavlja optimalen kožni pokrov za čas do reepitelizacije odveznih mest bolnika, ko bo možen ponovni odvzem avtolognih presadkov. Z alotransplantati kože zaščitimo ležišče rane pred vdorom bakterij, preprečimo izgubo vlage in toplote in proteinov, zmanjšamo bolečino odprte rane, zaščitimo v globini rane ležeče pomembne strukture in omogočamo hitrejši začetek fizioterapije. V prvih 48 urah se presadek hrani z difuzijo metabolitov iz ležišča rane. Med 48. do 72. uro se v presadek pričnejo vraščati kapilare, vzpostavlja se obtok znotraj alotransplantata. Imunske celice pridejo v stik z antigeni presajene kože. V kolikor bolnik še ni bil senzibiliziran s specifičnimi kožnimi antigeni darovalca, bo do zavrnitve prišlo šele po treh tednih. Epidermis, ki je izrazito imunogen, se bo pričel luščiti najprej in kasneje povsem odpade. V dermis, ki je manj imunogen, vrastejo kapilare in ga včasih tudi povsem pre-rastejo. Imunsko reakcijo omilimo, kadar transplantate pogosteje menjamo. Senzibilizacijo bolnika s specifičnimi antigeni preprečimo, kadar jih uporabimo le kot kratkotrajni biološki zavoj, ki ga zamenjamo še pred vrstom kapilarnih brstičev.

Alotransplantate kože lahko uporabimo na več načinov.

1. Začasni biološki kožni pokrov rane. Kadar količina avtotransplantatov ne zadošča za takojšnje pokritje rane po tangencialni eksciziji mrtvine.

2. "Kitajska metoda" in Meekova metoda. Alotransplantati ščitijo drobne otočke avtotransplantatov. Hkrati delujejo kot začasni biološki pokrov. S to metodo lahko uspešno zdravimo tudi obsežne opeklina, ki presegajo 70 odstotkov telesne površine. To metodo je smi-

selno uporabiti v tistih primerih, ko laboratorijska gojitev keratinocitov ni možna.

3. Priprava dermalne plasti za transplantacijo "in vitro" vzgojenih keratinocitov.

4. Zaščita odzemnih mest. Alotransplantati vsebujejo rastne faktorje in pospešijo reepitelizacijo.

5. Kritje povrhnjih opeklin z namenom pospešitve epitelizacije.

Smiselna uporaba alotransplantatov je možna le, kadar so stalno na voljo. V ta namen je bila že leta 1973 v sklopu Oddelka za opekline Kliničnega centra v Ljubljani ustanovljena kožna banka. Sprva smo kožo shranjevali pri  $-30^{\circ}\text{C}$  ali pa smo jo uporabili svežo. Z ustanovitvijo kožne banke ni več potrebe po sočasnem odvzemu alotransplantatov pri svojcih oz. prostovoljcih. S tem se izognemo nepotrebni morbiditeti sicer zdravih osebkov.

Za potrebe kožne banke odvezamemo alotransplantate kože med multioraganskim odvzemom oz. redkeje pri umrlih v Kliničnem centru. Darovalce izberemo na osnovi izločitvenih kriterijev. To so:

- čas po smrti  $>12$  ur,
- starost  $<18$  let,
- rakava bolezen,
- avtoimune bolezni,
- uporaba narkotikov, alkoholizem,
- rizične skupine za prenos HIV,
- dolgotrajno zdravljenje s kortikosteroidi,
- zastrupitve,
- smrt neznanega vzroka,
- počasni virusi-Slow viral disease,
- okužba ali sepsa (sifilis, tuberkuloza, gonoreja v zadnjih 12 mesecih),
- obsežna poškodovanost kože (mehansko ali infekcijsko),
- pozitivni serološki testi: antiHIV-1/2, HbsAg, antiHCV, TPHA test (sifilis), antiCMV (IgM, IgG), virus Epstein Barr.

S časom alotransplantati izgubljajo svoje biološke lastnosti. Alostplantate kože zato odvezamemo med vsakim multioraganskim odvzemom, kadar se s tem strinjajo tudi svojci. S tem se obnovlja biološki potencial zalog v kožni banki. Kožo odvezamemo v operacijski dvorani na aseptični način.



**Aseptični odzem alotransplantatov**

Kožo očistimo s povidon jodidom, klorheksidin diglukonatom in nato še z izopropanolom. Pri tem uporabimo enako tehniko kot pri odvzemanju avtotransplantatov. Kožo odvezamemo iz okončin in sprednje strani trupa. Odvzeto kožo ponovno operemo v fiziološki raztopini. Kožo stopenjsko pripravimo v rastočih koncentracijah glicerola. Uskladiščimo jo v 85 odstotkih glicerola v navadnem hladilniku pri  $4^{\circ}\text{C}$ . Kožo uskladiščimo v označenih steklenicah s širokim vratom. Označimo odzemno mesto. Kož različnih darovalcev ne mešamo. O odvzemu napišemo zapisnik, pri tem zapišemo vse podatke o darovalcu, količino odvzete kože in odzemna mesta. Dokumentacija naj vsebuje tudi podatke o prejemnikih.



**Priprava alotransplantatov v kožni banki**

## Ksenotransplantati kože

Ksenotransplantati kože imajo danes večinoma le še zgodovinsko vrednost. Najpogosteje so uporabljali svinjsko kožo. Načini uporabe so podobni kot pri alotransplantatih. Redkeje uporabijo plasti govejega kolagena v obliki neo-dermisa. Vanj naj bi vrasli fibroblasti iz prejemnikovega ležišča.



**Uskladiščeni alotransplantati**

## Zaključek

Prosti kožni presadki predstavljajo eno osnovnih kirurških tehnik pri zdravljenju opeklin in hkrati enega najpogostejših in najpreprostejših načinov kritja tkivnih vrzeli v plastični in rekonstrukcijski kirurgiji.

Kadar je opeklina obsežna, opeklinske rane ne moremo dokončno prekriti izključno z bolnikovo lastno kožo. V takih primerih lahko uporabimočasne nadomestke kože: kadavrske alotransplan-

tate, ksenotransplantate in sintetične nadomestke kože. Kljub številnim sintetičnim materialom nudijo kadavrski alotransplantati delne debeline kože še vedno najboljši začasni pokrov opeklinski rani. Nadomestimo ga s trajnim avtogenim kožnim pokrovom. ■

### Literatura:

1. Planinšek F, Arnez ZM. Skin Transplantation. *Proc Int Conference Transplant 1998*; 23-5.
2. Planinšek F, Arnez ZM. Zdravljenje obsežnih opeklin in nekaterih drugih kožnih bolezni s keratinociti vzgojenimi "in vitro". *Zdrav Vestn 1996*; 65: 269-72.
3. Hansbrough JF, Franco SE. Skin replacements. *Clin Plast Surg 1998*; 25 (3):407-23.
4. Lee WPA, Butler PEM. Transplant biology and applications to plastic surgery. In: Aston SJ, Beasley RW, Thorne CN, eds. *Grabb and Smiths Plastic Surgery*. 5th ed. Philadelphia, New York: Lippincott-Raven, 1997: 27-37.
5. Rudolph R, Ballantyne D: Skin Grafts. In : McCarthy JC, ed. *Plastic Surgery*. Philadelphia: W.B.Saunders Company, 1990; 1: 221-74.
6. Janžeković Z. A new concept in the excision and immediate grafting of burns. *J Trauma 1970*; 10: 1103-8.
7. Rheinwald JG, Green H. Formation of a keratinizing epithelium in culture by a cloned cell line derived from a teratoma. *Cell 1975*; 6: 317.
8. De Luca M, Albanese E, Bondanza S et al. Multicentre experience in the treatment of burns with autologous and allogenic cultured epithelium fresh or preserved in a frozen state. *Burns 1989*; 15: 303.
9. Odessey R. Addendum: multicentre experience with cultured epidermal autograft for treatment of burns. *Journal of Burn Care and Rehabilitation 1992*; 13:174.
10. Weekley R, Klein R. Clinical nursing experience with cultured epidermal autografts. *Journal of Burn Care and Rehabilitation 1992*; 13:138.
11. Artz CP, Rittenbury MS, Yarbrough DR III. An appraisal of allografts and xenografts as biological dressings for wounds and burns. *Ann Surg 1972*; 175: 934.
12. Alsbjörn B. In search of an ideal skin substitute. *Scand J Plast Reconstr Surg 1984*; 18:127-35.
13. Van Baare J, Buitenwerf J, Hoekstra MJ, Du Pont JS. Virucidal effect of glycerol as used in donor skin preservation. *Burns 1994*; 20: Suppl 1: 77-80.
14. Casson P, Solowey AC, Converse JM, Rapaport FT. Delayed hipersensitivity status of burned patients. *Surg Forum 1966*; 17: 268-77.
15. Rheinwald JG, Green H.. Serial cultivation of strains of human epidermal keratinocytes: the formation of keratinizing colonies from single cells. *Cell 1975*; 6: 313-44.

**NOVAK**

# Nekaj misli o komunikacijah v zdravstvu

Eldar M. Gadžijev

**N**isem strokovno podkovan na področju komunikologije, sem pa v svoji dolgoletni zdravniški praksi in delno tudi kot bolnik spoznal vlogo in pomen pristnega človeškega pristopa do bolnih in njihovih svojcev in tudi pomembnost pravilnega komuniciranja med zdravstvenimi delavci. Neredko sem bil presenečen, zaskrbljen in pogosto razočaran zaradi problemov, ki so nastali predvsem zaradi "kratkega stika" na ravni komunikacij tako med zdravniki in bolniki ali njihovimi svojci kot med kolegi samimi ali zdravniki in ostalimi zdravstvenimi delavci.

80 odstotkov pritožb, ki prihajajo na Zbornico omenja ali poudarja neprijazen odnos zdravnikov do bolnikov ali svojcev. Kot predsednik Odbora za strokovno-medicinska vprašanja sem dobival v reševanje pritožbe zaradi domnevnih zdravniških napak. Pogosto sem imel vtis, da so bili ljudje bolj prizadeti zaradi neprimerne komunikiranja z njimi kot zaradi slabega izida zdravljenja ali morebitne zdravniške napake. Če bi zdravniki bolj prijazno komunicirali z bolniki ali njihovimi svojci, bi bilo zagotovo manj pritožb tudi zaradi strokovnih spodrsrljajev ali napak.

Ali ni morda tudi slabost v komuniciranju pomembno botrovala pri, s strani zdravnikov tako poudarjani in neprijetni, "gonji" proti zdravništvu, kot mnogi imenujejo bolj kritični in pogosto nezaupljiv odnos javnosti in medijev do zdravniškega dela? Izboljšati moramo način našega komuniciranja, ne le z mediji, temveč predvsem z bolniki in njihovimi svojci. Ti večinoma vnaprej zaupajo zdravniku in ob tem veliko pričakujejo, ne le s strokovne, temveč pogosto s povsem človeške strani.

Ob celi vrsti več ali manj specifičnih dejavnikov, ki zaznamujejo današnji čas in ljudi v njem se zdi, da je kriza v komuniciranju rezultat teh dejavnikov, ki so potisnili na rob vlogo in pomen komuniciranja med ljudmi. Izreden tehnološki razvoj tudi komunikacijskih sredstev, čas računalništva in mobilne telefonije, kakor se zdi čudno in nasprotujoče, ljudi, kar zadeva pristno neposredno komuniciranje, med seboj odtuja. Vendar to ne sme biti razlog, da zdravniki ne bi še naprej pristno, odkrito in hkrati prijazno komunicirali z bolniki in njihovimi bližnjimi.

Tudi napete norme ZZZS, ki nerazumljivo narekujejo časovne normative za zdravniške preglede, ne bi smele vplivati na zdravnikovo komuniciranje z bolnikom. Pa vendarle norme še kako vplivajo na kakovost zdravnikovega dela in tudi na način komuniciranja. Če ne drugega, že samo dejstvo, da je zdravnik v primežu administrativnih normativov, slabo vpliva na njegovo delo. Zdravnik je humanist, včasih nekaj umetnika, drugič malo obrtnika pa vendarle predvsem človek, ki ima občutek za težave, fizično in psihično trpljenje bolnika, ki mu želi pomagati; tako bi vsaj moralo biti!

Kljub temu, da se odnos do bolnika, ki vstopa v bolnišnico ali drugo zdravstveno ustanovo začne že pri vratarju, ki lahko vsekakor naredi ne le vtis, temveč vpliva na bolnikovo razpoloženje, pa je vendarle zdravnik tisti, h kateremu bolnik prihaja. In zdravniki smo

tu zaradi bolnikov! Pravijo, da skleneta zdravnik in bolnik nekakšno pogodbo ob tem, ko ga bolnik poišče ali obiše ali je k njemu poslan. Pogodba vsekakor predvideva nekakšen odnos, način komuniciranja in ima določena pravila. Vendarle menim, da bi odnos med bolnikom in zdravnikom moral biti nekaj drugega kot pogodba ali celo nekaj več kot to, nikakor pa manj!

Ob stiku z bolnikom prevzemamo odgovornost zanj kot bolnega človeka in ne le skrb za njegovo bolezen. To pa terjajo določeno komunikacijo, prilagodljivost in pronicljivost, ki ne more biti šablonska, ampak individualizirana, če hočemo pridobiti zaupanje bolnika, ki je tako potrebno za uspešno zdravljenje.

Neredko slišim od mladih zdravnikov pripravnikov, da jih nihče v času študija ni navadil, kako kaj povedati bolnikom in še manj svojcem. To je res, vendar sama ugotovitev, da je tako, mora na eni strani dati misliti fakultetnim učiteljem, na drugi strani pa vsakemu posamezniku, ki si je izbral ta poklic, da osebni stik zdravnika z bolnikom ni le jemanje anamneze ali klinični pregled. Žal pogosto ugotavljam, da naša fakulteta sicer nudi ogromno teoretičnega in znanstveno-študijsko usmerjenega znanja, premalo pa tega, kar naj bi zdravnik ob končanem študiju prinesel s seboj za uspešno opravljanje poklica. Dandanes ugotavljajo, da naj bi univerzitetni študij dal znanje za opravljanje poklica, podiplomski študij pa nadgradnje v smislu študijskega, znanstveno-raziskovalnega poglobljanja znanja in za visoko strokovno delo. Ob tem je moje logično razmišljanje, da bi morali vzgajati predvsem zdravnika, ki bi bil ob dovolj širokem strokovnem znanju medicine, predvsem sposoben prisluhniti bolniku, se z njim prav pogovarjati, vzbuditi bolnikovo zaupanje in mu postreči s potrebnimi podatki, da se bo lahko odločal o preiskavah in zdravljenju, ki mu jih zdravnik predlaga.

Danes poskušamo mašiti vrzeli in pomanjkljivosti našega komuniciranja z bolnikom z raznimi papirji, kjer imamo napisane vse mogoče zaplete in nevarnosti diagnostičnih in terapevtskih posegov, s celimi brošurami, ki pogosto zelo na široko obveščajo bolnika o boleznih in njegovem zdravljenju, s pisnimi privolitvami in pojasnitvami. Te so vsekakor dobrodošle, vendar pa so, kljub temu, da prihajajo iz razvitega sveta še vedno tudi odraz tega, da posvečamo premalo pozornosti in časa bolniku, da bi v pogovoru z njim pojasnili tako naravo in način diagnosticiranja in zdravljenja bolezni kot tudi možnosti zapletov, napoved izhoda bolezni in druge možnosti zdravljenja? Včasih je zaupanje v zdravnika bila osnova za odnos med bolnikom in zdravnikom, danes v času informatike, času znanja in dvomov, času pogodb in tržnega odnosa v vseh porah našega življenja pa ta odnos od zdravnika zahteva več kot le besedo, ki naj podpre zaupanje.

V odnosih in komuniciranju med zdravniki samimi in zdravniki ter zdravstvenimi delavci opažam veliko problemov.

Prepričan sem, da če bi bilo komuniciranje na ravni napotnica - odpustno pismo mnogo bolj osebno, kolegialno, spoštljivo in vljud-

no, namesto brezosebnega, administrativno-računalniškega, ne bi vzpostavili le večje odgovornosti zdravnikov na tej ravni in manj avtomatizmov, ampak bi posredno pripomogli k boljši stanovski zavesti in ugledu zdravnikov. V svetu imamo mnogo vzorov spoštljivega in prijaznega komuniciranja med zdravniki v splošni praksi in specialisti, mi večinoma še vztrajamo pri suhem, brezosebnem, pogosto povsem na podatke vezanem informiranju. Mnogo bi morali spremeniti, ne le na papirju, temveč tudi v naših glavah, da bi se te komunikacije izboljšale. Začeti moramo danes, da bo jutri malo bolje!

Neposredni odnosi med kolegi so sicer v glavnem korektni, spoštljivi in prijazni, pa vendar so še vedno včasih neprimerni, predvsem pri komuniciranju z mlajšimi kolegi. Neredko pa so nesprijemljivi in neopravičljivi posredni odnosi, ki se kažejo v obliki izjav, kritik ali pripomb o domnevno strokovno nepravilnem ravnanju nekega kolega. Nekateri zdravniki nepremišljeno izražajo povsem subjektivne, pogosto neupravičene in neprimerne kritike kolegov in to celo vpričo mlajših kolegov, specializantov ali študentov. To ne le da ne služi ugledu zdravniškega stanu, ampak žal daje neprijeten pečat celo bolj tistemu, ki to govori, kot tistemu katerega kritizira. Zdravnik ima že kot človek, osebnost, svoje dostojanstvo in kot strokovnjak avtonomnost in pravice, odgovornost in dolžnosti, katerim ga zavezuje poklic. Zato vendar zasluži korekten, pošten in direkten način komuniciranja. Če se nam zdi, da nekdo ne ravna prav ali da ga je polomil, ali da je celo storil napako, stopimo do njega in mu argumentiramo povejmo, kaj mislimo o tem. Pri tem smo lahko vljudni in spoštljivi in kolega bo to bolje sprejel kot opravljanje za hrbtom. H komuniciranju spada po mojem tudi učenje mlajših in tudi način posredovanja znanja. Včasih je prešerno lahkotno spraševanje ob prisotnosti drugih kolegov bolj namenjeno postavljanju spraševalca kot učenju vprašanega. Menim tudi, da je naša dolžnost pri učenju ne skrivati znanja, temveč ga posredovati v celoti razumljivo in uporabno. Tisti, ki se boji predajati znanje drugemu zato, ker bi ga ta lahko nekoč prekosil, ni pravi zdravnik. Ni naš cilj, da smo najboljši ali edini, temveč da pripomoremo k poglobljanju in bogatenju strokovnega znanja z namenom, da ga bo izkusilo čimveč tistih, ki jim je namenjeno; to pa so bolniki. En zdravnik lahko uporabi svoje znanje na omejenem številu bolnikov, dva na dvakrat tako velikem! Če torej kolegom ne posredujemo svojega znanja kompleksno, posredno delujemo proti našemu osnovnemu namenu - pomagati bolnim. Vpliv tržnosti ne sme biti prisoten pri našem posredovanju znanja kolegom!

Odnos zdravnikov do ostalih zdravstvenih delavcev je vreden več kot le omembe. Ob dejstvu, da so ostali sodelavci večinoma ženskega spola, pogosto tudi mlajši, da seveda nimajo enakega medicinskega znanja, ali pa prav zaradi tega obstaja v teh odnosih nekaj specifičnosti: včasih preveč domačnosti ali pokroviteljstva, pa tudi nekorektnosti in celo nepravilnosti. Vendarle je treba poudariti, da so medicinske sestre in pogosto tudi ostali zdravstveni delavci, skoraj praviloma v mnogo pogostejšem, daljšem in bolj neposrednem stiku z bolniki, vsaj v bolnišnicah. Čeprav prihaja do slabosti in nezadovoljstva tudi v komuniciranju med medicinskimi sestrami in bolniki, ki je za bolnikovo počutje vsekakor pomembno, pa je vendarle prisotna zavest, da je tu še zdravnik, kateremu se bolnik ali svojci zaradi morebitnih nesporazumov lahko pritožijo. In tega se medicinske sestre in medicinski tehniki dobro zavedajo. Med zdravniki je prisoten nekako zadržan odnos do nege kot posebne veje medicine, čeprav je vsekakor del kompleksnega procesa obravnave bolnika. Zavedati bi se morali, da uspešen razvoj dela neke celotnosti, kot je na primer bol-

nikova obravnava z namenom povrniti ali ohraniti zdravje, bo to prispevalo k večji učinkovitosti celostne obravnave. Negativni zdravniški, ali samo sumničav odnos do nege pa se nato izraža tudi v odnosu do medicinskih sester ali medicinskih tehnikov.

Na koncu še o komuniciranju zdravnikov z mediji. Tu pogrešam na eni strani neko zrelo in pošteno neposrednost, na drugi strani pa predvsem upoštevanje zasebnosti bolnikov, upoštevanje poklicne skrivnosti in skrb za pridobivanje zaupanja bolnikov do zdravnikov in zdravstvenih ustanov in ne nazadnje spoštovanja do zdravnikov kot ljudi, ki želijo svojim bolnikom pomagati. Zakaj ne bi vsak lečeči zdravnik sam komuniciral z novinarjem, kadar je prišlo, recimo, do pritožbe? Zakaj je treba takoj iskati odgovore pri najvišjih nadrejenih? Zakaj se nekateri kolegi čutijo poklicane, da presojajo o nekem postopku diagnosticiranja ali zdravljenja nekega kolega ali kolegice, še več, zakaj morajo o tem čimprej obveščati nestrokovno javnost oziroma novinarje. Da, tudi to se žal dogaja! Ali je to dobra komunikacija med zdravniki in mediji? Ali kdaj vsi skupaj pomislimo na širše dobro naših bolnikov, ali se zavedamo, da je zaupanje eden od pomembnih dejavnikov uspeha zdravljenja? Po drugi strani pa ali je zdravnik manj sposoben, če upošteva izjavo ali opažanje medicinske sestre ali zelo resno vzame pripombo svojcev? Vsekakor bo bolj spoštovan, če bo znal prisluhniti in v zvezi s tem ukrepati, kot pa če bo strokovno trmasto vztrajal le pri svojem.

Kot je zdravnik 24 ur na dan zdravnik, lahko z visoko ravnijsko komuniciranja na vseh ravneh ne le dviga stanovski ugled ampak tudi kot posameznik uživa zadovoljstvo v kompleksnosti najlepšega poklica. ■

*Javni zdravstveni zavod*  
*Splošna bolnišnica Brežice objavlja prosti delovni mesti*  
**dveh zdravnikov specializantov pediatrije**

*Kandidati morajo poleg z zakonom predpisanih pogojev ponudbi priložiti še:*

- *diplomo Medicinske fakultete,*
- *dokazilo o opravljenem strokovnem izpitu,*
- *veljavno licenco Zdravniške zbornice Slovenije,*
- *dokazilo o znanju slovenskega jezika.*

*Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas.*

*Pisne ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v 15 dneh po objavi na naslov:*

*Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Brežice,  
Černelčeva 15, 8250 Brežice.*

*Kandidati bodo o izbiri obveščeni v 30 dneh po objavi.*



# PDF in spletne izdaje strokovnih revij

Miroslav Petrovec, Igor Čabrian

## Uvod

*Portable document format* oz. krajše format PDF je v zadnjih letih postal neuradni standard za posredovanje dokumentov v elektronski obliki. Razvit je bil zato, da bi jih vsi uporabniki, ne glede na računalniški sistem, ki ga uporabljajo, lahko pregledovali v (skoraj) povsem natančni kopiji tiskanega dokumenta, natisnjeni na uporabnikovem tiskalniku pa bi bili enakovredni fotokopijam. Velika večina strokovnih revij pripravlja poleg običajnih spletnih strani za svoje elektronske izdaje tudi članke v obliki PDF, pa tudi strokovne članke, ki jih je mogoče naročiti z medknjižnično izmenjavo ali v komercialnih elektronskih knjižnicah, prejme naročnik najpogosteje kot datoteko formata PDF po elektronski pošti. Pregledovanje dokumentov v obliki PDF je preprosto. V tem prispevku boste našli nekaj praktičnih napotkov za prebiranje datotek PDF ter kratek pregled najpomembnejših spletnih virov, ki so v pomoč pri dostopu do spletnih izdaj strokovnih revij.

## Kaj je PDF?

Internet je zaradi svoje narave zelo privlačen medij za razširjanje informacij. Temelji na tem, da se vsi udeleženci (računalniki) v procesu komuniciranja pogovarjajo v "istem" jeziku in se torej medsebojno razumejo.

Za prenos pisane besede je bilo potrebno razviti format - obliko, ki določen dokument prikaže povsem enako vsakemu uporabniku računalnika, ne glede na to, kakšno strojno ali programsko opremo

uporablja. Pomembno je tudi, da je velikost datoteke z dokumentom čim manjša, ker je od tega odvisna hitrost prenosa po omrežju. V taki obliki naj bi se prenašali tekstovni in slikovni materiali ne glede na to, ali so pripravljani v barvni ali črno-beli tehniki. Tem zahtevam skoraj ustrezajo običajne spletne strani, vendar na ta način ni mogoče predstaviti besedil tako, da bila po videzu (skoraj) povsem identična tiskanemu besedilu (slika 1). Ta ovira pa je bila premagana, ko se je leta 1993 pojavil format PDF (*portable document format*). Ker nam za uporabo PDF dokumentov ni treba poznati skoraj nobenih tehničnih podrobnosti, se jim bomo tudi mi v celoti izognili in omenili le tiste, ki so pomembne za odpiranje, shranjevanje in tiskanje datotek PDF.

## Branje datotek PDF

### Potrebna programska oprema

Da bi lahko brali datoteke PDF, potrebujemo ustrezno programsko opremo. Ker je snovalec PDF ta format želel približati čim večjemu številu uporabnikov, je programska oprema brezplačna. Potrebujemo program *Adobe Acrobat Reader*, ki si ga lahko brezplačno prenesemo s spletne strani podjetja Adobe: v spletnem pregledovalniku odpremo stran na naslovu <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep.html>, izberemo brezplačni paket *Adobe Acrobat Reader* in si posnamemo namestitveno datoteko. Običajno najdemo povezave na omenjeno spletno stran tudi na vseh straneh založnikov, ki svoje članke ponujajo v obliki PDF.

Namestitev programa je preprosta. Ko smo posneli namestitveno datoteko v ustrezen direktorij našega diska, požemo namestitev z dvojnimi klikom na ikono. Program se sam "vgradi" v ustrezne spletne pregledovalnike, ki jih najde na našem računalniku, in se tudi sam priključuje, ko skušamo odpreti datoteko PDF.

Ko si npr. s strani revije želimo ogledati dokument v obliki PDF, nas brskalnik običajno vpraša, ali si želimo stran shraniti na trdi disk ali si jo želimo le ogledati? Za ogled dokumenta se nam kar znotraj pregledovalnika odpre okno, v katerem se nam dokument prikaže v povsem enaki obliki, kot v tiskani izdaji revije. Kako hitro se bo dokument pojavil je odvisno od:

- velikosti datoteke (sovpada z dolžino dokumenta in količino slik v njem)
- hitrosti naše povezave v internet (preko telefonskih priključkov počasneje kot preko kabelskih)
- prometa po omrežju in
- zmogljivosti računalnika.

Pri tem je potrebno opozoriti, da lahko traja celo več minut preden malo večjo datoteko "pretočimo" v naš računalnik.



Primer članka iz revije *British Medical Journal* - levo članek v obliki običajne spletne strani, desno članek v formatu PDF, ki je po videzu enak kot članek, natisnjen v reviji.

## Pomembno

Pisca sta ugotovila, da se pri različnih Microsoftovega pregledovalnika Internet Explorer 4.0 in 5.0 in 5.5 lahko pojavijo težave pri priklicu datotek PDF, saj brskalnik takoj po zahtevku za datoteko PDF javi, da je delo opravil in pokaže prazno stran. Stran z vsebino datoteke PDF se začne prikazovati šele po 10- do 15-sekundnem premoru. Pregledovalniki Netscape te težave nimajo.

Običajna praksa je, da so članki v reviji razdeljeni na posamične datoteke, saj bi bila celotna številka revije prevelika za ustrezno hiter prenos po omrežju. Le pri krajših sestavkih se včasih zgodi, da je v eni datoteki kar cela rubrika določene revije (npr. Pisma uredniku). Za pregledovanje dokumenta si lahko nastavimo ustrezno velikost prikazovanja (ukaz zoom), ki ga prikličemo z nedvoumnimi ikonami v orodni vrstici programa.

Če si želimo narediti svojo osebno digitalno knjižnico, si datoteko PDF lahko posnamemo v temu namenjen direktorij na našem trdem disku. Pri tem pa vedno pazimo, da ji damo ustrezno ime in preverimo, kako velika je datoteka, ki jo shranjujemo. Dokumenti, ki vsebujejo fotografije (še posebej če so barvne) ali samo grafikone, lahko hitro dosežejo velikost nekaj megabajtov in nam lahko kar hitro zasedejo precej prostora na disku. Tako shranjene datoteke si lahko kadarkoli ogledamo z dvoklikom na ustrezno ikono.

## Tiskanje datotek PDF

Kljub temu, da je videz dokumenta na zaslonu enak natisnjene mu v reviji, je večini uporabnikov še vedno najlažje brati gradivo na papirju, kar je iz ergonomskih razlogov povsem razumljivo. Ker je format PDF nastal iz grafičnega računalniškega jezika z imenom PostScript, znajo z datotekami najhitreje in najbolj delati tiskalniki, ki imajo vgrajen modul PostScript. Danes ga imajo vgrajenega skoraj vsi boljši laserski tiskalniki. Seveda pa za tiskanje datotek PDF ne potrebujemo nujno dragega tiskalnika, saj jih povsem lepo natisne tudi cenen tiskalnik *inkjet*. Pri starejših laserskih tiskalnikih lahko pride pri tiskanju datotek PDF do različnih težav - še posebej takrat, kadar so v dokumentu slike ali grafikoni. Zaradi pomanjkanja pomnilnika lahko starejši laserski tiskalniki zavrnejo tiskanje dokumenta in je potrebno tiskalnik resetirati. To je še posebej kočljivo, če je tak tiskalnik priključen v mrežo in si ga deli več uporabnikov. Pri tiskanju datotek PDF na mrežne tiskalnike je potrebno opozoriti še na to, da pri samem tiskanju nastajajo velikečasne datoteke, ki lahko resno zmanjšajo pretečnost omrežja, če jih na tiskalnik pošljemo več zapored v zelo kratkem času. Če zaradi tega je dobro tiskanje takih dokumentov opraviti v času, ko je omrežje manj obremenjeno.

## Elektronske revije in PDF

Opremljeni s programsko opremo za prebiranje dokumentov v formatu PDF se lahko podamo na spletne strani revij ali prebiramo druge dokumente (smernice strokovnih združenj, poročila kliničnih delovnih skupin, vladne dokumente...). Svoje spletne strani imajo danes že skoraj vse pomembnejše revije. Gotovo ne preseneča ugotovitev piscev, da so med prvimi 200 glede na citiranost najvplivnejšimi znanstvenimi revijami takšne, ki na spletnih straneh ne ponujajo dostopa do celotnega besedila, že izjema. Enaka ugotovitev velja tudi za najvplivnejše revije, ki so usmerjene predvsem v klinično

medicino. Pregled spletnih strani omenjenih revij je pokazal, da jih večina vsebino ponuja tudi v formatu PDF.

Čeprav je strokovnih revij in z njimi povezanih virov veliko, pa se uporabnik vedno znova sreča z istim problemom: kakovostne spletne vire je v času, ki zdravniku ostaja na voljo za pregledovanje svetovnega spleta, zelo težko najti. Tiskane revije v zadnjem času na svoje spletne strani bralce opozarjajo na vidnih mestih, nekatere v elektronski obliki že ponujajo obsežnejšo vsebino kot na papirju. Poleg spletnih strani posameznih revij bomo na obsežne sezname vseh spletnih izdaj naleteli na spletnih straneh največjih založniških hiš, kot so <http://www.lww.com> (Lippincott Williams & Wilkins), [www.harcourthealth.com](http://www.harcourthealth.com) (skupina založnikov Harcourt Health Sciences - Mosby, W.B. Saunders in Churchill Livingstone), [www.springer.de](http://www.springer.de) (Springer) ali <http://www.blacksci.co.uk/> (Blackwell Science). Med spletnimi založniki pa je treba posebej omeniti HighWire Press (<http://highwire.stanford.edu/>), ki deluje v okviru univerzitetne knjižnice ameriške univerze Stanford. S tehnologijo, ki so jo razvili na tej ustanovi, je HighWire Press postavil standard za elektronske izdaje revij. Založba skrbi danes za spletne izdaje 221 revij, med katerimi so tudi nekatere najvplivnejše klinične revije (Gastroenterology, Journal of the National Cancer Institute, revije *American Heart Association in The Endocrine Society*, *British Medical Journal* in druge revije *BMJ Publishing Group*,...). High Wire Press je za arhivom *The NASA Astrophysics Data System* največji elektronski arhiv znanstvenih člankov v polnem besedilu, saj jih je v njem že več sto tisoč, od tega skoraj 220.000 dostopnih brezplačno.

Vstopna stran  
založbe HighWire  
Press.



Omeniti velja še elektronske knjižnice, ki hranijo gradivo iz nekaj tisoč strokovnih revij in v katerih lahko uporabnik vse od naročila do plačila opravi kar skozi spletne strani, članke pa - običajno v obliki PDF - prejme po elektronski pošti ali si jih po izvršenem plačilu kar takoj presname z ustrezne spletne strani. Med bolj znanimi takimi servisi sta [www.ingenta.com](http://www.ingenta.com) ter ProQuest Medical Library (<http://www.umi.com/pqdauto?ts=0>), ki jo naši zdravniki veliko uporabljajo, saj imajo do nje dostop nekatere večje ustanove.

Večina revij omogoča vsem uporabnikom dostop do kazala in izvlečkov tekoče številke in arhiva revije za različno dolgo preteklo obdobje. Po vsem gradivu je mogoče tudi neovirano raziskovati. Dostop do člankov v celoti je običajno omejen le na naročnike tiskane

izdaje revije, večina jih omogoča tudi možnost naročanja le elektronske različice (ki je običajno cenejša). Pri tem ni pomembno, ali je naročnik posameznik ali ustanova: če se torej zanimate za dostop do neke konkretne revije najprej preverite, ali ni morda njen naročnik že vaša ustanova.

Številne revije pa so v celoti dostopne brez omejitev, med njimi tudi nekatere najbolj vplivne (British Medical Journal, Journal of Clinical Investigation, Emerging Infectious Diseases, American Family Physician, Postgraduate Medicine...). Praksa mnogih revij, ki se s svojo izdajo pojavijo na svetovnem spletu (pa tudi drugih, ki želijo na tak način opozoriti nase in pritegniti naročnike), je da omogočajo dostop do celotne vsebine vsem uporabnikom spleta v različno dolgem brezplačnem preizkusnem obdobju. Le-to je lahko dolgo od 1 do 2 mesecev do 1 leta in celo več.



Podstran "Revije" na slovenskem strokovnem portalu Jupline (<http://www.jupline.net/>).

Omejevanje dostopa do vsebine in cene naročnine elektronskih izdaj so tudi na spletu povzročili razdrobljenost strokovnih informacij, kar je bila ena glavnih pomanjkljivosti založništva na papirju. Problem uporabnikov je tudi, da za možnost prostega dostopa do vsebine revij, kadar je le-ta časovno omejen, zvedo pozno ali včasih celo prepozno. V svetu je kar nekaj spletnih servisov, ki dejavno spremljajo dogajanje, uporabnike obveščajo o revijah in drugih publikacijah, do katerih je mogoč brezplačen dostop in zbirajo povezave na trajno prosto dostopne revije. Med najbolj znanimi v svetovnem merilu je nemški spletni servis s pomenljivim naslovom <http://www.free-medicaljournals.com/>.

Intenzivno obveščanje uporabnikov o začasnih ali trajnih možnostih brezplačnega dostopa do strokovne literature je bila že od samega začetka ena pomembnejših storitev slovenskega strokovnega spletnega portala Jupline (<http://www.jupline.net/>). Na posebni podstrani, ki je namenjena strokovnim revijam in drugim sorodnim spletnim virom (<http://www.jupline.net/Revije/> - slika 3), so zbrane povezave do spletnih strani najvplivnejših revij glede na zadnje dostopne podatke o citiranosti, ažuren seznam revij, ki so v nekem trenutku v celoti dostopne brezplačno ter povezave na številne druge spletne vire (elektronske knjižnice, podatkovne zbirke, druge sezname povezav do strokovne literature na spletu...). Posebno uporabna storitev Jupline je tudi elektronska okrožnica o novostih, ki

jo uporabniki prejmejo po e-pošti. V njej so na vidnem mestu tudi opozorila o novih prosto dostopnih revijah, pa tudi opozorila o skrajšnjem izteku preizkusnega obdobja (slika 4).

\* HARRISON'S ONLINE - BREZPLAČEN DOSTOP ZA UPORABNIKE JUPSLINA \*

Spustovani,

Posiljamo vam pregled novosti na spletnem servisu Jupline od 30. oktobra 2000. Opozarjamo vas, da se s koncem novembra izteče preizkusno obdobje prostega dostopa do naslednjih revij:

- \* Academic Emergency Medicine
- \* Neurology
- \* Endocrinology
- \* Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism
- \* Endocrine Reviews in
- \* Molecular Endocrinology

Prost dostop do starih revij Endocrine Society je žal mogoč le v novembru. Povezave na strani omenjenih revij najdete na straneh kliničnih strok (<http://www.jupline.net/Endokrinologija/>) ali na strani <http://www.jupline.net/citalnice.php>.

Jupline ima danes že 1.757 uporabnikov, od tega 1.130 zdravnikov in 300 studentov medicine. Nihče ne bo posebej presenečen, če

**Jupline svoje uporabnike redno obvešča o možnostih prostega dostopa do strokovne literature.**

## Zaključek

Že tolikokrat povedano bomo ponovili še enkrat: svetovni splet je prinesel v strokovno informiranje nove dimenzije in ga za vedno spremenil. Razumevanje novega medija in izkoriščanje njegovih možnosti se od založnika do založnika zelo razlikujeta. Založništvo strokovne medicinske literature je industrija, v kateri se obrača veliko denarja, zato se največje založniške hiše pobudam za drugačno ureditev dostopa do znanstvenih člankov v medicini upirajo. Že večkrat omenjeni PubMedCentral (<http://pubmedcentral.nih.gov/>), prosto dostopni arhiv znanstvenih biomedicinskih člankov ameriške knjižnice *National Library of Medicine*, se zato uveljavlja počasi, vendar se vanj vključuje vse več revij, v začetku leta je med njimi tudi ugledni British Medical Journal (<http://www.bmj.com/>). Uvodnik k 7277. številki z dne 6. 1. 2001 (T. Delamothe, R. Smith: PubMed Central: creating an Aladdin's cave of ideas. *BMJ* 2001; 322: 1-2) in odgovor urednika revije Lancet Richarda Hortona, ki sta seveda objavljena tudi na spletni strani BMJ, sta najlepši prikaz omenjenih nasprotij.

Zdi pa se, da bodo mimo polemik med založniškimi hišami in ponudniki prostega dostopa do znanstvene literature za neizogibne spremembe poskrbeli kar bralci sami. Le vprašanje časa je, kdaj se bodo po zgledu razvpite mreže za izmenjavo glasbenih datotek Napster (velikansko omrežje, v katerem vsak vključen uporabnik omogoči ostalim dostop do glasbenih datotek v zapisu MP3, ki jih hrani na svojem računalniku, hkrati pa ima možnost dostopa do takih datotek na računalnikih drugih uporabnikov - v omrežju je v vsakem trenutku več kot 1.000.000 datotek; ostro nasprotovanje glasbene industrije je razumljivo) organizirali tudi uporabniki biomedicinske literature in si v podobnem omrežju namesto glasbe začeli izmenjevati članke v obliki PDF (piscema je znano, da taka omrežja že obstajajo, vendar so omejena na nekaj univerz v Kaliforniji). Naročnik enega izvoda revije bi lahko brez težav omogočil dostop do vsebine vsem uporabnikom takega omrežja. Karkoli pa se bo v prihodnjih letih na tem področju zgodilo je gotovo, da bo PDF ostal standardna oblika za posredovanje člankov, *Adobe Acrobat Reader* pa eden najbolj uporabnih pomožnih programov, ki bi morali biti obvezno nameščeni na delovni postaji vsakega zdravnika. ■

# Anesteziologija v celjski bolnišnici 1964 - 1997\*

Jože Četina

*\*Prispevek je bil napisan leta 1997 ob 31-letnici ustanovitve Oddelka za anesteziologijo in reanimacijo v Splošni bolnišnici Celje. Prvotno je bil mišljen kot nadaljevanje članka "Anesteziologija v celjski bolnišnici" v Celjskem zborniku leta 1964. Zal pa Celjski zbornik po letu 1997 ni več izšel.*

*Ko so anesteziologi prevzeli odgovornost za bolnikovo življenje med operacijo, se je končalo herojsko obdobje kirurgije... (iz pozdravnega govora uglednega kirurga prof. dr. H. U. Buffa ob otvoritvi Srednjeevropskega kongresa anesteziologov septembra 1983 v Zürichu).*

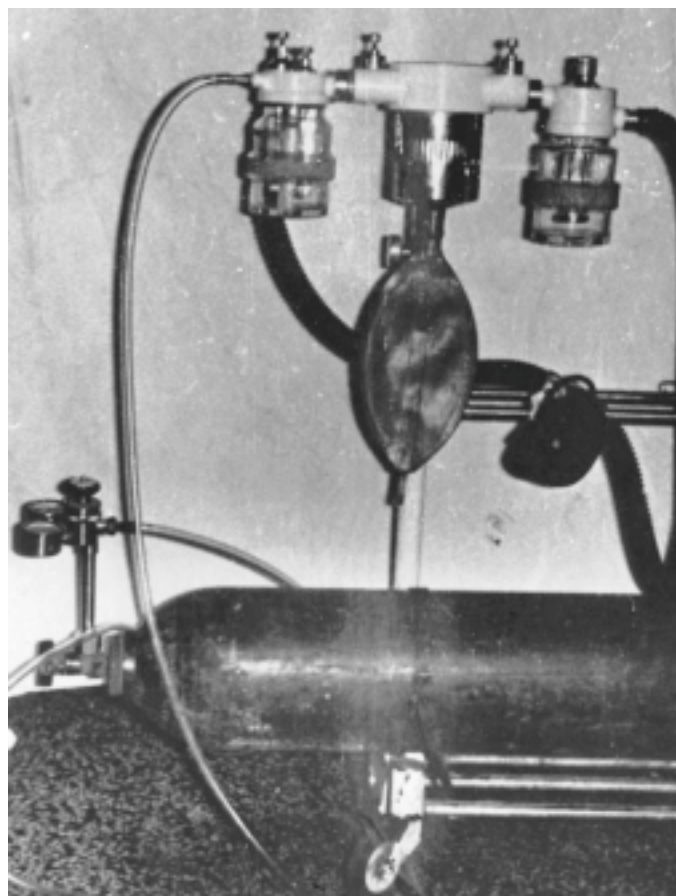
Okdar je bil leta 1964 v Celjskem zborniku natisnjen prispevek istega pisca "Anesteziologija v Celjski bolnišnici", je minilo več kot 32 let. V tem času se je celjska bolnišnica razvila v sodobno, srednje veliko zdravstveno ustanovo. Močno se je spremenila organizacijska shema, nastale so nove strokovne enote, preuredile so se že obstoječe. Ustanova ima težave, ki na splošno pestijo zdravstvo v Evropi in v razvitem svetu. To so problemi eksplozije stroškov za zdravstvo, pri nas še oplemenitene s težavami tranzicijskega obdobja.

Opis anesteziologije v zgoraj omenjenem prispevku je bil slika improviziranega narkotiziranja na operativnih oddelkih za takratni čas in takratne skromne možnosti sorazmerno razvite srednje velike bolnišnice.

Kmalu po drugi svetovni vojni pa je tudi anesteziologija v Sloveniji delala svoje prve korake iz popolne nerazvitosti, in tako skušala ujeti korak z razvitim svetom, kjer je bila že pred drugo svetovno vojno uveljavljena kot posebna medicinska disciplina. S tem, ko so se predvsem v Zahodni, Severni Evropi in v Severni Ameriki z anesteziiranjem začeli ukvarjati posebej specializirani zdravniki, je seveda postalo pomembno tudi vprašanje razmerja med anesteziologijo in preostalimi, predvsem operativnimi strokami. Anesteziolog se ni več mogel zadovoljiti s podrejenim položajem, temveč je postal enakopraven sodelavec v procesu zdravljenja, ni več "služil" operaterju, temveč sta oba po svojih močeh in strokovni usposobljenosti služila bolniku, ki je postal dejansko središče dogajanja v operacijski sobi. Narkoza ni bila več le poseg, ki kirurgu omogoči operiranje, temveč se je iz grobega, tehnično enostavnega, toda nevarnega narkotiziranja razvila v zapleteno in odgovorno poseganje v človekove življenjske funkcije, ki omogoča predvsem bolniku, da operativni poseg prestane s čim manjšim tveganjem in s čim manj posledicami. Svojo, sicer res lažje obvladljivo tehniko v primerjavi z operativno, je izenačila z odgovornostjo za življenje bolnika pri vsaki, tudi najmanjši ali najkrajši anesteziji, četudi bi šlo za življenjsko nenevarno operacijo. Ta odgovornost z nastankom specialistov - anesteziologov ni bila več kot dolga desetletja pred tem dodatna obremenitev operaterja, temveč jo je v polni meri strokovno, materialno, etično in sodnomoedicinsko prevzel anesteziolog.

Z vse bolj izpopolnjenimi narkoznimi aparati in elektronskimi napravami za nadzor življenjskih funkcij med anestezijo in operacijo in z vse pestrejšo izbiro farmakoloških sredstev in novih metod anesteziiranja, je sodobna anesteziologija še z nekaterimi drugimi medicinskimi strokami (transfuziologija, imunologija, farmakologija, alergologija itn.) omogočila operativnim strokam prej neslutni razmah. Omogočila je operativne posege, ki si jih pred tem ne bi mogli predstavljati, hkrati pa je z izpopolnjeno tehniko in vse varnejšimi anestetiki ne le v relativnem, temveč tudi v absolutnem smislu na minimum zmanjšala tveganje in možne komplikacije, vključno s smrtnostjo zaradi anestezije.

Okoli leta 1950 imamo v Ljubljani prve zdravnike, ki so se odločili za specializacijo iz anesteziologije. Celjski rojak dr. Drago Hočvar se je vrnil iz Kopenhagna, kjer je specializiral sodobno anesteziologijo, in je nova spoznanja na tem področju prenesel v Slo-



*Narkozni aparat okoli leta 1960*

venijo. Na Kirurški kliniki v Ljubljani je na pobudo in s podporo prof. B. Lavriča organiziral 6-mesečne tečaje za mlade zdravnike iz vse Slovenije. Iz Celja se je med leti 1954 in 1957 teh tečajev udeležilo 6 zdravnikov, ki so nato novo znanje s področja sodobne anesteziologije prenesli na operativne oddelke celjske bolnišnice. Ker pa so prevladovala še konservativna gledanja o različnem pomenu in vrednosti različnih medicinskih strok, posamezni mladi anesteziološki specializanti pa so bili organizacijsko in strokovno podrejeni vodstvom operativnih oddelkov in boljše perspektive niso bile na vidiku, se je večina teh prvih zdravnikov preusmerila na druga medicinska področja. Tako je na operativnih oddelkih vedno primanjkovalo anesteziologov, nekateri oddelki pa so sploh morali delati brez njih. Še huje je bilo v izrednem delovnem času, ko so na operativnih oddelkih tudi težke operacije morali opravljati brez strokovne anestezije. Očitno je postalo, da je edina perspektiva v centralizaciji anesteziologije, ki bi s postopno kadrovsko krepitevijo prej ko slej lahko bolj izenačeno pokrivala potrebe vseh operativnih oddelkov.

V začetku leta 1966 je pisec tega prispevka na vodstvo bolnišnice in na samoupravne organe naslovil memorandum, v katerem je podrobno dokumentiral težave in zagate anesteziologije v celjski bolnišnici in predlagal ukrepe, ki bi postopoma pripeljali do izboljšanja stanja, zdravnikom, ki bi se odločili za to specializacijo, pa omogočili boljše in bolj spodbudne perspektive. V tem obdobju sta v vsej bolnišnici delala le dva anesteziologa. V prvem polletju istega leta je na kirurškem oddelku prišlo do znatnih organizacijskih sprememb. V zvezi s tem je vodstvo bolnišnice s samoupravnimi organi sprejelo tudi sklep o ustanovitvi samostojnega oddelka za anesteziologijo in reanimacijo, ki naj bi v skladu s svojimi možnostmi postopoma enakomerno kril potrebe vseh operativnih oddelkov. Razpisano je bilo mesto predstojnika oddelka, na katero se je kot edini kandidat javil pisec tega prispevka (1966 - 1987). Oddelek je bil ustanovljen 1. 6. 1966. Štel je sicer le dva zdravnika in dve sestri, bil pa je za mariborskim (1962) drugi samostojni oddelek za anesteziologijo v takratni zvezni državi. Popolnoma jasno je bilo, da je v tej skromni postavi lahko kril le majhen del dejanskih potreb, kajti obseg dela je v tistem obdobju na vseh operativnih oddelkih naglo naraščal. Predstojnik oddelka je bil utemeljeno prepričan, da je v tej fazi glavno torišče dela 5 novonastalih enot kirurškega oddelka, ki so se nekoliko kasneje razvile v samostojne oddelke. Istočasno pa je bila prednostna naloga število osebja povečati, tako da bi bilo kar se da kmalu možno kriti potrebe vseh operativnih in nekaterih drugih oddelkov (rentgen, psihiatrija) s končnim ciljem, da bi vsaka, tudi najmanjša in najkrajša anestezija bila v rokah specialista, ali vsaj specializanta - anesteziologa. Ta cilj je bil takrat še zelo oddaljen. Takoj pa je bila centralizirana skupna dežurna služba za vse operativne oddelke, v kateri so v prvem obdobju sodelovali v anesteziiranju izkušeni zdravniki kirurškega, ginekološkega in ušesnega oddelka. Centralizirano dežurno službo je strokovno in organizacijsko vodil Oddelek za anesteziologijo in reanimacijo.

Z ustanovitvijo oddelka je postalo možno vodenje lastne politike pri izbiri osebja. V razmerah, ki so psihološko še vedno bile neugodne, je oddelek postopoma le pridobil nove zdravnike in sestere. Tako je bil dve leti po ustanovitvi dokončno sposoben sam prevzeti delo na vseh operativnih in nekaterih drugih oddelkih (visceralna kirurgija, travmatologija, otroška kirurgija, ortopedija, plastično-reparatorna kirurgija, urologija, ginekologija, otorinolaringologija, maksilofacialna kirurgija, okulistika, rentgen, psihiatrija) in z lastnim

osebjem vzdrževati centralno dežurno službo. Utemeljeno je možno trditi, da tega brez osamosvojitve in centralizacije te dejavnosti tudi v mnogo daljšem obdobju, z mnogo več stroškov, pa tudi z mnogo več osebja ne bi bilo možno doseči.

V letih, ki so sledila, je bila v delo vpeljana vrsta novosti. Že leta 1967 so bili v zasilnih prostorih za pripravo bolnikov za anestezijo in pripravo materiala, na edinem aparatu za umetno dihanje (Bennett PR1), ki smo ga takrat imeli, zdravljeni prvi težki bolniki z ogroženimi življenjskimi funkcijami. Take bolnike smo pozneje zdravili tudi gostujoč v sobi za intenzivno nego kirurškega oddelka. To je bil zametek enote za intenzivno terapijo, ki si jo je oddelek z velikimi težavami izboril šele dosti pozneje (1982).

Leta 1967 je oddelek med prvimi v takratni državi ponovno začel uvajati različne vrste regionalne anestezije, ki je po vojni zaradi zmogovitega pohoda endotrahealne splošne anestezije po krivici potonila v pozabo. Istega leta je bila uvedena tudi nova vrsta splošne anestezije - nevroleptanalgezija. Leta 1968 je oddelek kot prvi v Sloveniji in drugi v takratni Jugoslaviji (Rijeka) uvedel endotrahealno anestezijo pri operacijah otroških mandljev in s tem dokončno odpravil do takrat uporabljano, smrtno nevarno odprto inhalacijsko metodo s hlapljivimi anestetiki. Že leta 1971 je bil v rutino uveden do takrat pri nas še nepoznani anestetik ketamin, leta 1985 pa intravenski anestetik propofol. Leta 1982 smo v terapijo bolečine začeli uvajati takrat najsodobnejšo periduralno morfinsko analgezijo.

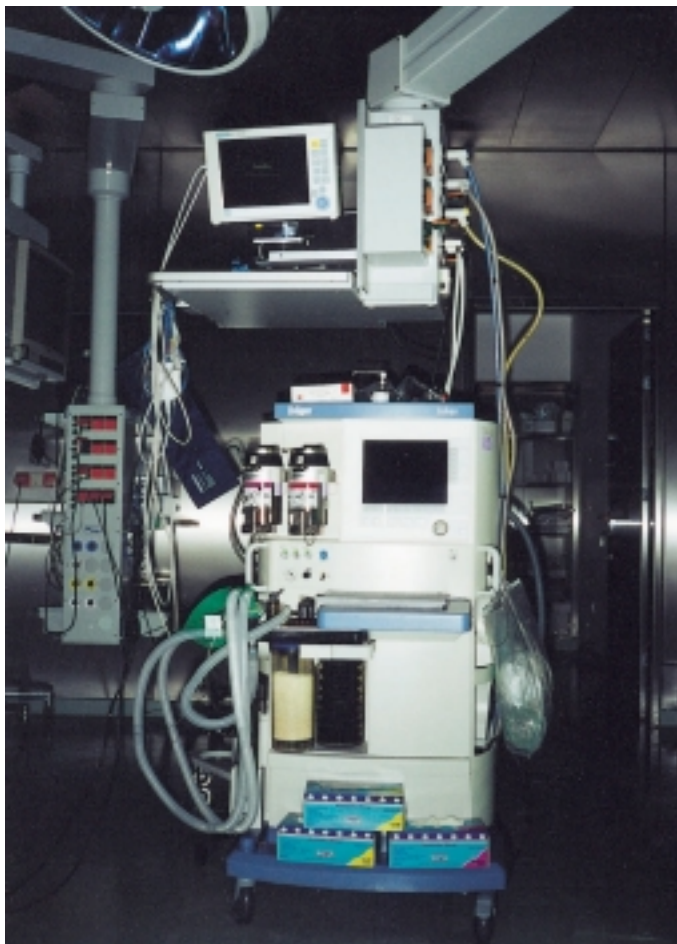
V obdobju po letu 1972 je težišče prizadevanj bilo v temeljiti obnovi aparatur. Do takrat popolnoma zastarele in neprecizne anestezijske aparate, obrtniške izdelke spretnih rok mehanikov v celjski tovarni IDRO, obrtnih delavnicah kliničnih bolnišnic in Ljubljani, konstruktorjev v tovarni TAM Maribor, pa tudi obrtnih delavnic celjske bolnišnice, so postopno zamenjali v tovarni "Šutjeska" Beograd po licenci znane nemške firme "Dräger" sestavljeni sodobni aparati tipa Tiberius. Vedno več delovnih mest je bilo opremljenih tudi z elektronskimi aparaturami za nadzor življenjskih funkcij med anestezijo. Vse to je zahtevalo precejšnja denarna sredstva, ki pa si jih je samostojni oddelek lažje izboril. Glavni namen te modernizacije in opravičilo za tako vložena sredstva je bila povečana varnost za operiranega bolnika, saj je načelo sodobne anesteziologije ne le, da bolnik operacijo kakorkoli prestane, temveč kako in s katerim najmanjšim tveganjem jo prestane.

Vodstvo oddelka je upravo in samoupravne organe bolnišnice vsa leta opozarjalo na nujnost organiziranja enote za intenzivno terapijo življenjsko ogroženih bolnikov in poškodovancev. Celjska bolnišnica je z leti namreč postajala ena od vse bolj redkih v Sloveniji, ki te nujno potrebne enote še niso imele. Bolnike, ki so takšno zdravljenje potrebovali, so anesteziologi večinoma kot nadležni gostje zdravili v sobi za intenzivno nego oddelka za visceralno kirurgijo ali travmatologijo, večkrat pa so jih morali premeščati tudi na intenzivne enote v Ljubljano ali Maribor. Naša opozarjanja so sicer bila deležna formalnega razumevanja, vendar so dolgo ostala brez dejanskih posledic in ukrepov. Prizadevanja mnogih let so pripeljala do boljših izgledov šele po ustanovitvi "TOZD operativni oddelki in anesteziologija" (1977). Proti koncu sedemdesetih let so se začela gradbena dela v severnem, leta 1967 dograjenem traktu, ki je bil v prvotnih načrtih ves namenjen intenzivnim in polintenzivnim bolnikom. Leta 1980 je oddelek začel sprejemati potrebne sestere za novo nastajajočo enoto in jih pošiljati na dodatno strokovno izobraževanje na Klinični center. Stekla pa je tudi nabava potrebnih aparatov in opre-

me. Prvi bolnik v novo enoto, ki je bila organizacijsko, strokovno in personalno funkcionalni del Oddelka za anesteziologijo in intenzivno terapijo, je bil sprejet na sam praznik dela 1. 5. 1982. Bolnišnica je s tem pridobila prepotrebno, čeprav zelo tesno načrtovano enoto za zdravljenje najtežjih bolnikov in poškodovancev z ogroženimi življenjskimi funkcijami.

Nabava in posodabljanje opreme se je kljub prehodnim materialnim težavam po osamosvojitvi Slovenije nadaljevalo vse do danes. Tako je bilo temeljito obnovljeno, pa tudi razširjeno število anestezijskih aparatov iz programa firme Dräger (Tiberius, Sulla, Remus). Zaradi izredno močne obremenitve v enoti za intenzivno terapijo je bilo nabavljenih več novih respiratorjev, obnovljeno in povečano je bilo število monitorjev za nadzor življenjskih funkcij med anestezijsko in intenzivnim zdravljenjem, nabavljen je bil rentgenski aparat za intenzivno terapijo in nov aparat za plinske analize. Nadalje so bili nabavljeni perfuzorji, aparat za EKG, defibrilatorji in vrsta drugih manjših, toda nič manj potrebnih aparatov. Tako je oddelek ves čas skrbel, da je bila oprema v danih realnih možnostih na strokovni višini in je odgovarjala zahtevam sodobnega anesteziranja in intenzivnega zdravljenja.

Utesnjenost v majhni enoti za intenzivno terapijo, ki je bila s svojimi 5 posteljami vedno preobremenjena, je trajala vse do preselitve



*Narkozni aparat leta 1997.*

v novi južni trakt septembra 1997, kjer je enota dobila svojo dokončno lokacijo z 11 posteljami in vsemi potrebnimi funkcionalnimi prostori v neposredni bližini enote za intenzivno medicino internistične službe. Ob dejstvu, da se kazuistika bolnikov v obeh intenzivnih enotah bistveno razlikuje, bo ta lokacija v mejnih primerih olajšala strokovno sodelovanje anesteziologov in internistov. Preselitev v nove prostore je zahtevala bistveno več sodobne in drage medicinske opreme, kar je bilo ob razumevanju vodstva bolnišnice vzorno rešeno.

Decembra 1997 so se tudi operativne stroke ob ohranitvi že obstoječih operacijskih sob razširile v dograjene prostore južnega trakta, kjer so po vseh sodobnih načelih poleg operacijskih sob urejeni tudi prostori za uvajanje bolnika v anestezijsko in prebujevalnico. S tem pa se je na anesteziološkem oddelku ponovno zaostрил kadrovski problem, tako glede zdravnikov kot sester, ki pač ni rešljiv čez noč. Zato mu bo potrebno v prihodnje posvečati kar največ pozornosti. Le tako se obstoječe osebe ne bo dušilo v vsakdanjem delu, temveč bo oddelek v neki razumni srednjeročni perspektivi lahko začel razvijati tudi dejavnosti, ki so v okviru anestezioloških oddelkov večjih slovenskih bolnišnic že razvite in pomenijo "conditio sine qua" vsakdanje rutine (predanestezijska ambulanta, ambulanta za terapijo bolečine, respiratorna terapija, pa tudi raziskovalna dejavnost).

Težave z osebjem tudi po osamosvojitvi in centralizaciji oddelka leta 1966 niso čez noč ponehale. Zato je bilo več razlogov; operativni oddelki so se kadrovske, zato pa tudi po obsegu dela, razvijali nesorazmerno hitreje kot oddelek za anestezijsko. Mladi zdravniki so se zaradi večje privlačnosti tradicionalnih strok še vedno raje odločili zanje, odpirale so se meje in s tem možnost za zaposlitev v nekaterih zahodnih državah, ki so še posebej mlade anesteziologe, celo specializante, rade sprejemale in dobro plačevale, dosti prezigodnja uvedba omejenega vpisa na MF v Ljubljani, ki je usodno in dolgoročno prizadela vse slovensko zdravstvo, nerazumni, skoraj smešni predpisi takratnih zdravstvenih oblasti, po katerih so morali mladi zdravniki najprej za dve leti v splošno zdravstvo, če so pozneje želeli specializirati, kar je bilo v popolnem nasprotju z vsako logiko in z uveljavljeno prakso vseh svetov in razvitejšem svetu, voluntaristična kadrovska politika, vedno večje socialne pravice, pa tudi feminizacija medicine in še kaj, je povzročalo stalne probleme, ki jih je mlada stroka - in to ne samo v Celju - le s težavo in z veliko požrtvovalnostjo premagovala.

Ob svojem nastanku (1966) je imel oddelek dva specialista in dve medicinski sestri. V naslednjih letih (1966-1997) je bilo v delovno razmerje sprejetih 56 zdravnikov, od tega 4 specialista in 52 specialistov. Delovno razmerje je v istem obdobju prekinilo 40 zdravnikov. Med službovanjem na oddelku je položilo specialistični izpit iz anesteziologije 21 zdravnikov. Relativno najugodnejše število in razmerje zdravnikov je bilo v obdobju 1989 do 1997, ko je dosegalo 16 do 17 zdravnikov, vendar z depresijo leta 1995, ko je bilo na oddelku redno zaposlenih le 13 zdravnikov, od tega samo 3 specializanti.

V istem obdobju (1966-1997) je bilo na oddelek sprejetih skupaj 75 medicinskih sester, delovno razmerje pa je prekinilo skupaj 41 medicinskih sester. Stanje konec leta 1997 je bilo za anestezijsko in intenzivno terapijo skupaj 6 višjih in 28 srednjih medicinskih sester.

Navedeni podatki govorijo za močno nihanje zdravniškega in sestrskega osebja skozi vseh 31 let obstoja oddelka, kar je bilo vsaj delno posledica še neujeljavljenega statusa mlade medicinske stroke, trajne preobremenitve, neprimerne nagajevanja, skoraj nikakršnih

možnosti za dodaten zaslužek itn. Po drugi strani pa ti podatki govorijo tudi o precejšnjih naporih na področju strokovne izobrazbe zdravnikov in sester ne glede na to, da je v vseh teh letih na oddelku opravljalo obvezno prakso v okviru svoje specializacije še na desetine kirurških in drugih specializantov in prav tako na desetine medicinskih sester z drugih oddelkov.

V drugi polovici leta 1966 (po 1. 6. 1966, ko je bil ustanovljen) je oddelek opravil 1606 anestezij. S postopnim prevzemanjem celotne anesteziološke dejavnosti je število pričelo naglo naraščati in leta 1980 doseglo blizu 14.000 splošnih in regionalnih anestezij. Po tem času se je število anestezij ustalilo, nima več tendence naraščanja, in niha med 13.500 in 14.000 letno. Smrtnost med anestezijo oz. operacijo vsa leta niha med 0,007 odstotka in 0,022 odstotka. V to že sicer zelo nizko število pa so bili statistično vedno všteti tudi najtežji bolniki in poškodovanci z najvišjo stopnjo tveganja. Ta izredno nizka smrtnost, ki ni primerljiva z visoko smrtnostjo v obdobju pred uveljavitvijo anesteziologije kot samostojne medicinske discipline, je rezultat same specializacije zdravnikov za to odgovorno področje. Šele novonastala medicinska stroka je namreč sprožila in omogočila nagel razvoj sodobnejših in vedno boljših anestetičnih sredstev, opreme in načinov anesteziranja. Prepričan sem, da je visoka varnost za bolnika med anestezijo kot posledica tega razvoja že sama po sebi najboljši dokaz za pravilnost razvoja v tej smeri.

Enota za IT je po svoji ustanovitvi maja 1982 pa do konca leta 1997 na zdravljenje sprejela skupaj 3.217 življenjsko ogroženih bolnikov oz. poškodovancev. V povprečju so bili bolniki priključeni na aparature za umetno dihanje skupaj med 19 in 20 tisoč ur letno. V času od maja 1982 do konca leta 1997 je bilo opravljenih skoraj 21 tisoč bolniških oskrbnih dni. Povprečna smrtnost se je vsa ta leta gibala med 18 in 22 odstotki, kar enoto tudi po tem kriteriju uvršča med zelo uspešne.

## Zaključek

Sodobnega operativnega zdravljenja si ne moremo predstavljati brez sodobno urejene anesteziološke dejavnosti. Še več! Ker je veriga le tako močna, kot je močan njen najšibkejši člen, je tudi operativna dejavnost v bolniški ustanovi le tako dobra in učinkovita, kot je urejena njena anesteziološka dejavnost in zdravljenje življenjsko ogroženih bolnikov in poškodovancev. S tem je razumevajočemu povedano vse. V začetnem obdobju (1966) se je takrat na novo ustanovljena enota imenovala "Služba za anesteziologijo in reanimacijo". Ko se je nova enota po nekaj letih uveljavila, je bila uradno preimenovana v "Oddelek za anesteziologijo in reanimacijo" (1969). Z ustanovljenjo enote za intenzivno terapijo (1982) pa v "Oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo". Leta 1994 je vodstvo ustanove oddelek spet preimenovalo v "službo". Kakršnikoli razlogi za to so že bili, so na oddelku to sprejeli kot z ničemer upravičeno degradacijo, in se vse do danes zavzemajo za vrnitev prejšnjega naslova. Ker so eden od pomembnih kriterijev za ime "oddelek" tudi bolniške postelje, ki jih ima oddelek namesto prejšnjih 5 sedaj celo 11, in na katerih se zdravijo najtežji bolniki in poškodovanci, je ta težnja celotnega osebja sedanje "anesteziološke službe" tembolj upravičena.

Vodstvo oddelka vidi perspektivo v uveljavitvi anesteziologije kot klinične stroke, ki je enakopravna vsem drugim, v rešitvi kroničnega vprašanja osebja, kar bo možno le ob potrebnem in učinkovitem



*Pogled v enoto za intenzivno terapijo z 11 posteljami leta 1997.*

razumevanju vodstva ustanove in vseh operativnih strok, nadalje je namen vodstva oddelka nove generacije zdravnikov prepričati o atraktivnosti in dinamičnosti anesteziologije, in končno s primerno kadrovsko politiko izboljšati starostno strukturo, ki je trenutno bolj neugodna kot kadarkoli prej (poprečna starost zdravnikov je 40 let). Prej ko slej bo potrebno organizirati redno predanestezijsko ambulanto, ambulanto za zdravljenje bolečine, kajti tudi na tem področju je celjska bolnišnica na repu razvoja. In končno bo potrebno tudi ustvariti pogoje za raziskovalno dejavnost, kajti skriti potenciali za to na oddelku prav gotovo obstajajo, čeprav jih duši preobremenjenost z rutinskim delom.

Z nastankom in razvojem anesteziologije kot posebne medicinske specializacije so bili podani pogoji za nesluten razvoj vseh operativnih strok, in neprimerljivo se je povečala varnost za bolnike in poškodovance, ki se morajo podvreči operativnemu ali intenzivnemu zdravljenju. Praktično pa anesteziologija kljub temu tako v očeh drugih sodelavcev kot tudi javnosti še vedno ostaja nekje v ozadju dogajanja, kar je tudi eden od razlogov za dolgoletne probleme z osebjem in druge težave. Med drugim je bil namen tega prispevka opozoriti tudi na to. ■

### Viri:

- Četina J.: Anesteziologija v celjski bolnišnici. *Celjski zbornik* 1964: 97-104.  
 Četina J.: Razvoj anesteziološke službe v celjski bolnišnici v zadnjih dveh desetletjih. *Zdrav Vestn* 46 (1977)22, 1083-1084.  
 Četina J.: Endotrahealna anestezija pri tonzilektomijah otrok *Zdrav vestn* 38 (1969) 447-448  
 Perc A.: Enota intenzivne terapije tudi v Splošni bolnišnici Celje. *Zdrav Vestn* 46 (1977) 55-56.  
 Letna poročila oddelka.  
 Podatke za obdobje 1988 - 1997 sem dobil od ge. Milene Kotnik, dr. med., predstojnice oddelka do konca leta 1997 in od glavne sestre oddelka ge. Katje Volčič, VMS. Obema se na tem mestu pristočno zahvaljujem.

*Mattiolijev  
portret  
(iz Medicinske  
enciklopedije  
Leksikografskog  
zavoda FNRJ,  
zvezek 6,  
1962: 571)*



## Zdravnik in botanik Pietro Andrea Mattioli (1500-1577), 14 let v Gorici

Ob 500-letnici rojstva

Zvonka Zupanič Slavec

Med medicinskimi deli 16. stoletja je redkokatero tako razširjeno kot Mattiolijev komentar k Dioskuridesovi knjigi *De materia medica* (O zdravnih snoveh). Ta je bila najpomembnejši rimski farmakoterapevtski priročnik in ga je napisal rimski vojaški zdravnik grškega rodu Dioskurides okoli leta 77. V njem je popisal kakih 750 zdravil, med njimi okoli 600 rastlinskega izvora ter druga zdravila iz živalskih in mineralnih snovi, ki so bila v tistem času v rabi. Dioskuridesovo knjigo so uporabljali vse do renesanse. Mattioli je na osnovi številnih starih rokopisov, predvsem pa Busbecqjevega iz Carigrada ter bogatih lastnih izkušenj kritično komentiral Dioskuridesove zapise. Dodal jim je še opis približno 300 rastlin iz južne Evrope, ki jih Dioskurides ni poznal. Skozi več stoletij je veljala njegova knjiga za uradni farmakološki priročnik, cenjen tako zaradi enciklopedične vsestranskosti kot zaradi strokovne natančnosti in zanesljivosti. Ker je doživela veliko ponatisov, je razširjena po samostanih, starih medicinskih knjižnicah ter nacionalnih bibliotekah.

Mattiolijevo delo je izrednega pomena za poznavanje medicine in naravoslovja, predvsem botanike pri nas v 16. stoletju, saj je Mattioli, ki je 14 let deloval kot zdravnik in naravoslovec v Gorici, zapisal mnogo lokalno pomembnih podatkov, ki bi sicer bili pozabljeni. Hkrati knjiga kaže na enciklopedično izobraženega avtorja, zdravnika in botanika. Mattioli je tudi pesnil in prvi prevedel iz latinščine v italijanščino Ptolemejevo geografijo.

Avtohtona flora naših krajev je v 18. stoletju pritegnila pozornost tudi dveh zdravnikov, ki sta delovala med rudarji živosrebrnega rudnika v Idriji. Italijan Giovanni Antonio Scopoli (1723-1788) je v knjigi *Flora Carniolica* (Kranjska flora, 1760, 1772) pionirsko popisal naše rastline (nad 1.500 imen!) in med njim podal tudi številne prve opise, npr. kranjske bunike (*Scopolia carniolica*). Bretonec Baltazar Hacquet (1739 ali 1740-1815) je bil sicer bolj

dejavnen v proučevanju naše geologije in mineralogije, vendar je prav tako velikega pomena njegova botanična knjiga *Plantae alpinae carniolicae* (Kranjske alpske rastline, 1782), v kateri je prvi opisal štiri naše alpske rastline. Najstarejši popisi naše flore pa so Mattiolijevi. Njegovi komentarji nam tudi povedo, kam vse so ga vodile njegove botanične poti.



*Naslovnica italijanske izdaje Mattiolijeve knjige, Benetke 1744. Je bogato ilustrirana s črno-belimi risbami in obsega 850 strani. V lasti Inštituta za zgodovino medicine Medicinske fakultete*

### Iz Mattiolijevega življenja

Rojen je bil leta 1500 v zdravniški družini v Sieni. Medicino je študiral v Padovi in leta 1523 promoviral. Sprva je deloval v Sieni, nato je zaradi političnih nemirov odšel v Perugia in kasneje v Rim. Nekaj časa je bil zdravnik v Trentu, kjer je zapisal razpravo o siflisu. Zaradi neke epidemične bolezni so ga leta 1540 poklicali v Gorico. Čeprav je epidemija hitro minila, je Mattioli ostal v Gorici nadaljnjih 14 zelo ustvarjalnih let. S svojim delom se je tako izkazal, da je bil leta 1554 poklican na cesarski dvor v Pragi za osebnega zdravnika cesarja Ferdinanda in kasneje Maksimilijana II. Leta 1562 je dobil plemiški naziv in se vrnil na Tirolsko. Nekaj časa je živel v Innsbrucku, nato pa v Trentu, kjer je leta 1577 tudi umrl za kugo.

Mattiolijevo delo *De materia medica*, s polnim naslovom *Pedacii Dioscoridis de materia medica, libri VI*, interpr. P. A. Mattioli cum eiusdem commenta-



riis, vsebuje najprej izvirno (grško) Dioskuridovo besedilo v latinskem prevodu, potem pa obsežen Mattiolijev komentar na približno 1.500 straneh. Delo je bilo prvič natisnjeno leta 1544 v Benetkah v italijanskem jeziku. Desetletje zatem je izšlo ponovno v Benetkah, prevedeno v latinski jezik. Sijajni prevod in je delo zdravnika Donzellinija. Doživelo je številne ponatise, tako v italijanskem kot latinskem jeziku in bilo prevedeno še v francoski (1561), češki (1562) in nemški jezik (1563). Med najlepše izdaje sodi italijanska iz leta 1565, opremljena s številnimi lepimi lesorezi rastlin in živali. Zbrano Mattiolijevo delo je izšlo v Baslu 1598 in 1674, v Frankfurtu 1598 ter v Benetkah 1712 in 1744.

Ker je Mattioli živel v času, ko je bil v Evropi zelo razširjen sifilis, ni čudno, da je kar dve deli posvetil tej takrat novi bolezni: *De morbo gallico* (O galski - francoski bolezni; Bologna, 1530) in *De morbi gallici curandi ratione dialogus* (O galski bolezni in njenem racionalnem zdravljenju; Basel 1534). Bil je prepričan, da je sifilis popolnoma nova bolezen, nepoznana antičnim zdravnikom. Za zdravljenje je uporabljal živosrebrna mazila, med prvimi je dajal tudi živosrebrne preparate za sistemsko uporabo (jemanje per os). Napisal je tudi več botaničnih spisov.

## Botanično izrazje in naše rastlinstvo

Zanimivo je poimenovanje zdravilnih rastlin v Mattiolijevi knjigi. Poltisočletna odmaknjenost pomeni za botanika v terminološkem smislu pravo odkritje: v Mattiolijevi knjigi je zbrano bogastvo historičnih latinskih imen teh rastlin. Številnih od njih v novodobnih priročnikih preprosto ne najdemo več. Obsežno terminološko raziskovalno delo bi bilo potrebno, če bi hoteli prepoznati vse rastline,

predstavljene v Mattiolijevi knjigi. Izziv za zgodovinarja botanike!

Razvoj botanike in Linnejeva (1707-1778) sistematika (za rastlinske in tudi živalske vrste je uvedel latinsko-grško poimenovanje s po enim rodovnim in enim vrstnim imenom) nam razloži, zakaj danes težko prepoznamo rastline, ki jih opisuje Mattioli. Botanika je v zadnjih 500 letih silno napredovala. V tem času so spoznali številne nove rastline, s tem so rodovi pridobili celo plejado novih vrst. Veliko poglavje zase je tudi proučevanje zdravilnih učinkov teh rastlin. Od empiričnih Dioskuridesovih in Mattiolijev spoznanj je šel razvoj naravoslovnih znanosti h kemiji, kasneje k farmakologiji in proučevanju farmakodinamskih učinkov zelišč na človeka (in živali).

Zanimivo bi bilo vedeti, katere rastline z Goriške, Kranjske in Istre je Mattioli opisal. Kot Dioskurides je tudi Mattioli že v prvem poglavju komentarjev pisal o perunikah; imenoval je *Iris illyrica* in *Iris sylvestris*. Za slednjo je zapisal, da je zelo razširjena v okolici Gorice in ob spodnjem toku Kolpe pri Metliki. Opisal je še tretjo vrsto perunike, *Iris sativa*, ter poročal, da jo je videval ob bregovih Soče. Po učinkovitosti je dajal prednost ilirskemu irisu, ker raste v sončnem podnebju. Če poskušamo identificirati te tri vrste perunik v današnji botanični terminologiji, najdemo le ekvivalent za *Iris illirica*, preimenovano v *Iris germanica* ali po slovensko nemška perunika. Nadalje je Mattioli omenjal rastlino *Nardus celtica*, danes imenovano *Arnica montana* ali navadna arnika. Zanj je zapisal, da raste med drugim v Istri, okolici Gorice, na Koroškem in Štajerskem, od koder so jo izvažali v Sirijo in Egipt. Navedel je tudi rastlino *Asarum* ali kopitnik, za katero je že Dioskurides rekel, da raste v Iliriji. Mattioli se je dotaknil tudi dreves: za macesen - *Larix* - je zapisal, da raste v gozdovih na Kranjskem in v Dalmaciji, za t. i. *Cedrus phoenicia*, ki je historično ime za neke vrste cedro, da raste najpogosteje v Istri in



**Mattiolijev razbudnik *Solanum somniferum alterum*. Ponovno ga je opisal Scopoli in se po njem imenuje *Scopolia carniolica* ali kranjska bunika**

erra, il gambo quadrato, i fiori  
le, porporini, e all' intorno  
lunghi picciuoli, da' quali na-  
una per uno) nere, ovvero nel  
, vinose, e tutte piene di minu-  
utti di tutti gli altri Solatri. Que-  
condate fin al mezzo d' una to-  
all' intorno dentate a modo di co-  
lla grande, tenera, bianca, e  
fe di Maggio, e produce il frut-  
e copioso nel monte Salvatico  
più volte l' ho riportato. Ma  
(iudicio) che non poco errino  
, che il Solatro sonnifero sia  
o alcuni Solatro maggiore, e  
ini, Erba Bella Donna, im-  
produce il fusto in follicoli di  
, ma nero; quantunque man-  
mazzi, come so io essere in-  
anciulli, i quali non cono-  
lo mangiarono in cambi di

**Mattiolijevo besedilo, ki govori, da je našel *Solanum somnificum* na gori Sabotin (monte Salvatico) nad Gorico (stran 602 omenjene italijanske izdaje)**



**Historično *Nardus celtica*, danes *Arnica montana* ali navadna arnika**

na nekaterih območjih Japidiije, t.j. severne Dalmacije. Protomedik Kranjske, Georg Reffinger, je Mattioliu podaril seme Oxycedrusa, ki ga je prinesel iz Pazina v Istri. Oxycedrus bi dandanes najverjetneje poimenovali Juniperus oxycedrus ali rdečeplodni brin. Take primerke je Mattioli pogosto dobival v dar od svojih prijateljev. Tudi t. i. Lycium ali licij iz družine razhudnikovk, ki ga sam nikoli ni imel priložnosti videti v naravi, je dobil od nekega dalmatinskega apotekarja Baptista Balistusa. Ulisse Aldovrandi, zdravnik in naravoslovec, pa mu je podaril rastlino smrdličko ali kačjo travo iz rodu Geranium, ki raste v Dalmaciji.

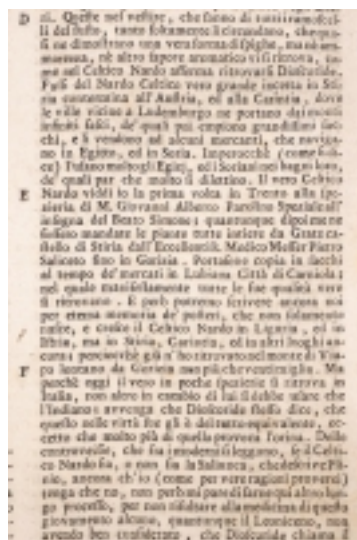
Mattioli je omenjal veliko rastlin, ki jih je našel v okolici Gorice: Erica (resa), Acuta spina (historično poimenovanje, ki mu ne najdemo sodobnega izraza), Hyssopus (izop), Dentaria (mlaja ali konopnica), Echium (gadovec), Stratiotes millefolium (vodna škarjica), Helleborus niger (črni teloh), Cuscuta epithimum (drobnocvetna predenica) itd. Posebno pozornost zasluži razhunik Solanum somnificum; tega je Mattioli prvi opisal in ga našel na gori Sabotin pri Gorici. Isto rastlino je ponovno "našel" Scopoli v okolici Idrije in jo botanično pravilno opisal. Iz nje je bil 1833 prvič izoliran zelo pomemben alkaloid scopolamin, rastlina pa je bila v čast odkritelju imenovana Scopolia carniolica ali kranjska bunika.

Ko je pisal o cvetici Gentiani (encijan ali svišču), je imenoval ilirskega kralja Gencija in navedel mnenje Plinija in Galena, ki imata ilirski svišč za najboljšega. Rastlini Symphytum majus (gabez) in Consolida major (ostrožnik) je našel v okolici Gorice in na nekaterih mestih v severni Dalmaciji. V današnji botanični terminologiji v rodovih Symphytum in Consolida omenjenih vrst ne zasledimo in po vsej verjetnosti predstavljajo historična imena. Mattioli je tudi pohvalil izredno kakovost vin ob Jadranu in na Goriškem ter tamkajšnja jabolka.

Med zdravili živalskega izvora je Mattioli navedel Castorem (bobrovino), ki jo je dobival s Štajerske in Kranjske in s področja med Savo in Dravo. Omenjal je tudi miši, ki naj bi jih bilo veliko po hri-

bih okoli Gorice in v alpskih gozdovih na Kranjskem, Štajerskem in Koroškem. Srednjevska, t. i. Dreck Apoteke, se je zatekala tudi k uporabi gnus vzbujajočih zdravil. Mattioli navaja uporabo miši, vemo pa, da so bili v uporabi tudi različni iztrebki živali, deli eksotičnih živali, krokodilov, nosorogov ipd.

Prosvetljeni naravoslovec je navedel zanimive podatke o lokalnem rudnem bogastvu. Obširno je opisal rudnik živega srebra v Idriji in zatrjeval, da je videl na lastne oči, kako tam pridobivajo živo srebro. Opisal je tudi idrijske rudarje in znake zastrupitev z živim srebrom, ki jih je sam opazil: tremor, vnetje dlesni, izpadanje zob. Navedel je, kako si rudarji pokrivajo nos in usta s krpami, da ne bi vdihavali hlapov živega srebra. Vendar so se zastrupitve kljub temu po-



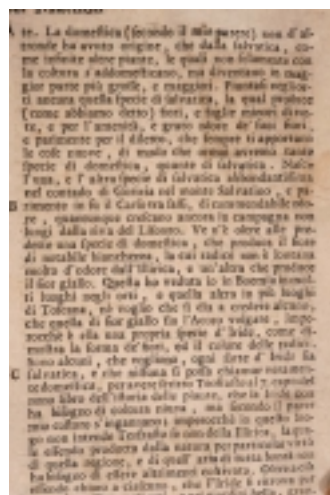
**Mattioli piše, de je peruniko Iris salvatica videval na gori Sabotin nad Gorico (monte Salvatino), na Krasu (Carso) in ob reki Soči (Lisonzo) (omenjena izdaja, stran 18)**

landius (Salandus), po rodu iz Bergama, je bil leta 1540 profesor medicine v Padovi. Veliko je potoval in prek Italije prišel na Štajersko, od tam pa so ga poklicali na dunajski cesarski dvor za osebnega zdravnika. Na svojem potovanju je prišel tudi v Zagreb, od koder je Mattioliu poslal omenjeno rudo. Naj omenimo, da je to prva ohranjena omemba mesta Zagreba v kakem medicinskem delu, gotovo pa prva v tuji literaturi.

## Oddolžitev Mattioliu

Mattioli je bil dober poznavalec naših krajev in je o njih zapisal dragocena naravoslovna spoznanja. Večina jih je ohranjena v njegovi knjigi komentarjev k Dioskuridesu, delno pa tudi v drugih delih. Veliki učenjak, zdravnik in naravoslovec je z izjemnim znanjem, sposobnostjo opazovanja in ustvarjalnega mišljenja iztrgal iz pozabe naravoslovna dogajanja na Goriškem in Kranjskem in prvi polovici 16. stoletja. Prav je, da se ga spomnimo ob 500-letnici rojstva, podobno kot smo se leta 1993 spomnili reformatorja renesančne medicine Paracelsusa ob 500-letnici njegovega rojstva. Tudi Paracelsus (1493-1541) je v času daljšega bivanja v Beljaku potoval po naših deželah in med drugim obiskal rudnik živega srebra v Idriji. To srečanje je vplivalo na njegov odnos do poklicnih bolezni in pionirskega uvajanja zaščitnih ukrepov ter začetka medicine dela.

Mattiolijevo delo je velikega pomena za sestavljanje mozaika našega razvoja naravoslovja in medicine v 16. stoletju. S ponosom izgovarjajo Mattiolijevo ime tudi Goričani, ko pripravljajo pregled dogajanj na Goriškem skozi tisočletni obstoj. V aprilu 2001 bo namreč tisočletnica prve pisne omembe Gorice in s tem posredno Goriške dežele. Morebiti bi bila obeležitev katere izmed goriških naravoslovnih ustanov z Mattioliu posvečeno spominsko ploščo primerna oddolžitev za njegovo dragoceno delo na Goriškem.



**Mattioli piše, da je navadna arnika razširjena po Istri (Istria), Štajerski (Stiria), Kranjski (Carintia), okolici Gorice (Gorizia) (stran 29 omenjene izdaje)**

# Kakšno naj bo zobozdravstvo v prihodnje in kako kreirati uspešno zobozdravstveno prakso

Sanja Lucija Pečnik

Svetovno zobozdravniško srečanje FDI 2000, ki se je letos odvijalo v Parizu, je vnovič ponudilo čudovito priložnost srečanja s kolegi z vsega sveta. Ponovno je bila obujena ideja Charlesa Goudona, direktorja zobozdravstvene šole iz Pariza, ki je leta 1900 osnoval FDI z namenom izboljšati oralno zdravje prebivalstva in izmenjati profesionalne izkušnje in ideje ter privedi stomatološko teoretično znanje v prakso. Številni eminentni predavatelji so predstavili nekatere zanimive poglede na posamezna stomatološka vprašanja in prikazali smernice za zdravljenje v novem tisočletju. Velik poudarek srečanja je bil zajet v vprašanju, kakšno naj bo zobozdravstvo v prihodnje in kako ustvariti uspešno zobozdravstveno prakso.

Zdravje igra in bo igralo vedno bolj pomembno vlogo v družbi. Informacijska in komunikacijska doba vodi tudi v pomembne spremembe na področju zobozdravstva. Uspešnost zobozdravnikov bo vse bolj odvisna od sposobnosti dati pacientu zadovoljivo in nazorno informacijo o njegovem oralnem zdravju in terapevtskih možnostih, ki jih sodobno zobozdravstvo ponuja. Stalno izobraževanje bo igralo pomembno vlogo, vsakdo si bo moral prizadevati za čim boljše informiranost, saj se spremembe vršijo z izrazito naglico. Vloga medijev je čedalje večja in osveščenost ljudi postaja iz dneva v dan boljša. Področja posebnega poudarka v zobozdravstvu bodo v prihodnje multimedija, profilaksa, estetika in implantologija. Motivacija pacientov preko modernih načinov komuniciranja in prikaza informacij bo nujno potrebna. Estetika igra vse pomembnejšo vlo-

go, bleščeč nasmeh poudarja mladostnost, vitalnost in zdravje. Tovrstne smernice kažejo na izboljšano profesionalno čiščenje zob - higieniki, beljenje zob, estetske fasete.

Brezbolečinsko delo bo moralo postati vsakodnevna stalnica. Prihajajoča in vse bolj uveljavljena implantologija ponuja izrazito širok spekter rehabilitacije brezobnih čeljusti in z razumevanjem osteointegracije in kostne regeneracije postaja realnost. Rezultat bo znižanje stroškov in vse večja dostopnost širokim množicam.

Kot zaključek velja, da ne obstaja dvom o odgovoru na vprašanje, kakšno bo prihodnje zobozdravstvo - prihodnost bo namreč takšna, kot si jo bomo naredili sami.

## Pojasnilo

V prispevku Pavla Kornhauserja "Spomini pediatra na kirurga profesorja Božidarja Lavriča", Isis 1/2001, na str. 70, je avtor želel dodati tudi naslednji odstavek (vendar je bila revija že v tisku, zato ga dodajamo sedaj): "Profesor Lavrič je operiral le tri že šoloobvezne otroke s prirojeno srčno napako (t. i. "plavčke"). Njegovo delo je nadaljeval njegov prvi asistent profesor Miro Košak. (Profesorica Jolanda Jezernik se je posvetila srčni kirurgiji otroka v sedemdesetih letih)."

Ime in priimek kirurga na otroškem oddelku Kirurgične klinike v Ljubljani, pravilno: prim. dr. Boris (Roman) Vidmar. ■

Zdravstveni dom Litija objavlja prosto delovno mesto

### zdravnika

za delo v ambulanti nujne medicinske pomoči in ambulanti splošne medicine  
za nedoločen čas s polnim delovnim časom in trimesečnim poskusnim delom.

#### Pogoji:

- opravljen strokovni izpit,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- končana Medicinska fakulteta, smer splošna medicina,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev  
in kratkim življenjepisom pošljejo v roku 8 dni po objavi na naslov: Zdravstveni dom Litija, Partizanska pot 8 a, 1270 Litija.  
Kandidati bodo o izbiri obveščeni najkasneje v 30 dneh po končanem zbiranju prijav.

## Navodila za oglaševanje na rumenih straneh:

Vsak prireditelj zdravniškega srečanja, seminarja, konference idr. ima pravico do dveh brezplačnih objav.

Za prvo obvestilo, v katerem najavi prireditev nekaj mesecev vnaprej, je na voljo četrtnina strani, za objavo podrobnega programa seminarja ali simpozija pred srečanjem prostor ni omejen. Da bi bile informacije čim bolj natančne in brez napak, vljudno prosimo, da prireditelji izpolnijo obrazec, ki je objavljen na zadnji strani koledarja. Objavljali bomo le tista obvestila in programe, ki jim bo priložen izpolnjen vprašalnik, da bo podatke mogoče vnašati v koledar.

Rok za oddajo gradiva v uredništvu je 10. v mesecu za objavo v številki, ki izide prvega v naslednjem mesecu.

Dan odprtih vrat Klinike za infekcijske bolezni  
in vročinska stanja

Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja

Klinični center Ljubljana

v sodelovanju s

Sekcijo za kemoterapijo Slovenskega zdravniškega društva

in

Društvom za svobodo odločanja - SVOOD

organizira

## Posvetovanje o cepljenju v Sloveniji

Velika predavalnica Medicinske fakultete, sobota, 17. februarja 2001

- |  |   |
|--|---|
| 9.30 Uvodne besede<br><i>Prof. dr. Milan Čížman, dr. med., Klinika za infekcijske bolezni</i>  | 12.20 Odmor   |
| 9.35 Austrian immunisation programme 2001 – compared to the European and WHO recommendations<br><i>Dr. Wilhelm Sedlak, Linz, Avstrija, Coordinator for European Vaccination Harmonisation Programmes</i> | 12.50 Cepljenje in internet<br><i>Mag. Marko Pokorn, dr. med., Klinika za infekcijske bolezni</i>   |
| 10.30 Odmor  | 13.10 Pravna podlaga obveznosti cepljenja<br><i>Mag. Matevž Krivic, univ. dipl. iur.</i>  |
| 11.00 Razlogi za cepljenje<br><i>Breda Zakotnik, dr. med., Klinika za infekcijske bolezni</i>  | 13.30 Okrogla miza  |
| 11.20 Dileme staršev ob soočenju z obveznim programom cepljenja<br><i>Aleš Lavrič, dipl. ing., društvo SVOOD</i>   | Na okroglo mizo so vabljeni:<br>Člani Komisije za medicinsko etiko pri Ministrstvu za zdravstvo<br>Predstavniki Ministrstva za zdravstvo Republike Slovenije<br>Predstavniki Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije |
| 11.35 Strokovni vidiki pomislekov programa obveznega cepljenja<br><i>mag. Karin Rižner, dipl. biol., dr. Dario Dimiedico, Milano, Italija</i>  | Srečanje je odprto za vse zainteresirane starše in zdravnike.   |

**Slovensko društvo Hospic**  
organizira enodneвне delavnice

## ZDRAVLJENJE BOLEČINE PRI NAPREDOVANEM RAKU

**7. februar 2001 od 9. do 14. ure**  
**Gospodsvetska 5, Ljubljana**

*Slavica Lahajnar*, dr. med. spec. anesteziolog

**Cilji:** Seznanili bomo zdravnike in drugo zdravstveno osebje, ki obravnava bolnike in svojce o možnostih zdravljenja karcinomske bolečine v terminalnem stanju bolezni. Namen izobraževanja je razložiti doživljanje bolečine pri bolniku in naučiti predvsem zdravnike na terenu principov zdravljenja bolečine, da bo le to dosegljivo čim večjemu številu bolnikov, s čim manj stranskimi učinki. Zdravil in načinov zdravljenja je toliko, da bolniki v domači oskrbi ne bi smeli več umirati s hudimi bolečinami.

**Vsebina:** program je sestavljen v skladu s smernicami za zdravljenje bolečin, ki so bile izdelane skupaj z Onkološkim inštitutom in Katedro za družinsko medicino:

- vzroki bolečine pri napredovanem raku, vrste in jakost
- navodila SZO za zdravljenje bolečine
- izbor primernih zdravil (neopioidi, opioidi, dodatna zdravila)
- poti vnosa
- navodila bolnikom in svojcem, negovalnemu osebju za jemanje zdravil (titracija, zamenjava opioidov in ekvivalnetični odmerki, rešilni odmerki...)
- stranski učinki zdravil in njihovo obvladovanje
- odvisnost, toleranca, odtegnitveni sindrom
- neinvazivne metode obvladovanja bolečine
- vzroki za slabo zdravljeno bolečino (prebijajoča bolečina)
- zdravljenje ostalih simptomov z opioidi (dispnea)
- ambulate za zdravljenje karcinomske bolečine (epiduralni katetri), hospitalno zdravljenje bolečine
- zadnji dnevi in ure življenja ter lajšanje bolečine (subkutane infuzije zdravil in tekočin).

## KO NEKDO OSTANE SAM

**16. februar 2001 od 9. do 14. ure**  
**Gospodsvetska 5, Ljubljana**

*Bernarda Mudrovčič*, dipl. m. s.

**Cilj:** Prepoznavanje procesa žalovanja, večja občutljivost in premagovanje terapevtov neugodnosti ob srečanju z žalujočimi, pripravljenost na posluš, dialog in pomoč.

**Vsebina:** Tematika delavnice obravnava stiske, ki jih čutijo zdravstveni delavci ob soočanju s trpljenjem žalujočih. Njihova lastna, obremenjujoča doživljanja jim največkrat preprečujejo pristno soočanje z žalujočimi. Ob

spoznavanju in premagovanju lastnih zadreg in procesa žalovanja, se učijo spremljati žalujoče s pozornostjo in sočutjem. Pridobili bodo znanja o procesu žalovanja, fizičnih in psihičnih dogajanjih, o spremembah vedenja in vsem, kar se v tem procesu dogaja.

## PODPORA DRUŽINI UMIRAJOČEGA

**21. februar 2001 od 9. do 14. ure**  
**Gospodsvetska 5, Ljubljana**

*Tomaž Flajs*, dipl. univ. prof.

**Cilj:** spoznavanje in vživljanja v psihološke potrebe umirajočega, da bi ga lahko bolje in lažje razumeli ter mu tako bili v oporo. Spodbujanje razumevanja in sposobnosti vživljanja v svojce bolnika s terminalno boleznijo ter odkrivanje lastnih moči za obravnavo družine.

**Vsebina:** Ko človek zaključuje življenje, se poleg sprijaznjenja z lastno smrtjo, srečuje tudi z drugimi pomembnimi izzivi. Z vidika izkustvenega ciklusa se nahaja predvsem v fazi umika in asimilacije preteklih življenjskih izkušenj. To s seboj prinaša zaključevanje nedokončanih zadev iz preteklosti, predvsem v povezavi z medosebnimi odnosi, bodisi neposredno ali na simbolni ravni, ter dajanje smisla tako življenju kot smrti. Delavnica je zato posvečena poglobljanju v izkustveni cikel s temeljnim poudarkom na njegovih zaključnih fazah in z aplikacijo na proces umiranja.

Bolnik s terminalno boleznijo vpliva na svojce in svojo družino, četudi ostane v bolnišnici, vendar pa vračanje domov pomeni velik napor in stresne izzive za vso družino. Družinski člani doživljajo čustveno zmedo ob soočanju s smrtjo, obenem pa so v procesu spreminjanja vlog (mati-samohranilka, oče-edini skrbnik otrok, zamenjava odločujočega, vodilnega člana v družini, otroci brez enega od staršev...) tudi v stiski in negotovosti. Zmedenost čustev in nemir družinskih članov lahko prestraši ali distancira vsakogar, ki sam v sebi ni pripravljen na podobno situacijo v svoji družini.

## POTREBE OTROK IN MLADOSTNIKOV OB IZGUBI LJUBLJENE OSEBE

**23. februar 2001 od 9. do 14. ure**  
**Gospodsvetska 5, Ljubljana**

*Bernarda Mudrovčič*, dipl. m. s.

**Cilj:** Spodbuditi zdravstvene delavce na večjo pozornost in oporo otrokom in mladostnikom med procesom žalovanja.

**Vsebina:** Otrokom želimo zagotoviti čimbolj srečno in brezskrbno mladost in jih tako obvarovati pred morebitnim trpljenjem. Vendarle se življenjskim izkušnjam ne morejo izogniti. Zato je izredno pomembno, da jim ob hudi izgubi bližnjega, ki jim je veliko pomenil, znamo stati ob strani. Udeleženci bodo na delavnici osvojili znanja o ravnanju z žalujočim otrokom in mladostnikom. Tako bodo spodbujali sebe in osebe, ki jim bodo v oporo ob težkih trenutkih po izgubi. Približali se bomo otroku v sebi in njegovim notranjim stiskam.

Zdravniško društvo Maribor  
Pravniško društvo Maribor in  
Univerza Maribor  
vabita na

## 10. JUBILEJNO SREČANJE MEDICINA IN PRAVO

### S TEMO: ČLOVEŠKA GENETIKA IN DAROVANJE DELOV TELESA

Velika predavalnica Univerze Maribor, Slomškov trg 15, Maribor  
23.-24. marec 2001

#### PROGRAM

##### Petek, 23. marca 2001

- 8.00–9.00 Registracija  
9.00–9.30 Otvoritev  
*J. R. Gorišek, V. Planinšec:* 10 srečanj in njihova odmevnost v medicini in pravu  
9.30–14.00 Človeški genom  
Moderatorji: *V. Rijavec, M. Tratnik, V. Flis*  
*V. Flis, J. Balažič, J. R. Gorišek:* DNK v biomedicini  
*A. Ihan:* Razkriti gen in vprašanje svobode  
*V. Žnidaršič:* Pravno varstvo človekovih pravic v zvezi z biomedicino  
*J. Balažič, J. Trontelj:* Etika v medicinskem delu zakonskega predloga o uporabi genske tehnologije

Odmor za kavo

*V. Flis:* Dedna snov in kloniranje v bioetiki in pravu  
*Z. Dežman:* Genska tehnologija in odkrivanje kaznivih dejanj  
*V. Rijavec:* Varstvo genske zasebnosti  
*M. Ule:* Sociološki vidiki sodobne prokreativne medicine

- 14.00–15.00 Odmor za kosilo  
15.00–18.30 Darovanje zarodnih celic  
Moderatorji: *K. Zupančič, V. Flis, V. Rijavec*  
*M. Fox:* UNESCO: Human Genome  
*K. Zupančič:* Nekateri problemi pri uveljavljanju OBMP  
*T. Tomažević:* Mesto darovalskih postopkov pri biomedicinski pomoči neplodnosti  
*V. Vlaisavljevič:* Soodvisnost zdravnikovega odločanja in odločitve Komisije za OBMP pri odobritvi postopkov oploditve

z darovanimi celicami  
*M. Tratnik:* Pravni status delov človeškega telesa v primerjalnem pravu  
*U. Mikl:* Darovanje zarodnih celic – prikaz praktičnega primera  
20.00 Družabno srečanje

##### Sobota, 24. marca 2001

- 9.00–13.00 Transplantacija  
Moderatorji: *V. Planinšec, A. Jelenc Puklavec, V. Flis*  
*Dolenc:* Nasprotja in odločitve transplantacije v sodobnem svetu  
*E. Bernat:* Fortpflanzungsmedizin, Privatleben und die Europäische Menschenrechtskonvention (Prokreativna medicina, varstvo zasebnosti in Evropska konvencija o človekovih pravicah)  
*V. Planinšec:* Slovenska pravna ureditev transplantacije  
*J. Vončina, D. Rigler Pleterški:* Organizacija transplantacijske dejavnosti v Sloveniji in varovanje sistema

Odmor za kavo

*D. Wedam Lukič:* Nekateri vidiki pravnega urejanja transplantacije  
*S. Markovič:* Transplantacija jeter  
*Jelenc Puklavec:* Kazensko pravna ureditev transplantacije  
*Š. Ivanjko:* Zavarovalniški vidiki pri presajanju organov

Zaključek srečanja.

Organizacijski odbor: J. Reberšek Gorišek, V. Planinšec, V. Flis, V. Rijavec

Splošne informacije: Srečanje je namenjeno vsem zdravnikom in pravnikom, študentom medicine in prava, ki jih to področje zanima.  
Število udeležencev ni omejeno.

Kotizacija znaša 20.000 SIT (z DDV). Kotizacije ni za upokojene zdravnike in pravnike ter študente medicine in prava. Kotizacija vključuje udeležbo na predavanjih, gradivo in večerjo. Plačilo kotizacije na žiro račun: Zdravniško društvo Maribor št. 51800-678-81888 z oznako »Medicina in pravo«.

Vaše prijave pričakujemo na naslov: ga. Majda Petek, Oddelek za nalezljive bolezni in vročinska stanja, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska c. 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 12 657, faks: 02 33 12 393, e-pošta: j.gorisek@sb-mb.si

Prenočišča: hoteli Orel, Piramida, Habakuk

**Klinični oddelek za nefrologijo**

**Klinični center Ljubljana**

**SPS Interna klinika**

organizira

## “NEFROLOGIJA 2001”

# OBRAVNAVA MOTENJ ELEKTROLITSKEGA IN ACIDOBAZNEGA RAVNOTEŽJA

**Hotel Kokra, Brdo pri Kranju**

**30.-31. marca 2001**

### PROGRAM

#### **Petek, 30. marca 2001**

15.00–15.30 *M. Kordaš*: Načelo bilance  
15.30–16.15 *R. Kveder*: Hiponatremija  
16.15–17.00 *S. Kaplan Pavlovčič*: Hipernatremija  
17.00–17.15 odmor

17.15–18.00 *A. F. Bren*: Kliničn uporaba diuretikov  
18.00–18.30 *R. Ponikvar*: Hipokalemija  
18.30–19.00 *A. Kandus*: Hiperkalemija

#### **Sobota, 31. marca 2001**

9.00–9.30 *J. Lindič*: Metabolna acidoza  
9.30–10.00 *A. Urbančič*: Metabolna alkalozna  
10.00–11.00 *I. Drinovec*: Respiratorna acidoza in alkalozna  
11.00–11.15 odmor

11.15–12.15 *A. Špec Marr*: Mešane motnje acidobaznega ravnotežja  
12.15–13.00 *M. Malovrh*: Motnje v ravnotežju magnezija  
13.00–14.00 Kosilo

14.00–15.00 *M. Benedik*: Motnje v ravnotežju kalcija  
15.00–15.45 *D. Kovač*: Motnje v ravnotežju fosforja  
15.45–16.00 odmor

16.00–17.00 *A. Guček*: Bilanca snovi in topljencev; uravnavanje elektrolitskega vodnega in acidobaznega ravnotežja s peritonealno dializo

17.00–18.00 *J. Buturovič*: Bilanca snovi in topljencev; uravnavanje elektrolitskega vodnega in acidobaznega ravnotežja s hemodializo

Organizacijski in strokovni odbor tečaja:

prof. dr. Aljoša Kandus,

prof. dr. Andrej F. Bren,

prof. dr. Jadranka Buturovič-Ponikvar,

prof. dr. Rafael Ponikvar

Kotizacija: 25.000,00 SIT, nakažite jo na žiro račun ZDBL Slovenije pri APP Ljubljana št.: 50103-678-79323, davčna št.: 265459 s pripisom “Nefrologija 2001”.

Ob začetku tečaja bo izšel Zbornik predavanj v obliki algoritmov s praktičnimi primeri. Zbornik bodo prejeli predavatelji in vsi udeleženci, ki bodo vplačali kotizacijo. Dostopen bo tudi v tajništvu Kliničnega oddelka za nefrologijo.

Prijave: Tajništvo, Kliničnega oddelka za nefrologijo, Zaloška 7, 1525 Ljubljana.

Informacije: ga. Mida Kandus, prof. dr. Jadranka Buturovič Ponikvar, dr. med., Klinični oddelek za nefrologijo, tel.: 01 23 24 973, 23 02 498, faks: 01 43 22 077, e-pošta: jadranka.buturovic@kclj.si

### **Zavod za razvoj paliativne oskrbe**

vljudno vabi na



## JAVNI FORUM O BOLEČINI

**Štišova dvorana (okrogla dvorana), Cankarjev dom, Ljubljana**

**13. februar 2001 ob 17.00**

Izmenjava izkušenj, znanj in mnenj s področja razumevanja bolečine, terapije, celostnega pogleda na bolnika s hudo bolečino in njegovo družino, izobraževanja in načinov ozaveščanja javnosti.

Sodelovali bodo strokovnjaki z različnih področij medicine, zdravstvene nege, socialnega varstva, psihologije, različnih uradov in služb, komplementarne medicine in široka javnost. Vabljeni vsi, ki se ukvarjate z lajšanjem bolečine in predvsem tudi tisti, ki se srečujete z bolečino ob umiranju. Raziskovali bomo vzroke, ki nas ovirajo, da ne moremo bolje podpreti stisk in potreb bolnikov s hudo bolečino ter možnosti za spremembe.

Vabljeni!

Vstop prost.

Dotatne informacije: ga. Amila Adrovič, Zavod za razvoj paliativne oskrbe, Vegova 8, 1000 Ljubljana, tel.: 01 42 56 450.

**Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, g.i.z. in  
Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo**  
organizirata podiplomsko izpopolnjevanje iz balneologije

## MEDICINSKA REHABILITACIJA V SLOVENSkih NARAVNIH ZDRAVILIŠČIH

Terme Čatež  
20.-21. april 2001

### PROGRAM

#### Petek, 20. aprila 2001

9.00–9.15 Uvodni pozdrav in predstavitev načina dela

#### I. Uvodna predavanja

- 9.15–10.00 Kratek pregled zgodovine balneologije (*prim. prof. dr. J. Kraševac, dr. med.*)  
10.00–10.45 Pravila Ooz in zdraviliško zdravljenje (*Ž. Lovrenov, dr. med.*)  
10.45–11.00 Odmor

#### II. Zdravljenje z naravnimi zdravilnimi sredstvi

- 11.00–11.45 Medicinska klimatologija (*M. Vida, univ. dipl. ing. met.*)  
11.45–12.30 Klimatska terapija (*mag. T. Cegnar*)  
12.30–13.15 Mineralne vode (*doc. dr. B. Tepeš, dr. med.*)  
13.15–14.30 Odmor (kosilo)
- 14.30–15.15 Peloidi in njihova uporaba (*M. Kužnar Jugovar, dr. med.*)  
15.15–16.00 Termomineralne vode (*S. Krelj, dr. med.*)  
16.00–16.15 Odmor
- 16.15–17.00 Kneippova terapija (*V. Magajna, dr. med.*)  
17.00–17.45 Talasoterapija (*D. Kozina, dr. med.*)  
17.45–18.00 Odmor
- 18.00–18.45 Zdravljenje z akupunkturo (*J. Hajewska Kosi, dr. med.*)  
18.45–19.30 Zdrava prehrana in dietoterapija (*R. Slivnik, dr. med.*)  
20.00 Skupna večerja

#### Sobota, 21. aprila 2001

#### III. fizikalna medicina in rehabilitacijska medicina

- 9.00–9.45 Elektroterapija, magnetoterapija (*doc. dr. M. Klopčič Spevak*)  
9.45–10.30 Terapija z ultrazvokom (*B. Mihelčič, dr. med.*)  
10.30–10.45 Odmor
- 10.45–11.30 Laserska terapija (*N. Kos, dr. med.*)

- 11.30–12.15 Kineziterapija, delovna terapija (*prof. dr. Č. Marinček, dr. med.*)  
12.15–12.30 Odmor

- 12.30–13.15 Presoterapija (*prim. K. Lipovec, dr. med.*)  
13.15–14.00 Psihoterapija v rehabilitaciji  
(*E. Gošnjak, univ. psih., spec. klin. psih.*)

- 14.00–15.30 Odmor (kosilo)

#### IV. Predstavitev medicinske rehabilitacije v zdraviliščih

- 8.00–9.00 Ogled Term Čatež  
15.30–17.00 Predstavitev vključitve storitev zdravilišč v javno zdravstveno mrežo  
17.00–17.30 Zaključki

Namen izvedbe seminarja je ponovna vzpostavitev kontinuiranega dopolnilnega izobraževanja zdravnikov (zaposlenih v zdraviliščih, osebnih zdravnikov in lečečih zdravnikov različnih specialnosti). Udeleženci izobraževanja bodo pridobili dodatna znanja s področja balneologije, ki jih v sistemu rednega izobraževanja ni mogoče dobiti. Pridobili bodo tudi dodatna znanja s področja fizikalne medicine in rehabilitacijske medicine s predstavitvijo najnovejših spoznanj in dognanj s tega področja.

Kotizacija (skupaj z DDV) znaša 17.850,00 SIT in se lahko do 6. aprila 2001 vplača na žiro račun št.: 50700-601-105945. Kotizacija pokriva strošek udeležbe na izobraževanju in priprave zbornika predavanj. Potrdilo o plačilu kotizacije se skupaj s poimenskim seznamom prijavljenih, z navedbo naslova, telefona in davčne številke podjetja pošlje do 10. aprila 2001 na naslov: Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, g.i.z., Ljubljanska 14, 3000 Celje.

Informacije: mag. Rudi Rumbak, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, g.i.z., Ljubljanska 14, 3000 Celje, tel.: 03 54 42 111, faks: 03 54 42 819, e-pošta: ssnz@siol.net

Rezervacija prenočišč: Terme Čatež, tel.: 07 49 35 000.



**Združenje za endoskopsko kirurgijo Slovenije**

**Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Klinični center Ljubljana**

V sodelovanju z:

**Hrvaško združenje za endoskopsko kirurgijo hrvaškega zdravniškega društva**

**Sekcija operacijskih medicinskih sester Slovenije**

organizirajo

# 6. KONGRES ENDOSKOPSKE KIRUGIJE SLOVENIJE Z MEDNARODNO UDELEŽBO

**Kongresni center Bernardin, Grand Hotel Emona, Portorož**

**22.-24. april 2001**

Pokrovitelj: Ministrstvo za zdravstvo republike Slovenije, Evropsko združenje za endoskopsko kirurgijo

Uradna jezika kongresa sta slovenščina in angleščina.

**VODILNE TEME:**

Abdominalna kirurgija

- Laparoskopna kirurgija akutnega abdomna
- Kolorektalna laparoskopna kirurgija
- Proste teme

Otorinolaringologija

- Minimalna invazivna kirurgija v otorinolaringologiji
- Proste teme

Urologija

- Smeri razvoja laparoskopne kirurgije v urologiji

Nevrokirurgija

- Endoskopska kirurgija v nevrokirurgiji

Toralna kirurgija in pulmologija

- Vloga videotorakoskopske kirurgije v diagnostiki bolezni pljuč, plevre in mediastinuma

Travmatologija in ortopedija

- Endoskopska kirurgija rame in gležnja
- Proste teme

Plastična kirurgija

- Endoskopska estetska kirurgija

Onkološka kirurgija

- Minimalno invazivna onkološka kirurgija

Ginekologija

- Minimalna invazivna kirurgija v uroginekologiji
- Proste teme

Anesteziologija

- Nove učinkovine – izziv za anesteziologijo pri endoskopskih posegih

Kardiovaskularna kirurgija

- Minimalna invazivna kardiovaskularna medicina

Operacijske medicinske sestre

- Kriteriji kakovosti pri endoskopskih operacijah
- Proste teme

Strokovni program kongresa:

- Vabljeni predavanja
- Prispevki udeležencev
- Video predstavitve
- Posterji

Družabni program:

- 22. aprila, sprejem
- 23. aprila, slavnostna večerja

Vabljeni predavatelji: I. Bača, Nemčija, Z. Čala, Hrvaška, W. Feil, Dunaj, J. Keckstein, Avstrija, H. Stammberger, Avstrija, C. Toth, Madžarska, W. Wayand, Avstrija, K. L. Wiechel, Švedska

V času kongresa bo razstava medicinske opreme in zdravil.

Registracija udeležencev: za registracijo prosimo, da izpolnite obrazec in ga pošljete na naslov organizacijske pisarne: H. B. S. d.o.o., C. Dolomitskega odreda 44, 1000 Ljubljana, Slovenija, tel. in faks: + 386 1 5274 555

Mladi zdravniki naj pri registraciji priložijo potrdilo mentorja oziroma vodje oddelka.

Kotizacije ( v SIT)

	Do 20. 1. 2001	Po 20. 1. 2001
Udeleženci SIT	35.000 SIT	39.000 SIT
Mladi zdravniki	15.000 SIT	15.000 SIT
En dan	20.000 SIT	20.000 SIT
Medicinske sestre	25.000 SIT	30.000 SIT
Spremljevalci	17.000 SIT	19.000 SIT
Slavnostna večerja	6.500 SIT	7.500 SIT
Razstavljalci	20.000 SIT	25.000 SIT

Kotizacija za udeležence, sestre, mlade zdravnike in razstavljalce vključuje: udeležbo na vseh kongresnih prireditvah, udeležbo na vseh kongresnih prireditvah, kongresno dokumentacijo, osvežitve med odmori, kosila, knjigo predavanj in izvlečkov, vse družabne prireditve.

Enodnevna kotizacija vključuje: udeležbo na kongresnih prireditvah, kongresno dokumentacijo, osvežitev med odmori, kosilo, knjigo predavanj in izvlečkov.

Kotizacija za spremljevalce vključuje: osvežitve med odmori, kosila, vse družabne prireditve.

Vljudno prosimo vse udeležence, da ves čas kongresa nosijo priponke.

Plačilo kotizacije: kotizacijo v SIT plačate na žiro račun H. B. S. d.o.o., Ljubljana št.: 50100-601-0272266-05-160-2001, s pripisom: za 6. kongres endoskopske kirurgije Slovenije. Na vsakem plačilu naj bo jasno navedeno ime udeleženca.

Plačilo s kreditno kartico bo mogoče tudi pri registraciji na mestu.

Takoj ko bo sprejeta registracija in plačilo, oziroma potrdilo o plačilu, boste prejeli potrdilo o prijavi. V primeru, da bo Vaša prijava prispela po 10. aprilu 2001, potrdila o prijavi ne bomo pošiljali. V vsakem primeru Vas prosimo, da ob prijavi na kongresu predložite potrdilo o plačani kotizaciji.

V primeru, da boste odpovedali udeležbo, morate o tem pisno obvestiti Organizacijsko pisarno kongresa. Kotizacijo bomo povrnili v primeru odpovedi pred **31. marcem 2001**, zmanjšano za administrativne stroške v višini 5.000 SIT. Za odpovedi po tem datumu kotizacije ne bodo vrnjene.

Povzetki in obvestilo o predstavitvi:

- Povzetki so lahko napisani v slovenskem ali angleškem jeziku.
- Napisane povzetke pošljete na disketi skupaj s tiskanim izvidom ali kot pripet dokument (Word for Windows) preko interneta.
- Naslov naj bo napisan z velikimi črkami, dolžina naj ne presega 200 znakov, vključno s presledki. Naslova ne podčrtajte.
- Imena avtorjev naj bodo zapisana z malimi črkami, brez akademskih naslovov. V novi vrsti naj sledi ime in naslov institucije, mesto in država, kjer je bilo delo opravljeno. Ime avtorja, ki bo predstavil delo naj bo podčrtano.
- Vsebina povzetka naj se začne brez zamika. Vsebina naj bo razdeljena na: uvod, delo in metode, rezultati, zaključek.
- Standardne okrajšave so dovoljene, ostale morajo biti pri prvi uporabi v oklepaju.
- Povzetek naj ne bo daljši od 250 besed.

Tajništvo kongresa: Saša Rus, Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Klinični center, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: + 386 (0)1 23 22 282, faks: + 386 (0)1 23 16 096, e-pošta: sasa.rus@kclj.si

Organizacijska pisarna: H. B. S. d.o.o., C. Dolomitskega odreda 44, 1000 Ljubljana, Slovenija, tel. in faks: + 386 1 5274 555, e-pošta: hbs@siol.net

Rezervacija sob in turistične informacije: Hoteli Bernardin, Obala 2, 6320 Portorož, Slovenija, tel.: + 386 (0)5 695 0000, 695 5104, 695 5106, faks: + 386 (0)5 674 6410, e-pošta: hoteli.bernardin@siol.net

**Prof. dr. Miro Denišlič, dr. med.,**

**in**

**prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med.**

organizirata simpozij

## **MOTNJE SPOMINA IN ŽILNI DEJAVNIKI**

**Hotel Emona, Portorož**

**10.-11. maj 2001**

### **PROGRAM**

#### **Petek, 10. maja 2001**

- 15.00 Pozdravne besede  
15.15–15.35 *I. Keber*: Epidemiološki podatki o koronarnih in možgansko-žilnih boleznih  
15.45–16.05 *P. Poredoš*: Povezava srčno-žilnih in možgansko-žilnih boleznih  
16.15–16.45 *E. Tetičkovič, B. Žvan in V. Videčnik*: diagnostični postopki za odkrivanje žilnih sprememb osrednjega živčevja (ekstrakranialno in intrakranialno)

Odmor s kavo

- 17.15–17.45 *I. Skoog*: Vascular dementia  
18.00–18.20 *A. Grad, A. Blinc*: Dejavniki tveganja za možgansko-žilne in srčno-žilne bolezni  
18.30–18.45 *A. Kogoj in sodelavci*: Priporočila zdravljenja nemirnih bolnikov z demenco  
19.00–19.20 *D. Troha, M. Pišljarič, A. Žmitek*: Vpliv psihotropnih zdravil na motnje spomina  
20.30 Slavnostna večerja

#### **Sobota, 11. maja 2001**

- 9.00–9.25 *M. Denišlič, N. Pečarič Meglič, J. Mlakar*: Začetne kognitivne motnje  
9.35–9.50 *Z. Pirtošek*: Motnje vida pri Alzheimerjevi bolezni

Odmor s kavo

- 10.15–11.15 Satelitski simpozij: Preprečevanje žilnih vzrokov za motnje spomina (P. Poredoš)  
*M. Denišlič, A. Grad*: Zdravljenje žilne demence  
Zaključek simpozija (D. B. Vodušek)

Informacije: ga. Špela Soklič, tel.: 01 58 81 276.

**Splošna bolnišnica Maribor**  
**Klinični oddelek za interno medicino Maribor**  
**Zdravniško društvo Maribor**  
**Združenje internistov SZD**  
organizirajo

## **12. SREČANJE INTERNISTOV IN ZDRAVNIKOV SPLOŠNE MEDICINE »IZ PRAKSE ZA PRAKSO« Z MEDNARODNO UDELEŽBO**

**Kazinska dvorana, Slovensko narodno gledališče Maribor, Maribor**  
**11.-12. maj 2001**

### **PROGRAM**

#### **Petek, 11. maja 2001**

- 13.00–14.30 Simpozij (Knoll): Sindrom X – smrtonosni kvartet:  
Sindrom X  
Zdravljenje hipertenzije s fiksnimi kombinacijami  
antihipertenzivnih zdravil (Tarka)  
Celostno uravnavanje telesne teže in Redusil
- 14.45–15.00 Uradna otvoritev 12. srečanja »Iz prakse za prakso«
- 15.00–15.20 Stanojevič Jerkovič O.: Razlike v umrljivosti odraslih  
prebivalcev regije Maribor in preostale Slovenije
- 15.20–15.30 Hajdinjak D.: Ateroskleroza in alkoholne okvare jeter v SMB
- 15.30–16.00 Poredoš P.: Vabljeni predavanje
- 16.00–16.50 Odmor s prigrizkom, individualne razprave
- 16.50–17.10 Vokač D.: Dejavniki tveganja za aterosklerozo
- 17.10–17.30 Lobnik A., Kanič V.: Ateroskleroza in koronarno ožilje
- 17.30–17.50 Kanič V., Lobnik A.: Ateroskleroza in periferno ožilje
- 17.50–18.05 Golob Gulič T., Kotnik M.: Prikaz primera
- 18.05–18.20 Naji F., Nedog V.: Prikaz primera
- 18.20–19.00 Razprava

#### **Sobota, 12. maja 2001**

- 9.00–9.20 Završnik M.: Ateroskleroza in sladkorna bolezen tipa 2
- 9.20–9.35 Zavrtnik A.: Prikaz primera
- 9.35–10.00 Hojs R.: Ateroskleroza pri bolnikih s kronično ledvično  
odpovedjo
- 10.00–10.20 Razprava
- 10.20–10.30 Testna vprašanja
- 10.30–11.00 Odmor
- 11.00–11.30 Krejs GJ (A): Vabljeni predavanje
- 11.30–11.50 Dajčman D., Skalicky M.: Akutni alkoholni hepatitis

- 11.50–12.10 Skok P.: Jetrna ciroza in zapleti
- 12.10–12.30 Pernat C., Markovič A.: Sodobno zdravljenje jetrne ciroze
- 12.30–12.45 Tošovič Z.: Prikaz primera
- 12.45–13.00 Čeranič D., Pocajt M.: Prikaz primera
- 13.00–13.15 Damjan M.: Prikaz primera
- 13.15–13.45 Razprava
- 13.45–13.55 Odgovori na testna vprašanja
- 13.55–14.00 Zaključek

Kotizacija: 12.000,00 SIT do 1. 4. 2001 nato 15.000,00 SIT. Nakažite jo  
na žiro račun št.: 51800-678-81888 z oznako Zdravniško društvo Maribor "Iz  
prakse za prakso".

Informacije: ga. Kodrin, tajništvo Kliničnega oddelka za interno medicino,  
tel.: 02 32 12 871, spletne strani: <http://www.sb-mb.si/seminarji>

**Zasebno  
zobno ordinacijo  
v Ljubljani oddam  
v najem za dobo enega leta.**

**Informacije dobite na  
tel.: 041 744 417.**

## **PRVO OBVESTILO**

**Združenje zdravnikov družinske medicine SZD**

**Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani**

**Institut za varovanje zdravja Republike Slovenije**

organizirajo

# **SREČANJE TIMOV V OSNOVNEM ZDRAVSTVU**

**Velika predavalnica Smelta, Dunajska 160, Ljubljana  
25.-26. maj 2001**

Novosti s področij: otorinolaringologija, onkologija/ ginekologija in ortopedije in praktične učne delavnice

Vsakoletno strokovno srečanje je namenjeno tako zdravnikom v osnovnem zdravstvu kot njihovim najožjim sodelavcem, medicinskim sestram in tehnikom. Namen srečanja je seznaniti se z novostmi na navedenih področjih, poudarek pa bo na sodelovanju specialistov omenjenih strok, zdravnikov družinske medicine ter njihovih sodelavcev. Priznani strokovnjaki nas bodo seznanili z novimi spoznanji, nam omogočili pridobivanje praktičnih znanj in neposredno izmenjavo izkušenj.

V programu za zdravnike smo pripravili naslednje teme:

- **ortopedija:** izvensklepni revmatizem, prikaz bolnika z izvensklepnim revmatizmom, novosti v terapiji obolenj in poškodb sklepov, fizioterapevtsko zdravljenje izvensklepnega revmatizma, nujne napotitve k ortopedu;
- **otorinolaringologija:** povečane vratne bezgavke, boleznj ušes, nosu in grla v ambulanti družinske medicine, hripavost – pogled foniatre, alergijski rinitis, vnetje ušes;

Skupna predavanja bodo verjetno zanimala vse:

- **onkologija/ ginekologija:** mastopatije, pristop družinskega zdravnika k boleznim dojk, nadomestno hormonsko zdravljenje, boleznj dojk kot skupna skrb ginekologa, onkologa in družinskega zdravnika, nefarmakološki pristop k zdravljenju menopavzalnih zdravil
- **splošne teme:** Vpliv strokovnega nadzora s svetovanjem na zagotavljanje kakovosti; vpliv uvedbe licence na izobraževanje zdravnikov.

V programu za medicinske sestre in tehnike smo pripravili:

- predavanje in delavnico z merjenjem krvnega tlaka z zvočno demonstracijo, svetovanje bolniku z metabolno motnjo (dieta pri sladkorni bolezni, higiena prehrane in predstavitev ambulante za hujšanje), golenja razjeda s prikazom nege in uporabe sodobnih prevezilnih materialov, preventiva osteoporoze in vloga medicinskih sester in tehnikov v izobraževanju bolnikov, predstavitev društva za osteoporozo.

Srečanje bomo obogatili še z naslednjimi praktičnimi vajami in prikazi:

- pogovor z ortopedom oz. fiziotrom: ortopedski status, pregled kolena, nujne napotitve – pregled ortopeda;

- pogovor z onkologom in ginekologom: novosti v terapiji karcinomne dojke (varovalne bezgavke, pregled dojk, hormonska terapija – primeri, stranski učinki, interakcije.

Na srečanju želimo predstaviti tudi posterje o delu, izkušnjah in raziskavah v osnovnem zdravstvu. Vabimo avtorje, da nam pošljejo izvlečke za posterje, ki niso nujno vezani na predvidene sklope, naslanjajo pa se na domače raziskave o delu v osnovnem zdravstvu. Izvleček naj bo dolg do 300 besed, lahko je strukturiran po shemi: izhodišča, namen, metode in preiskovanci, rezultati in sklepi. Pri poročilu o primeru (case report) lahko oblika odstopa od te sheme.

Kotizacija bo znašala predvidoma 20.000 SIT za predavanje, (10.000 za vsak dan posebej) in 6.000 SIT za praktične vaje, za medicinske sestre 16.000 SIT, za sekundarije 18.000 SIT in za fizioterapevte 7.000 SIT.

Veselimo se srečanja z vami vsemi, z zdravniki in vašimi medicinskimi sestrami in tehnikami. Prepričani smo, da bo izmenjava izkušenj plodna in druženje prijetno!

Informacije bodo dosegljive tudi na medmrežju [www.drmed.org](http://www.drmed.org) in pri kontaktnih osebah: Danica Rotar Pavlič, tel.: 432 32 45, Nena Kopčavar Guček in Davorina Petek, tel.: 436 81 93.

# Zapisniki IO ZZS

## Zapisnik 20. seje izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije, ki je potekala 30. novembra 2000 v Ljubljani

### 1. točka dnevnega reda: Potrditev zapisnika 19. seje izvršilnega odbora in poročilo o izvršitvi sklepov

Soglasno je bil sprejet sklep št. 166/20/2000: sprejme se naslednji dnevni red:

1. Potrditev zapisnika 19. seje izvršilnega odbora z dne 16. 11. 2000 in poročilo o izvršitvi sklepov
2. Predlogi za pogajanja za splošni dogovor 2001
3. Predlog članov komisij za izvedbo preglednega izpita ob zaključku sekundarijata
4. Predlog kriterijev in pogojev za določitev višine delovne uspešnosti v plači zdravnika (glede na Zakon o zdravniški službi)
5. Spremembi pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov
6. Naročanje ampuliranih zdravil po 01.01.2001
7. Izvedba izrednega strokovnega nadzora
8. Imenovanje občasne komisije za specializacije
9. Celostna grafična podoba Zdravniške zbornice Slovenije
10. Predstavitev ECFMG International Credentials Service
11. Poročilo: "Sestanki UEMO - HARMONIZACIJA splošne medicine v Evropi"
12. Prošnja za finančno pomoč pri izdaji Stomatološkega atlasa
13. Razno

Soglasno je bil sprejet sklep št. 167/20/2000: sprejme se zapisnik 19. seje izvršilnega odbora v predloženi obliki. Sprejme se pisno poročilo o realizaciji sklepov.

### 2. točka dnevnega reda: Predlogi za pogajanja za splošni dogovor 2001

Jani Dornič, dr. med., je predstavil izhodišča pogajalske skupine Zbornice za pogajanja za splošni dogovor 2001. Povedal je, da povprečen zdravnik specialist z 18 let delovne dobe, dela 208 dni na leto brez bolniške odsotnosti ali strokovnega izobraževanja. (1 leto ima 365 dni, 104 dni je sobot in nedelj, 13 dni praznikov in cca. 40 dni dopusta). Z bolniško odsotnostjo in strokovnim izobraževanjem pa 180 dni leto in v tem času opravi celotni program ZZS.

Predsednik Zbornice je dodal, da bi se pogajanja morala že pričeti, a so bila prestavljena. V ponedeljek je bil sestanek z ZZS kjer smo predlagali, da se financira sistem storitev in ne zmogljivosti. Žal nam manjka informacijska podpora, da bi to lahko uveljavili.

Prof. dr. Matija Horvat, dr. med., je menil, da se Klinični center izredno slabo pogaja z ZZS, saj vsako leto zmanjka denarja za nujno potrebna sredstva.

Prim. Andrej Možina, dr. med., je povedal, da se je ZZS pred letom odločila uvesti glavarinski sistem v ginekologiji, kar bi pomenilo, da bi na vsakega ginekologa prišlo 7.000 opredeljenih žensk. Problem je v tem, da le 50 odstotkov žensk hodi na preglede. Kazalci kakovosti

so slabi. Včeraj je komisija testni model kategorično zavrnila. Žal alternative ni, stroka je enotna. Možno je, da se pravice zmanjšajo za 2 odstotka, kar pomeni, da bodo ženske lahko hodile na preventivne preglede vsaka 3 leta. Čisto jasnega stališča ginekologov pa še ni.

Predsednik Zbornice je menil, da bi stroka morala predlagati Ministrstvu za zdravstvo, kaj naj postavi za prioriteto, ministrstvo pa naj potem napiše nova pravila, kaj naj vsebuje preventivni program.

Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med. je podala sledeče pripombe in predloge k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2001:

**a.)** 4. člen, 1. točka, drugi odstavek se po novem glasi: izvajalci bodo preventivni program za otroke, šolsko mladino in odrasle načrtovali ločeno od kurativnega programa (obseg programa in finančna sredstva) in sicer po kriterijih iz področnega dogovora za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost.

**b.)** 4. člen, 13. točka: se v celoti črta.

**c.)** 9. člen, za zadnjim stavkom se doda vejica ter besedilo: korigiranih za vrednost iz aneksov št. 2 in 3.

Predsednik Zbornice je bil mnenja, da bi bilo potrebno počakati na odziv novega ministra za zdravstvo in ne secirati predloženega besedila. Dodal je, da potrebujemo najprej konsenz znotraj naših lobijev.

Prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., je menil, da ne bi smeli prepuščati razsojanja o strokovnih zadevah ZZS.

Predsednik Zbornice je odvrnil, da se tega problema zaveda, a na izvajalski strani ni nikogar, ki bi lahko zagotovil pogoje za povečanje storitev.

Na koncu so se prisotni strinjali, da bi moralo biti prelivanje programa med posameznimi strokami možno.

Soglasno je bil sprejet sklep št. 168/20/2000: izvršilni odbor se strinja z predloženimi predlogi za pogajanja za splošni dogovor 2001. V predloženo besedilo se vključijo še predlogi asist. Gordane Živčec Kalan, dr. med. Kar zadeva prelivanje storitev se skuša do pogajanj uvesti varovalko, da s tem razpolagajo izvajalci.

### 3. točka dnevnega reda: Predlog članov komisij za izvedbo preglednega izpita ob zaključku sekundarijata

Soglasno je bil sprejet sklep št. 169/20/2000: izvršilni odbor imenuje člane komisij za izvedbo preglednega izpita ob zaključku sekundarijata v naslednji sestavi:

datum, enota	število kandidatov	področje	ime in priimek
04.12.2000 Ljubljana	3	kirurgija	doc.dr. Martin Tonin, dr. med.
		interna medicina	spec.akad.st. Andrej Bručan, dr. med.
		ginekologija	prof.dr. Stelio Rakar, dr. med.
05.12.2000 Ljubljana	3	kirurgija	prof.dr. Vladislav Pegan, dr. med.
		interna medicina	mag. Tanja Čufer, dr. med.
		psihiatrija	doc.dr. Vukoslav Žvan, dr. med.
06.12.2000 Ljubljana	2	interna medicina	prim.asist. Martin Možina, dr. med.
		kirurgija	doc.dr. Jurij Lindtner, dr. med.
		psihiatrija	prim.dr. Jože Darovec, dr. med.
07.12.2000 Ljubljana	3	kirurgija	prof.dr. Bojan Tršinar, dr. med.
		interna medicina	spec.akad.st. Andrej Bručan, dr. med.
		pediatrija	doc.dr. Janez Primožič, dr. med.

#### 4. točka dnevnega reda: Predlog kriterijev in pogojev za določitev višine delovne uspešnosti v plači zdravnika

Prisotni so se strinjali, da negativna delovna uspešnost ne pride v poštev.

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 170/20/2000:* oblikuje se razširjena projektna skupina, ki bo uskladila stališča Zbornice in Fidesa v sestavi: dosedanja projektna skupina, predsednik ZZS ter predsednik Fidesa, ki po potrebi imenuje dodatne člane.

Imenovana skupina bo najkasneje do konca februarja 2001 pripravila usklajen pravilnik ter ga posredovala v potrditev izvršilnemu odboru Zbornice.

#### 5. točka dnevnega reda: Spremembi pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 171/20/2000:* izvršilni odbor sprejme predlog sprememb pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov, kot je naveden v prilogi. Navedeni predlog se predloži v potrditev še skupščinskemu svetu. V kolikor bo mogoče se ga predloži v sprejem skupščini Zbornice na naslednji seji.

#### 6. točka dnevnega reda: Naročanje ampuliranih zdravil po 01. 01. 2001

Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., je povedala, da je predloženo gradivo pripravil dr. Šuta in poudarila, da marža lekarne dvigne ceno celotnega zdravljenja.

Dean Klančič, dr. med., je dodal, da po novem zakonu veleprodajec lahko prodaja le neposredno lekarnam, izjema pa so bolnišnične lekarne.

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 172/20/2000:* izvršilni odbor meni, da se morajo kot izjeme, ki smejo kupovati pri grosistih opredeliti tudi zdravstveni domovi in zasebni izvajalci. Pravna služba pripravi predlog spremembe Zakona o zdravilih, ki se predloži Ministrstvu za zdravstvo.

#### 7. točka dnevnega reda: Izvedba izrednega strokovnega nadzora

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 173/20/2000:* na zahtevo KOTO d.d., Ljubljana, se v zadevi pacienta Igorja Smoliča izvede izredni strokovni nadzor s svetovanjem pri Tihomirju Odorčiču, dr. med., zasebniku iz Kočevja z nadzorno komisijo v sestavi: Darinka Grmek Štrukelj, dr. med., in Mihael Demšar, dr. med.

#### 8. točka dnevnega reda: Imenovanje občasne komisije za specializacije

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 174/20/2000:* predsednik odbora za zobozdravstvo prof. dr. Franc Farčnik, dr. stom., lahko imenuje občasno komisijo za specializacije.

#### 9. točka dnevnega reda: Celostna grafična podoba Zdravniške zbornice Slovenije

Predsednik Zbornice je podal mnenje mag. Frasa (ki je že zapustil sejo), s katerim se v celoti strinja. Predloženi logotipi so sprejemljivi za kartice, ne pa za zaščitni znak in dopise Zbornice.

Večina prisotnih se je strinjala, da predloženi logotip znaka ZZS ni ustrezen.

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 175/20/2000:* do naslednje seje izvršilnega odbora se pripravi nove predloge loga ZZS. Za izdajo co-brand kartice se pridobi še druge ponudbe in se jih predstavi na na-

slednji seji IO.

#### 10. točka dnevnega reda: Predstavitev ECFMG International Credentials Service

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 176/20/2000:* izvršilni odbor soglaša s prigrisativjo Zdravniške zbornice Slovenije kot institucije za verifikacijo podiplomskega izobraževanja v Sloveniji.

#### 11. točka dnevnega reda: Poročilo: "Sestanki UEMO - HARMONIZACIJA splošne medicine v Evropi

Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., je predstavila poročilo o sestankih UEMO-HARMONIZACIJA ter poudarila, da je Matejo Bulc, dr. med., doletela velika čast in je bila izbrana za podpredsednico UEMA.

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 177/20/2000:* izvršilni odbor se seznanil s poročilom asist. Gordane Živčec Kalan, dr. med., o sestankih UEMO-harmonizacija splošne medicine v Evropi.

#### 12. točka dnevnega reda: Prošnja za finančno pomoč pri izdaji Stomatološkega atlasa

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 178/20/2000:* izvršilni odbor odobri prošnjo KC Ljubljana, prof. dr. Gašpersiča in finančno podpre izdajo Stomatološkega atlasa. Odbor za zobozdravstvo skupaj s predsednikom odbora za socialno-ekonomska vprašanja preveri v kakšni obliki in višini naj bi pomoč bila.

#### 13. točka dnevnega reda: Razno

a) Predlog kandidatov za ekspertni odbor Sveta Evrope

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 179/20/2000:* "za kandidata za ekspertni odbor Sveta Evrope za organizacijo paliativnega varstva (SP-OSP) se predlaga prim. Andreja Možino, dr. med., za ekspertni odbor Sveta Evrope za vpliv informacijskih tehnologij na zdravstveno varstvo - bolnik in internet (SP-IMP/TECH) pa Braneta Dobnikarja, univ. dipl. prav."

b) Imenovanje nadomestnega člana nadzorne komisije

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 180/20/2000:* imenovanje prof. dr. Aljoša Kandusa, dr. med., za nadomestnega člana nadzorne komisije za izvedbo ekspertnega nadzora z mnenjem v zadevi Marjana Močivnika, dr. med., Nefrodial, d.o.o., Zreče, ko bo v petek 08. 12. 2000 ob 10.00 uri.

c) Imenovanje in razrešitev članov OSM

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 181/20/2000:* izvršilni odbor podpre odločitev Odbora za strokovno medicinska vprašanja, da se z mesta člana Odbora za strokovno medicinska vprašanja razreši prof. dr. Nenada Funduka, dr. stom., in prof. dr. Aleksandro Markovič, dr. med., za člana odbora za strokovno medicinska vprašanja pa se imenuje prim. doc. dr. Radovana Starca, dr. med., in prim. asist. Mirana Koželja, dr. med.

Razrešitev in imenovanje zgoraj navedenih zdravnikov se predloži skupščini na naslednji seji.

d) Odgovor na članek "Spremenjene pristojnosti za mojstre očesne optike"

Doc. dr. Marko Hawlina, dr. med., je predstavil članek, ki je bil objavljen v reviji obrtnik in je zavajajoč v delu, ki se nanaša na pri-

stojnosti mojstrov očesne optike. Predlagal je, da izvršilni odbor Zbornice potrdi predloženi odgovor na članek, ki je bil podan kot priloga k točki dnevnega reda.

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 182/20/2000:* a) izvršilni odbor se strinja, da se predloženi odgovor na članek "Spremenjene pristojnosti za mojstre očesne optike", ki je bil objavljen v reviji Obrtnik, objavi v navedeni reviji kot odgovor in mnenje Zdravniške zbornice Slovenije;

b) preveri se, ali ZZZS namerava upoštevati naročilo optika kot pravico iz obveznega zdravstvenega zavarovanja;

c) preveri se pravna podlaga, na katero se sklicuje Obrtniška zbornica Slovenije.

d) plačilo računov za reševalni prevoz

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 183/20/2000:* Antonu Krstanoviču, dr. med., se odobri pačilo računov za reševalni prevoz v višini 200.000,00 SIT.

e) častni znak svobode

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 184/20/2000:* izvršilni odbor se strinja, da se na podlagi podane obrazložitve (priloga) za državniško odlikovanje - častni znak svobode - predlaga Antona Žunterja, dr. med., splošnega zdravnika (zasebnika s koncesijo) v Lučah.

f) medicinska dokumentacija

Prim. Andrej Možina, dr. med., je menil, da je za skupno akcijo z ZZZS že prepozno.

Prof. dr. Matija Horvat, dr. med., je dejal, da je potrebno od nadzornih zdravnikov zahtevati veljavno licenco.

Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., se je pridružila mnenju dr. Možine, saj je strokovni nadzor Zbornice nekaj popolnoma drugega kot finančni nadzor ZZZS.

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 185/20/2000:* prof. dr. Vladislav Pegan, dr. med., pridobi mnenje odbora za strokovno medicinska vprašanja za ureditev soglasja zavarovanca oz. pacienta za vpogled v medicinsko dokumentacijo za potrebe strokovnega nadzora Zbornice. Možni so trije načini pridobitve soglasja:

1. pridobitev soglasja pacienta na posebnem obrazcu pred vsakim strokovnim nadzorom;

2. pridobitev soglasja vsakega pacienta ob prvem stiku z zdravnikom;

3. pridobitev soglasja pacienta na posebnem obrazcu, ki bo skupen za nadzore ZZZS in Zbornice.

g) prošnja ministrstva za zdravstvo RS

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 186/20/2000:* "Izvršilni odbor odobri vlogo Ministrstva za zdravstvo RS in prispeva 100.000,00 SIT za slavnostno prireditev ob podelitvi naziva primarij." ■

*Zapisala: Tina Šapec*

## Zapisnik 21. seje izvršilnega odbora Zdravniške zbornice Slovenije, ki je potekala 7. decembra 2000 v Ljubljani

### 1. točka dnevnega reda: Potrditev zapisnika 20. seje izvršilnega odbora in poročilo o izvrstitvi sklepov

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 187/21/2000:* sprejme se naslednji razširjen dnevni red:

1. Potrditev zapisnika 20. seje izvršilnega odbora z dne 30. 11. 2000 in poročilo o izvrstitvi sklepov
2. Mreža zdravniških delovnih mest
3. Predlog aneksa št. 4 k splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2000
4. Stališče Zbornice do uvedbe glavarinskega sistema v ginekologiji

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 188/21/2000:* sprejme se zapisnik 20. seje izvršilnega odbora v s sledečimi dopolnitvami:

Pri drugi točki dnevnega reda se za pripombo oziroma predlogom c). asist. Gordane Živčec Kalan, dr. med., doda še točka

d) 47. člen - črta se drugi odstavek.

e) V 48. členu se črta vse kazni. Lahko se ne priznajo storitve, nikakor pa nepravilnosti ne morejo biti sankcionirane na način kot sedaj.

f) upoštevati, da ima dan 24 ur in jih toliko tudi plačati.

Pripomnila je tudi, da je v 10. členu - socialnovarstveni zavodi: premestitev bolnika od doma v socialno zdravstveni zavod dejansko širitev pravic, ker je iz glavarine 1.700 (družinski zdravnik) premeščen na glavarino 330 (zavod).

Želela je tudi, da se v 16. členu, vključni še plačilo za glavne mentorje (individualna pogodba), saj sredstva, ki so sedaj v kolektivni pogodbi niso stimulatívna in se lahko namenijo le neposrednim mentorjem, a ji je predsednik Zbornice razložil, da zaenkrat to ni mogoče, saj še vedno veljajo določila KPZZ.

### 2. točka dnevnega reda: Mreža zdravniških delovnih mest

Asist. Tit Albreht, dr. med., je uvodoma povedal, da je z mag. Zlatkom Frasom, dr. med., obiskal Nizozemsko, kjer sta med drugim, izvedela tudi nekaj več o financiranju specializacij. Pri svojih izračunih je vzel za podlago za izračun kadra časovne normative. Uporabil je tudi različne korektive, problem pri nas pa je, ker kalkulacije izhajajo iz posamične ordinacije.

Mag. Zlatko Fras, dr. med., je dodal, da imajo na Nizozemskem drugačne razmere kot pri nas, čeprav tudi njih pesti pomanjkanje zdravnikov, a so že povečali vpis na fakulteto. Mreža zdravniških delovnih mest v terciarnih ustanovah je precej drugačna kot pri nas. Dobro bi bilo, če bi tudi pri nas ločili plačevanje zdravnikov in bolnišnične stroške. Na Nizozemskem je bolnišnica plačana za negovalni in storitveni del, zdravnik pa za svoje delo.

Predsednik Zbornice je menil da se bo s širitvijo EU, zlasti na račun Poljske, število zdravnikov povečalo, predvsem zaradi velikih ekonomskih razlik med državami. Svobodni specialisti na Nizozemskem so imeli težave s tujci v začetku 90. let, a so jih že rešili. Imajo odličan sistem, ki omogoča transparentnost. Odbor za bolnišnično zdravstvo se bo v prihodnje posvetil tudi vprašanju odnosa med

zdravnikom in bolnišnico, ne dela pa si iluzij, da bi nam že v tem mandatu uspelo uvesti svobodne specialiste.

Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., je povedala, da je bila na seji komisije Franceta Cukjatija, dr. med., ko je bil še državni sekretar, a so njegovi podatki malce drugačni od podatkov asist. Albrehta. Žal jih ni mogla posredovati Zbornici, saj je bilo dogovorjeno, da so zaenkrat še skrivnost.

Predsednik Zbornice je dodal, da je podlaga za naš projekt v Zakonu o zdravniški službi, zato tudi zbiramo vse podatke in smo precej uspešni.

Asist. Tit Albreht, dr. med., je opozoril, da je predloženo gradivo le posnetek stanja in ne potreb. Predlagal je, da bi se kolegiji Zbornice lotili posameznih tem, ki zadevajo potrebo po specialistih. Za osnovno zdravstvo in zobozdravstvo je že čas. Povedal je, da bodo do praznikov pripravljene tudi tabele za druge regije, dopolnjene s podatki o prebivalstvu in potrebah po zdravnikih.

Igor Praznik, dr. med., je menil, da je najpomembnejše, kako stvari predvideva plan zdravstvenega varstva.

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 189/21/2000:*

1. Potrdi se trenutni pregled zdravniških delovnih mest za področje ambulantnega dela v osnovnem zdravstvu.

2. Do novoletnih praznikov se pripravi še tabele za druge regije, dopolnjene s podatki o prebivalstvu in "živih" zdravnikih.

3. Do konca januarja 2001 se pripravi še posnetek stanja za specialiste in bolnišnično dejavnost.

4. Nika Sokolič, univ. dipl. ekon., preveri pri vseh kolegijih Zbornice, kaj je bilo narejenega na področju mreže in podatke posreduje asist. Albrehtu.

### 3. točka dnevnega reda: Predlog aneksa št. 4 k splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2000

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 190/21/2000:* izvršilni odbor potrди predlog aneksa št. 4 k splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2000.

### 4. točka dnevnega reda: Stališče Zbornice do uvedbe glavarinskega sistema v ginekologiji

Uvodoma je prim. Andrej Možina, dr. med., predstavil problematiko glavarinskega sistema ZZZS. Povedal je, da bi sprejem tega načina ogrozil varno delo zdravnika in dodal, da sam podpira konsenz, sicer pa bo Zbornica podpirala stališče kolegov s primarnega nivoja in stroke.

Polona Jerman Kačič, dr. med., je poudarila, da ZZZS ni upoštevala normativov stroke in tako je bil glavarinski sistem uveden brez soglasja ginekologov. Pomembno je vedeti, da se vse ženske nikoli ne bodo opredelile za ginekologa, zato ne moremo opredeliti mase žensk. V Sloveniji manjka kar 70 odstotkov ginekologov, kar pomeni, da mora zato nekdo prevzeti moralno in pravno odgovornost. Obenem se tudi sredstva razporeja nepravilno, ne glede na obseg in kakovost dela. Velike razlike so med mestom Ljubljano in periferijo, tako v zdravnikih kot opremljenosti ambulant. Sistem so spremljali 4 mesece in ugotovili da ni sprejemljiv, saj jih med drugim sili h kopičenju pacientk, tako da ženskam ne bi mogli zagotoviti pravic iz obveznega zdravstvenega varstva, nedvomno pa bi se slabšala tudi strokovnost. Zavarovalnica je ta sistem uvedla zaradi poenotenja zdravniških storitev na primarnem nivoju. Povedala je, da je prim. Možina predlagal podaljšanje štirimesečnega testnega obdobja, a je

skupina s prof. Rakarjem na čelu predlog odklonila, saj ne bi imelo nobenega smisla.

Predsednik Zbornice je povedal, da Zbornica ne more zastopati drugačnega stališča kot njeno članstvo, a brez argumentov ne moremo iti v pogajanja z ZZZS. Gotovo se ne bomo strinjali z uvedbo glavarinskega sistema, ker določene stvari niso bile narejene kot je treba in brez upoštevanja stroke, menil pa je, da se v prihodnje lahko pogovarjamo z ZZZS pod pogojem, da bodo stvari pripravljene tako, kot je treba.

Prim. Anton Židanik, dr. med., je menil, da je 4.000 opredeljenih žensk na ginekologa optimalno število. Če bo število žensk večje, bo strokovnost manjša. Sprejemljivo je le povečati število ginekologov ali del storitev prenesti na splošne zdravnike.

Predsednik Zbornice je dodal, da so tudi navodila Ministrstva za zdravstvo RS za preventivo že zastarela.

Prim. Andrej Možina, dr. med., je zaključil z ugotovitvijo, da se je cela zgodba začela že pred dvema letoma. Kolegiji in RKS so se vključili v reševanje težav z obračunom storitev ZZZS, a žal vsa stališča, na vseh nivojih stroke, niso prepričala ZZZS. Višek vsega je, da vsiljujejo kvoto 6.000 do 7.000 žensk na ginekologa. Poseganje ZZZS v stroko je nedopustno, a ta problem je potrebno rešiti. Če zavrneemo podaljšanje testnega obdobja moramo imeti nov, boljši predlog.

Mogoče bi bilo uvesti preventivne preglede žensk na vsaka 3 leta, trajati pa bi morali 15 minut.

*Soglasno je bil sprejet sklep št. 191/21/2000:* kolegij za ginekologijo in porodništvo pri Zdravniški zbornici Slovenije naj pripravi pisni predlog oziroma dokončno usklajeno stališče za sprejem na naslednji seji izvršilnega odbora Zbornice. Pri tem naj utemelji razloge za zavrnitev uvedbe novega glavarinskega sistema in poda alternativni predlog za rešitev načina plačevanja storitev v ginekologiji. ■

Zapisa: Tina Šapec

**Zdravnik splošne medicine,  
izkušen in usmerjen v kakovost,  
išče novo delovno okolje  
kot nadomestni.  
Pozneje mogoča asociacija.**

**Informacije:  
041 693 759.**



## Glavni mentorji za specializacijo iz pediatrije

Prof. dr. **Ciril Kržišnik**, dr. med.,  
višji svetnik, pediatrija, Klinični center Ljubljana

Prof. dr. **Rajko Kenda**, dr. med.,  
svetnik, pediatrija, Klinični center Ljubljana

Prof. dr. **David Neubauer**, dr. med.,  
svetnik, pediatrija, Klinični center Ljubljana

Prof. dr. **Meta Derganc**, dr. med.,  
pediatrija, Klinični center Ljubljana

Doc. dr. **Janez Primožič**, dr. med.,  
svetnik, pediatrija, Klinični center Ljubljana

Prim. **Marijana Kuhar**, dr. med.,  
pediatrija, Klinični center Ljubljana

Prim. **Gordana Logar Car**, dr. med.,  
pediatrija, Klinični center Ljubljana

Prim. **Marjeta Sedmak**, dr. med.,  
pediatrija, Klinični center Ljubljana

Dr. sci. **Vasilija Maček**, dr. med.,  
pediatrija, Klinični center Ljubljana

Dr. sci. **Borut Bratanič**, dr. med.,  
pediatrija, Klinični center Ljubljana

Doc. dr. **Tadej Battelino**, dr. med.,  
pediatrija, Klinični center Ljubljana

**Silvo Kopriva**, dr. med., pediatrija, Klinični center Ljubljana

Asist. **Tomaž Podnar**, dr. med.,  
pediatrija, Klinični center Ljubljana

Prim. **Neža Župančič**, dr. med.,  
pediatrija, Klinični center Ljubljana

Prim. **Majda Benedik Dolničar**, dr. med.,  
pediatrija, Klinični center Ljubljana

Prim. mag. **Mojca Avguštin Čavić**, dr. med.,  
pediatrija, Klinični center Ljubljana

Prim. **Marjeta Novosel Sever**, dr. med.,  
pediatrija, Klinični center Ljubljana

Prim. **Vesna Glavnik**, dr. med.,  
pediatrija, Klinični center Ljubljana

Asist. mag. **Polona Bracar Štrukelj**, dr. med.,  
šolska medicina, Inštitut za varovanje zdravja RS

**Silvana Žnidaršič Šajn**, dr. med.,  
pediatrija, Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna

**Stanislava Zorc**, dr. med.,  
pediatrija, Splošna bolnišnica Brežice

**Ana Meštrovič**, dr. med.,  
pediatrija, Splošna bolnišnica Celje

Mag. **Lidija Vučajnk**, dr. med.,  
pediatrija, Splošna bolnišnica Celje

**Marija Božič**, dr. med.,  
pediatrija, Splošna bolnišnica Celje

**Aca Mladenović**, dr. med.,  
pediatrija, Splošna bolnišnica Celje

**Dušan Kolarič**, dr. med.,  
pediatrija, Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča, Ptuj

**Lucija Odlasek Kunstelj**, dr. med.,  
pediatrija, Splošna bolnišnica Jesenice

**Majda Rous Medvešček**, dr. med.,  
pediatrija, Splošna bolnišnica Jesenice

**Boris Tancar**, dr. med., pediatrija, Splošna bolnišnica Jesenice

Prim. doc. dr. **Alojz Gregorič**, dr. med., svetnik,  
pediatrija, Splošna bolnišnica Maribor

Prim. prof. dr. **Dušanka Mičetič Turk**, dr. med.,  
pediatrija, Splošna bolnišnica Maribor

Prim. **Brigita Lobnik Krunič**, dr. med.,  
pediatrija, Splošna bolnišnica Maribor

Mag. **Milojka Molan Štiglic**, dr. med.,  
pediatrija, Splošna bolnišnica Maribor

Prim. **Zlatan Turčin**, dr. med.,  
pediatrija, Splošna bolnišnica Maribor

Prim. **Silva Burja**, dr. med.,  
pediatrija, Splošna bolnišnica Maribor

**Olga Krajnc**, dr. med.,  
pediatrija, Splošna bolnišnica Maribor

Prim. **Aleksander Brunčko**, dr. med.,  
pediatrija, Splošna bolnišnica Maribor

**Miroslav Tobias**, dr. med.,  
pediatrija, Splošna bolnišnica Murska Sobota

**Ivana Norčič**, dr. med.,  
pediatrija, Splošna bolnišnica Murska Sobota

**Jožefa Kocijančič**, dr. med.,  
pediatrija, Splošna bolnišnica Murska Sobota

**Leonida Kous**, dr. med.,  
pediatrija, Splošna bolnišnica Murska Sobota

Prim. **Hilda Veličkov Šavrič**, dr. med.,  
pediatrija, Splošna bolnišnica Nova Gorica

**Dana Košiček**, dr. med.,  
pediatrija, Splošna bolnišnica Nova Gorica

**Zora Weilguny**, dr. med.,  
pediatrija, Splošna bolnišnica Nova Gorica

Prim. **Milan Strojjan**, dr. med.,  
pediatrija, Splošna bolnišnica Novo mesto

**Milan Špegelj**, dr. med.,  
pediatrija, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec

Mag. **Magda Lušič**, dr. med.,  
pediatrija, Splošna bolnišnica Trbovlje

Mag. **Nenad Terzić**, dr. med.,  
pediatrija, Splošna bolnišnica Trbovlje

**Zdenko Uranič**, dr. med.,  
pediatrija, Splošna bolnišnica Trbovlje

**Nada Saje Hribar**, dr. med.,  
pediatrija, ZD Ljubljana Šiška

# Novoletno pismo mojemu ministru

*Dragi Dušan,*

Ko berem in poslušam tvoje misli, močno upam, da se v našem zdravstvu vendarle nekaj premika. Naj mi bo dovoljeno, da ti med obilico novoletne "prazne" pošte natresem nekaj konkretnih misli. Vesel bom, če bo kakšna od idej padla na plodna tla.

Zelo na mestu je, da govoriš o Ministrstvu za zdravje in da poudarjaš pomen preventive. Delitev na tiste, ki dajejo prednost preventivi, in tiste, ki smo globoko v kurativni medicini, je seveda hudo umetna: preventivci in terapevti smo na isti barki... Kako vesel bi bil, če bi se pri mojem ožjem področju - pljučnem raku - krivulja incidence obrnila navzdol! Ko v javnosti poudarjamo pomen preventive, pa vendarle ne moremo pričakovati hitrih učinkov. Pri vseh kroničnih boleznih bo od uspešne, v preventivo usmerjene kampanje do zmanjšanja obolevanja minilo deset ali več let. To dobro dejstvo ponavljam zato, ker je tvoj nastop v Odmevih izzvenel nekoliko naivno: s popusti na premijo prostovoljnega zavarovanja naj bi spodbudili ljudi k zdravemu načinu življenja in s tem prihranili denar za zdravljenje kroničnih bolezni, ki so posledica kajenja, alkohola, nezdrave prehrane, debelosti ali cestnega dirkaštva.

Prepričan sem, da sam dobro veš za številne ovire na poti do tega, v preventivo usmerjenega zdravstvenega zavarovanja. Kako naj definiramo skupine ljudi z večjim ali manjšim tveganjem? Je debelost znak nemarnega odnosa posameznika do svojega telesa ali pa bolezen, morda na dedni osnovi? Kako naj opredelimo alkoholike? Kako naj se izkažem, da sem telesno dovolj dejaven? Je smučanje z zdravstvenega stališča dobro ali gre za dejavnost z velikim tveganjem za poškodbo? Koliko časa naj traja abstinenca od alkohola ali cigaret, da bom upravičen do popusta in kdo me bo nadziral, da nisem razvadi spet podlegel? Kako naj v preventivo usmerjeni ukrepi dosežejo tiste, ki so preventive najbolj potrebni, tiste s socialnega roba, ki ne plačujejo prostovoljnega zavarovanja?

Naj bo ideja o povezavi zdravega načina življenja in premije zdravstvenega zavarovanja še tako vabljiva, pri njenem uresničevanju bo kar nekaj težav. Dokler jih dobro ne premislimo, bi svetoval malo zadržanosti. Morda za zdaj ni tako slabo, če bi še v večji meri posegli po že znanih ukrepih: obdavčenje za alkohol in cigarete je preprosto in finančno učinkovit način za zmanjšanje razvade (zlasti pri mladih), tako zbran denar pa bi se moral v veliki meri usmeriti v zdravstvo. Ne podcenjujmo tudi tega, kar si v zadnjih letih sam zelo dobro počel: redno nastopanje zdravnikov v časopisih in drugih medijih. Ljudje to radi berejo in vsaj nekaj nasvetov se jih zanesljivo prime. Ne nazadnje: zdravniki s svojo živo izkušnjo bi morali stopiti v šolo. Mar ne bi bilo prav, da ob parameciju in življenjskem krogu velikega metljaja osnovnošolcem povemo tudi nekaj o boleznih srca ali raku?

Kar sem zapisal glede preventive kroničnih bolezni, pa seveda ne velja za poškodbe v prometu in na delovnem mestu. Z drugačnim pogledom na to področje bi lahko že v kratkem času napravili veliko, tako za preventivo kot tudi za bistveno razbremenitev zdravstvene zavarovalnice. Nobenega razloga ne vidim, da ne bi za zdravljenje in rehabilitacijo poškodovancev zdravstvena zavarovalnica izterjala denarja od prometne zavarovalnice ali od podjetja, kjer se je

delavec poškodoval. Tako prenesemo odgovornost in finančno breme tja, kjer je moč učinkovito ukrepati. Podjetja naj se odločijo za eno od treh možnosti: za nepredvidljivo plačevanje odškodnin in stroškov zdravljenja, za zavarovanje za primer nesreče pri delu pri zavarovalnici ali pa za vlaganje v varnejšo proizvodnjo in v ustrezno izobraževanje delavcev. Prometna zavarovalnica, ki bi ji zahtevki zdravstvene zavarovalnice bistveno zvišali odhodke, bo morala prav tako premisliti svojo poslovno politiko. Preprosto linearno zviševanje premij zavarovanja bo težko uresničljivo, saj bo za mnoge voznike to postalo predrago. Domnevam, da bi se prometna zavarovalnica odločila za posebne popuste za voznike, ki se bodo prostovoljno zavezali k varni vožnji. Kako si to predstavljam? Da dobim popust, mi v zavarovalni pogodbi v podpis ponudijo določilo, da s svojim premoženjem (osebni dohodek, avtomobil, stanovanje, hiša) jamčim za izplačilo škode, če sem z visoko tvegano vožnjo (alkohol, hitrost, prehitevanje čez polno črto) povzročil nesrečo. Po taki pogodbi bi zavarovalnica krila le stroške pravih nesreč, ne pa tudi stroškov objestnosti na cestah. Pa pustiva podrobnosti, ki ne sodijo v našino področje. Bistveno je dvoje: manj ranjenih in mrtvih na cestah ter finančna razbremenitev zdravstvene zavarovalnice.

Še en konkreten predlog imam za manjšo obremenitev zdravstvene zavarovalnice. Prepričan sem, da bi za zmanjšanje stroškov zelo veliko lahko napravili zavarovanci sami, če bi seveda imeli finančni interes, da varčujejo s stroški s svoje police. Da bi to dosegli, bi morali preurediti sistem dopolnilnega zavarovanja: to zavarovanje naj bi krilo stroške za tiste zdravstvene storitve, ki niso zajete v obveznem zavarovanju, ne pa tudi participacije k stroškom, ki jih sicer krije redno zavarovanje. Ponovno bi torej uvedli obvezno participacijo, vendar v drugačni obliki, kot smo jo poznali pred leti. Namesto da vsakič zavarovancu poberemo par sto tolarjev participacije, naj bi (preko zdravstvene kartice) beležili vse stroške na konkretno polico. Ob koncu leta bi zavarovanec prejel obvestilo s seštevkom stroškov, ta seštevke (v celoti ali v določenem odstotku) pa bi prištel k dohodnini in nato plačal letni davek. Tak sistem bi imel vgrajeno socialno varovalko (tisti z nižjimi dohodki bi za zdravstvene stroške prispevali manj) in bi imel močan vzgojni učinek, zanesljivo boljši kot ob pobiranju drobiža na okencih lekarn in zdravstvenih zavodov. Prepričan sem, da bi imeli pri takem sistemu zavarovanci interes, da zdravil ne kopicijo na zalogo, da se ne vozijo po nepotrebem z reševalnim avtomobilom in da ne ležijo brez potrebe v bolnišnici. Oba veva za velike rezerve, ki bi jih lahko izkoristili, ne da bi prizadeli zdravstveno oskrbo.

Lani spomladi sem med prvimi pisal o potrebi, da dobimo varuha bolnikovih pravic in vesel sem, da si ga postavil v svoj program. O tej temi le par stavkov. Pomembno je, da varuh bolnikovih pravic spore razrešuje in tudi preprečuje. Zaupati mu morajo prizadeti bolniki in njihovi svojci, pa tudi zdravniki in drugo zdravstveno osebje. Dobro premisli, koga boš predlagal na ta položaj, da ne bo varuh bolnikovih pravic sporov še zaostroval. Varuh naj ne bo prva postaja do sodišča!

V zadnjih tednih nam pogosto očitajo, da smo zdravniki krivi za nesorazmerja plač v javnem sektorju in pri tem le redko omenjajo

poslance ali sodnike, ki so si tiho, brez hrupa že pred nami določili večje plače. Če nas že drugi delajo krive, pa vsaj tebe lahko prosim, da ne pristaneš na populistično podmeno, da smo zdravniki v tej družbi privilegirani poklici. Vzemiva primer kolegice s Ptuja: šest let zahtevnega študija, dve leti sekundarijata, šest let specializacije in to večino časa ločena od družine - zdaj pa redne ambulante, delo na intenzivnem oddelku in dežurstva. V bolnišnici ni časa za študij in domov prinaša strokovno literaturo; tudi zdravniški sestanki in tečaji so večinoma ob petkih in sobotah. Se ti zdi pošteno, da se s to najino kolegico primerja učitelj telovadbe, ki se je zaposlil po štirih letih študija in ima redno tedensko obveznost 22 ur po 45 minut, devet mesecev na leto? Mislim, da bi bili mnogi zdravniki prav veseli, če bi za uro dela prejeli toliko, kot za uro dela prejme učitelj.

Naj se za konec vrnem k preventivi. Prepričan sem, da jo jemlješ širše in da si boš prizadeval, da bi tudi v drugih ministrstvih poskrbeli, da bomo živeli bolj zdravo. Ena od pomembnih dolgoročnih zadev je skrb za čisto okolje. Mislim, da smo tu doslej naredili le malo konkretnega; mislim tudi, da je med ljudmi ekološka zavest kar pri-

sotna, problem pa je, da ni poskrbljeno za priročno logistiko reciklaže in odpada. Biti "ekolog" je danes hudo zamudno, drago in nepraktično. Kako - za vruga - naj vem, kje v Ljubljani ta mesec stoji zabojujnik za izrabljene baterije? In če to slučajno vem, naj se pol ure vozim po mestu? Predlagam torej, naj vsakega trgovca zavežemo, da poskrbi za odpadke izdelkov, ki jih prodaja. Kdor prodaja baterijske vložke ali aluminijaste pločevinke, mora prevzeti izrabljene baterije ali prazne pločevinke. Kdor prodaja avtomobile ali hladilnike, mora prevzeti odslužen izdelek in brezplačno poskrbeti za ekološko čisto reciklažo. Tak predpis (ali zakon) ne bi obremenil državnih financ, ljudje bi ga sprejeli z veseljem, trgovci bi bili nekoliko nezadovoljni - pa nič zato. Če bi sprejeli še predpis, da avtomobil brez registrskih tablic odstranijo z javnega mesta na stroške lastnika, bi se hitro vide- lo, da se nekaj vendarle spreminja.

Naj bo dovolj. Želim ti kakšen lep sprehod in vsaj nekaj večerov na teden brez računalnika.

Matjaž Zwitter

Zdravstveni dom Novo mesto objavlja prosta delovna mesta

- 1. tri zdravnike ali zdravnike specialiste splošne medicine**
- 2. enega zdravnika specialista ginekologa**
- 3. enega zdravnika specialista psihiatra**
- 4. enega zdravnika specialista medicine dela, prometa in športa**
- 5. dva zdravnika specialista pediatria**
- 6. enega zobozdravnika specialista ortodonta**
- 7. dva zobozdravnika**

Pogoji za zasedbo delovnih mest so:

Pod točko 1:

- končana Medicinska fakulteta, opravljen sekundarijat oziroma končana specializacija iz splošne medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- poskusno delo 3 mesece,
- voziški izpit kategorije B,
- OD po kolektivni pogodbi.

Pod točko 2:

- končana specializacija iz ginekologije,
- zaželeno znanje UZ,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- poskusno delo 3 mesece,
- voziški izpit kategorije B,
- OD po kolektivni pogodbi.

Pod točko 3:

- končana specializacija iz psihiatrije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- poskusno delo 3 mesece,
- voziški izpit kategorije B,
- OD po kolektivni pogodbi.

Pod točko 4:

- končana specializacija iz medicine dela, prometa in športa,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- poskusno delo 3 mesece,
- voziški izpit kategorije B,
- OD po kolektivni pogodbi.

Pod točko 5:

- končana specializacija iz pediatrije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,

- poskusno delo 3 mesece,
- voziški izpit kategorije B,
- OD po kolektivni pogodbi.

Pod točko 6:

- končana specializacija iz čeljustne ortopedije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- poskusno delo 3 mesece,
- voziški izpit kategorije B,
- OD po kolektivni pogodbi.

Pod točko 7:

- končana Medicinska fakulteta - smer stomatologija,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- poskusno delo 3 mesece,
- voziški izpit kategorije B,
- OD po kolektivni pogodbi.

Kandidati naj svoje vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo v 8 dneh po objavi na naslov:  
Zdravstveni dom Novo mesto, Kandijška c 4, 8000 Novo mesto.

# Zdravniki in bolniki na podeželju

France Urlep

Zdravniki in bolniki, ki živijo v odročnih krajih, so prikrajšani za veliko stvari. V zdravstvenih postajah kot edini zdravniki skrbijo največkrat za 2.000 do 3.000 prebivalcev. Veliko zdravnikov dela s koncesijo v zasebni zdravstveni dejavnosti.

Na sedanji stopnji razvoja delo ni več tako naporno kot pred leti. Ordinacije so bolj opremljene, strokovnih izpopolnjevanj je vse več in so vse bolj kakovostna. Z novimi cestami je dostop do posameznih kmetij vedno lažji.

V ambulantah so računalniki, ki omogočajo, da so poročila o delu in finančni obračuni opravljani hitreje, razna potrdila obrazci in predlogi so napisani bolj pregledno in popolno. S pomočjo povezav preko interneta bi lahko hitro in neposredno komunicirali tudi s specialističnimi ordinacijami, bolniškimi oddelki in zavarovalnico, a se ta praksa še ni dovolj uveljavila. Z uvedbo zdravstvene kartice postaja delo sodobnejše, nadzor popolnejši, delo pa je olajšano tudi medicinskim sestram.

Bolnikom pa ni nič lažje do najbližje bolnišnice je še vedno preko 50 km. Do najbližjega specialista, laboratorija, fizioterapije in reševalne postaje potujejo 10 do 20 km. Zares je avtomobilov toliko, da potovanje ne predstavlja več takega problema kot pred leti. Ljudje z nižjim standardom pa so na slabšem. Delovnih mest v takih krajih je vse manj, avtobusne povezave se zaradi nerentabilnosti ukinjajo, telefona največkrat nimajo.

Veliko nevednosti predstavlja potrjevanje kartice zdravstvenega zavarovanja.

Ženica je prišla v ambulanto peš z višinske kmetije. Takih je v Zgornji Savinjski dolini veliko. Nič boljše ni v nekaterih drugih manj razvitih delih države. Hodila je dve uri. Sestra vstavi izkaznico v režo čitalca, pogleda na zaslon in ji pove, da nima potrjene zdravstvene izkaznice. Recepta, po katerega je prišla, ne more dobiti. Odpraviti se mora do najbližjega terminala v sosednji zdravstveni dom, ki je oddaljen 17 km. Avtobusa do jutri zjutraj nima, ker so ukinili progno. Seveda bi lahko usluge tudi plačala in nato na ekspozituri zavarovalnice zahtevala povrnitev stroškov. A do tja ima znova 20 km. Nesrečno se ozira po ostalih bolnikih v čakalnici, a izgleda, da njena težava nikogar ne gane. Molče odide, prijaznjena z vse večjimi težavami, v katerih živi.

Sestra v ordinaciji pove, da sleherni dan zavrne do 5 bolnikov (ne-

kako 1.000 na leto), ker nimajo urejenega zavarovanja. Nekateri zmerjajo sestro, drugi zdravnico, tretji preklinjajo zavarovalnico, politiko in režim.

V ambulanti so prosili, da bi tudi pri njih v čakalnici namestili terminal. Prošnja zdravnice, zobozdravnika, intervencije župana in zdravniških združenj so bile zavrjene z obrazložitvijo, da je za tako majhno število prebivalstva investicija neracionalna.

Terminal je čitalec, povezan preko telefona z bazo podatkov v zavarovalnici, ki ustrezno informacijo prenese nazaj v čip na kartici. Obstaja problem varovanja podatkov in pravica vpisovanja na kartico. Pravico do tega ima uporabnik z najvišjo stopnjo pooblastil in teh pooblastil zavarovalnica gotovo ni pripravljena ponuditi nikomur drugemu, še najmanj zdravnikom.

A morda je mogoče kaj storiti tudi v sedanjih razmerah. Zdravniki v ordinacijah na podeželju imajo vedno več telefonskih linij ISDN. Povezave z zavarovalniško bazo podatkov so lahko hitre in neposredne. Zdravnik bi lahko preveril direktno, kakšno je stanje v bazi podatkov na ZZZS. Če bi imel tako pravico, bi zabeležil obisk, kot da je imel pacient kartico zdravstvenega zavarovanja potrjeno. Pacient bi dobil neke vrste opomin - "rumeni karton" in naj bi si uredil zavarovanje do naslednjega obiska pri zdravniku, v tem trenutku pa ne bi bil zavrjen. Z ustreznimi, relativno nezapletenimi tehnološkimi rešitvami bi bilo mogoče urediti, da bi posebej določeni zdravniki, v dislociranih ambulantah, zavarovancem na ta način olajšali težave. Seveda pa bi bila takšna usluga bolniku in zdravniku zgolj sprenevedanje, če bi moral pacient s potrjeno izkaznico še isti dan nazaj k zdravniku.

Vendar gre razvoj naprej. Dobili smo posebno ministrstvo, ki obljublja, da si bo prizadevalo občanom omogočiti v kar največji meri komuniciranje z javnimi ustanovami preko interneta. Ljubljanska banka v zadovoljstvo uporabnikov to že počne preko programa Klik. Z njim je mogoče vse denarne posle opraviti doma, za računalnikom. Samo upamo lahko, da bo tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje, s prihodom konkurenčnih zavarovalnic, doživelo za zavarovance bolj uslužno poslovanje.

Če govorimo o eni zdravstveni hiši v Sloveniji, če imamo polna zavarovalniška usta skrbi za zavarovance in njihove interese, bi se dalo kaj storiti tudi danes in tukaj. Ljudje, ki ne živijo v bližini Kliničnega centra, bi tako čutili, da nekdo skrbi tudi zanje. ■

# Kako osrečiti mravljice?

(Poskus basni)

Aleksander Brunčko

**N**a obronku gozda, ki meji na prelepo jezero in kjer sonce greje vsaj šest ur dnevno, so bivale drobne rdeče mravlje. Iz gradile so si lepo in veliko mravljišče.

Hrane in vode so imele v izobilju.

Znotraj mravljišča je vladal triumfeminat, sestavljen iz treh mravelj samic-kraljic. Vse važne sklepe in odredbe glede gradnje in širjenja mravljišča ter glede razmnoževanja so sprejemale enotno, pri manj pomembnih stvareh, npr. pri kakšnih sporih med rodovi, so odločale z večino. Mravljišče je tvorilo skupnost, ki so mu pravili Rosarium. Mravljice so živele v slogi in miru ter gradile boljše prihodnost.

Kot se pa to pogosto dogaja, je prišel v goste nekdo, ki jim je skalil njihov mir in red. Prišli so trije rodovi črnih mravelj, ki so bile v daljnem sorodstvu z našimi, rdečimi mravljami. Njih je vodila le ena velika črna mravlja-samica z velikimi krili in močnim želom, preko katerega je lahko izbrizgala strup iz mravljinčne kisline v telo nasprotnika. Črna kraljica se je imenovala Nigritia in je od svojih podanikov zahtevala strogo obvezno pokorščino. Kot vemo obstajajo med mravljami tudi samci, vendar ti kmalu po parjenju umrejo in samice-delavke, ki skrbijo za hrano in gradnjo.

Triumfeminat našega mravljišča Rosariuma je stal pred težko nalogo, kaj storiti s črnimi mravljami, ki so morale zbežati iz svojega mravljišča zaradi poplave velike reke. Zdaj so bile tukaj in prosile za pomoč. Tri rdeče kraljice so se zavedale, da je to velika odločitev in da zahteva enotnost v odločanju. Najstarejša med njimi Roseta se je še spomnila, ko ji je babica pripovedovala, da so morale nekoč davno rdeče mravlje bežati zaradi gozdnega požara in da so našle zatočišče pri črnih mravljah, kjer so ostale kar nekaj let. Izjavila je, da se strinja z namestitvijo črnih mravelj pri njih. Njena mlajša sestra Rufa se je kot po navadi z njo strinjala. Zdaj sta obe še čakali, kakšna bo odločitev njune sestrične Rozalije. Ta je bila previdna in si je izprosila tri dni za premislek.

Po treh dneh je prišla na sestanek triumfeminata in izrazila mnenje, da bi dovolila naselitev črnih mravelj le za določen čas in na za njih določeno mesto. Ker se je Roseti in Rufi zdela njena odločitev razumna, sta jo sprejeli. Delavke so odpeljale črne mravlje v bolj odmaknjen del mravljišča pod stari macesen.

Črne mravlje pa so bile bolj živahne in tudi neubogljive. Začele so se mešati z rdečimi in črni samci so začeli osvajati rdeče samičke. Kmalu so se izlegle iz jajčec mlade mravljice, pretežno temnejše barve, saj je znano, da je črna barva dominantna.

Rozalija je skušala narediti red, vendar je že bilo težko ločiti, ka-

tera je čistokrvna rdeča in katera črna mravlja. Uvidela je, da bo težko rešila enotnost mravljišča in se je zato dogovorila s črno kraljico Nigritio za sestanek. Sestanek je potekal za zaprtimi vrati brez prisotnosti ostalih rdečih kraljic. Dolgo sta se dogovarjali, vendar enotnega zaključka nista dosegli, ker Nigritia s svojimi črnimi mravljami ni hotela več nazaj pod stari macesen. Počasi in vztrajno so črne mravlje zasedle najboljša mesta v mravljišču. Ko je Nigritia videla, da Rozalija noče popustiti, ji je enostavno zasadila želo v glavo in jo umorila. Ko je odprla vrata, je delavkam izjavila, da je Rozalijo zadela kap, ker se je tako zelo razburila.

Po pogrebu kraljice Rozalije sta se Roseta in Rufa sestali z Nigritio in so složno sklenile, da Nigritia postane tretja članica triumfeminata. Nigritia je kmalu ugotovila, da je Rufa šibkejši člen dvojice rdečih kraljic in je tako morala pridobiti le starejšo Roseto za svoje zamisli. Ker so črne mravlje bolj plodne in ležejo večje število jajčec, se je kmalu izleglo več črnih mravelj in številčno razmerje se je hitro spreminjalo njim v prid. Ko je umrla še stara Roseta, po izjavah očitcev naravne smrti, jo je nadomestila črnotrdečkasta samica Scutica in takoj zahtevala, da se spremeni ime skupnosti iz Rosariuma v Nigrantijo. Rufa se s tako odločitvijo seveda ni strinjala, a sta jo Nigritia in Scutica pregovorili, da bodo organizirali referendum. Če se večina mravelj odloči za Nigrantijo, bo obveljalo novo ime, sicer pa staro. Rufa si je mislila, da je ta odločitev še najboljša, saj je rdečih mravelj še vedno nekaj več od črnih.

Nigritia in Scutica sta skovali bojni načrt in razposlale po celem mravljišču svoje ogleduhe in bojvnike. Natovorile so jih s polnimi posodami vina, v katerega sta dali nekaj malega mravljinčne kisline, ki začasno ohromi mravljo za nekaj dni. Seveda so ogleduhi napojili z zastrupljenim vinom le rdeče mravlje, svojim so dale le najboljše vino, se razume brez strupa. Na referendum je prišlo zelo malo rdečih mravelj in vse črne. Jasno, da je skupnost dobila novo ime.

Ko sta si črni kraljici utrdili oblast, sta organizirali še en referendum, na katerem so mravlje izglasovale, da želijo le eno vladarico, ki ima pravico samostojno odločati o vsem. Ostali dve kraljici sta postali le svetovalki, ki pa nista imeli pravice samostojno odločati, bili sta pa dobri za navidezni izgled demokracije.

Rdeče mravlje so v njihovih šolah učili, kako pametno in hrabro kraljico imajo in da jo morajo popolnoma ubogati. V poseben ponos jim mora biti, da ji lahko pridno služijo. Mlade mravlje niso poznale druge možnosti in so verjele, da je to edina resnica in so bile srečne.

Nauk basni:

Včasih nas lahko tudi sovražnik "osreči".

# Glavobol pri starejših osebah z vidika očesnega zdravnika

Uroš Prelesnik

## Uvod

Glavobol je eden najpogostejših simptomov, s katerimi se srečujejo zdravniki v splošnih ambulantah. Le ti imajo veliko težav pri diagnosticiranju vzrokov, s čimer so povezani številni obiski pacientov pri različnih specialistih in številne različne preiskave.

Med temi specialisti smo tudi okulistii, ki se srečujemo s takimi pacienti. Z našim pregledom in določenimi okulističnimi preiskavami poskušamo ugotoviti morebiten očesni vzrok njihovega glavobola.

V ZDA oboleva za glavobolom 45 milijonov ljudi, od tega jih zdravnik obišče 8 milijonov.

Po podatkih avstralskega urada za statistiko iz leta 1995 jemlje zdravila zoper glavobol približno 2,2 milijona Avstralcev (15 odstotkov). (7)

Glavobol so v bistvu bolečine, ki se iz globine odražajo na površini glave. Vzroki za glavobol so številni. Razdelitve vzrokov za glavobol so zelo različne. Ena izmed teh razdeli glavobol kot posledico strukturnih vzrokov (subduralni hematoma, možganski absces, možganski tumorji, ...) in nestrukturnih vzrokov (vaskularne motnje, cerebralna ishemija, centralna venska tromboza...).

Pogosti vzroki so tudi težave s paranazalnimi sinusi, alkoholizem, obstipacija, mišični spazem ter očesne napake.

## Splošno o incidenci in vzrokih

Incidenca glavobolov po nekaterih avtorjih z leti pada. V starosti od 21 do 34 let ima glavobole 92 odstotkov žensk in 74 odstotkov moških. Odstotki z leti padajo, tako da naj bi po starosti 75 let imelo glavobole še 55 odstotkov žensk in 22 odstotkov moških. (1)

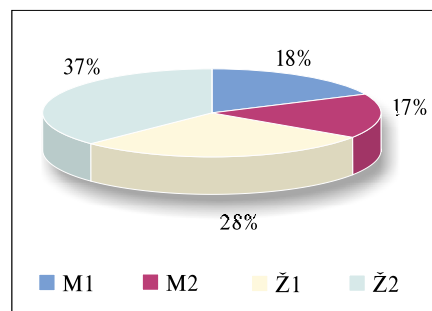
Čprav se število glavobolov s starostjo zmanjšuje, pa le ti predstavljajo 10. najpogostejšo težavo pri starih ljudeh. (2)

Večina glavobolov pri starejših je povzročena z benignimi disfunkcijami, kot so migrena, tenzijski tip in cluster-glavoboli. Vendar pa ta stanja predstavljajo le okoli 66 odstotkov glavobolov pri starejših, medtem ko pri mlajših predstavljajo 90 odstotkov. (3) Ostalo tretjino glavobolov pri starejših pa predstavljajo sistemske bolezni in primarne intrakranialne lezije. Glavobol, ki ima vzroke v organskih spremembah je najpogosteje povzročena s temporalnim arteritisom (0,7 odstotkov), (4), intrakranialnimi lezijami, ishemičnimi cerebrovaskularnimi boleznimi (25 odstotkov starejših pacientov zboleva za ishemijo možganov, od tega jih ima 50 odstotkov glavobole). (5) Naslednji najpogostejši vzrok je cervikalna spondiloza. Po navedbah nekaterih avtorjev je to zboljenje celo endemično. (6) Ne tako redek vzrok glavobolov pri starejših je uporaba določenih zdravil. Opisujejo tudi glavobol kot sindrom kardialnih težav. Namesto bolečin v prsih se pojavljajo glavoboli že pri manjših naporih (R. Lipton). Ločitev kardialnega glavobola od migrene je izjemno pomembno, saj zdravlila za migreno zožijo koronarne arterije, čemur sledi še hujši glavobol. Ta tip glavobola se pojavi ob pričetku dela in se s počitkom umiri. Pojavi se po 50. letu starosti pri pacientih, ki imajo tudi druge dejavnike tveganja: povišan krvni pritisk, sladkorna bolezen, kajenje.

Najpogostejše očesne bolezni, ki povzročajo glavobol so: glavkom, nekorrigirane refrakcijske anomalije, razna vnetja itd.

## Metode dela

V naši ambulanti smo se odločili narediti analizo vzrokov za glavobol pri starejši populaciji pacientov (starost 60 in več let), ki so obiskali našo ambulanto zaradi teh težav v letu 1999. V tem letu je obiskalo očesno ambulanto 2.839 pacientov, starejših od 60 let, od tega je bilo moških 976 in žensk 1.863.

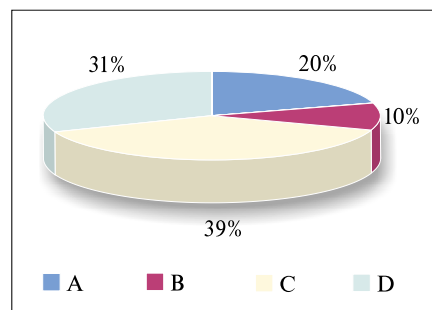


**Slika 1: Struktura pacientov, starih 60 in več let, ki so obiskali očesno ambulanto v letu 1999.**

(M1: moški 60 do 70 let, M2: moški nad 70 let, Ž1: ženske 60 do 70 let, Ž2: ženske nad 70 let)

Zaradi glavobolov je bilo v očesno ambulanto napotenih le 84 pacientov, kar predstavlja le 2,9 odstotka omenjenega prebivalstva.

Preiskali smo teh 84 pacientov, od tega je bilo 25 moških in 59 žensk. Glede na starost in spol smo jih razdelili v 4 skupine: skupina A: moški 60 do 70 let (17 pacientov), skupina B: moški nad 70 let (8 pacientov), skupina C: ženske 60 do 70 let (33 pacientk), skupina D: ženske nad 70 let (26 pacientk).



**Slika 2: Struktura pacientov po spolu in starosti, ki so bili napoteni v očesno ambulanto zaradi glavobola.**

Pacientom smo naredili kompletni okulistični pregled: visus s.c., c.c. (I), meritev

očesnega pritiska z elektronskim tonometrom (II), pregled s špransko svetilko (III), pregled očesnega ozadja (IV). Vsem smo naredili tudi pregled vidnega polja na HFA (V). Nekateri pacienti so bili poslani na preglede k drugim specialistom (ORL, nevrolog, ortoped, internist).

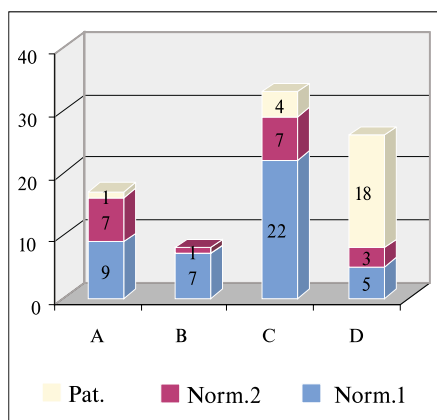
## Rezultati

### I. Pregled vida

Pri pregledu moških do 70 let (skupina A) smo pri 7 pacientih ugotovili normalen visus z novo korekcijo, 9 pacientov je imelo normalen visus brez korekcije oz. z obstoječo, pri 1 pacientu nismo uspeli doseči normalnega vida (visoka kratkovidnost). Pri pregledu moških nad 70 let (skupina B) je le 1 pacient še dodatno potreboval korekcijo, 7 pacientov pa je bilo pravilno korigiranih, vsi so dosegli 100-odstotni vid.

Pri ženskah do 70 let (skupina C) smo normalen vid z obstoječo korekcijo ugotavljali pri 22 pacientkah, 7 pacientk pa je potrebovalo novo korekcijo. Pri teh 29 pacientkah smo dosegli 100-odstotni vid, pri 4 pacientkah pa niti z novo korekcijo nismo uspeli dobiti 100-odstotnega vida.

V skupini žensk nad 70 let (skupina D) je imelo normalen vid z obstoječo korekcijo 5 pacientk, pri 21 smo skušali doseči 100-odstotni vid z novo korekcijo (od teh so le 3 dosegle 100-odstotni vid). 18 pacientk iz te skupine pa 100-odstotnega vida na noben način ni doseglo.



**Slika 3: Število pacientov v opazovanih skupinah glede na vid**

Pat.: ni bil dosežen normalen vid  
Norm. 1: normalen vid z obstoječo korekcijo  
Norm. 2: normalen vid z novo korekcijo

### II. Meritve očesnega pritiska

Skupina	A	B	C	D	SKUPAJ
Normalen	2	3	5	3	13
Patološki	15	5	28	23	71
SKUPAJ	17	8	33	26	84

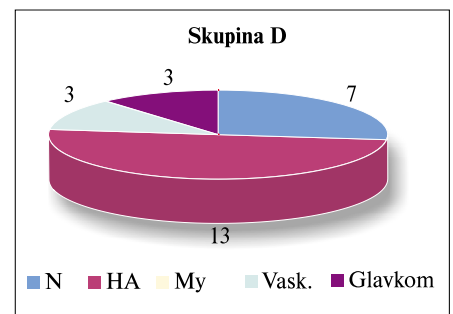
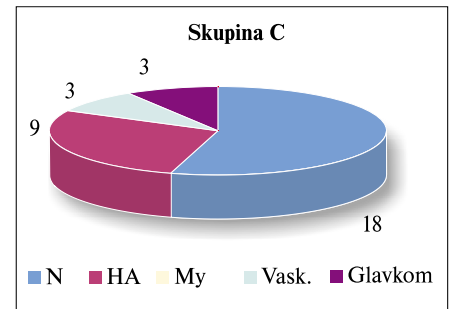
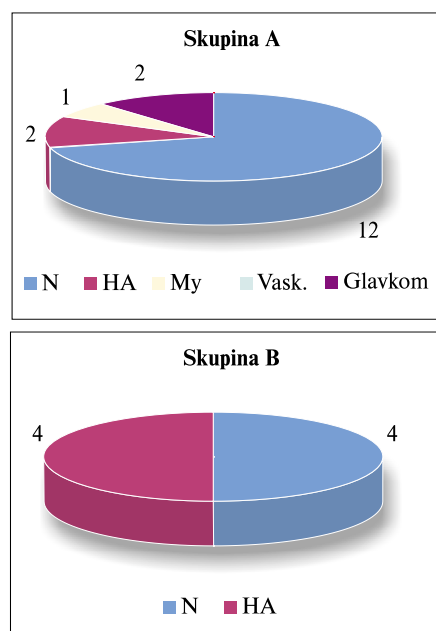
**Slika 4: Število pacientov z normalnim in patološkim IOP ločeno po starosti in spolu**

### III. Pregled s špransko svetilko

Pregledi s špransko svetilko so pokazali spremembe na sprednjem delu v smislu kroničnih konjunktivitisov, sivih mren in drugih sprememb, ki ne povzročajo glavobola.

### IV. Pregled očesnega ozadja

Pri pregledu očesnega ozadja smo v skupini A našli 5 patoloških izvidov (v 1 primeru so bile spremembe posledica močne kratkovidnosti, 2 pa sta imela spremembe zaradi hipertenzije, 2 spremembe zaradi glavkoma) ter 12 normalnih. V skupini B smo ugotavljali 4 patološke izvide (hipertenzija) ter 4 normalne izvide. Pri skupini C smo ugotavljali 15 patoloških izvidov (9 kot posledica hipertenzije, pri 3 so bile spremembe na ožilju v smislu aterosklerotičnih sprememb, pri 3 pa spremembe zaradi glavkoma). V skupini D smo ugotovili kar 19 patoloških izvidov (13 zaradi hipertenzije, 3 spremembe pupile zaradi glavkoma, pri 3 pacientkah so bile izrazite vaskularne spremembe).

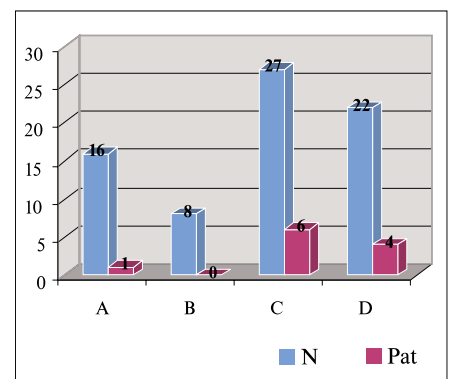


**Slika 5: Število pacientov glede na izvide fundusa po posameznih opazovanih skupinah**

(N: normalno, HA: hipertenzija art., My: myopia, Vask: ostale vaskularne spremembe, Gl: glavkom)

### V. Pregled vidnega polja

Pri pregledu vidnih polj smo v skupini A ugotovili 1 patološki izvid, v skupini B so bili vsi campusi normalni, v skupini C je bilo patoloških izvidov 6, v skupini D pa 4.



**Slika 6: Število pacientov glede na izvid vidnega polja po skupinah**

## Razpravljanje

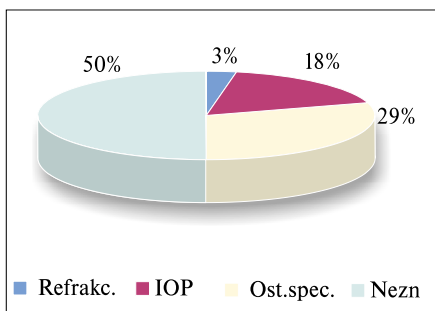
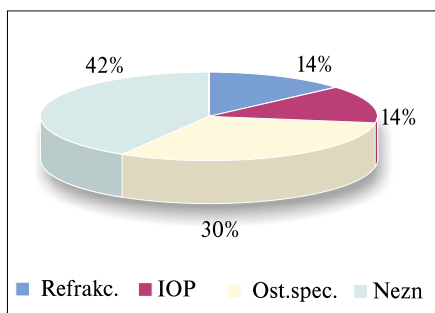
Skupina A (moški do 70 let) - V tej skupini smo kot vzrok glavobola v 3 primerih našli slabo korigirane refrakcijske anomalije, pri 2 pacientih je bil vzrok glavobola povišan IOP, pri 7 pacientih so vzroke našli

drugi specialisti (hipertonija, ICV, spremembe vratne hrbtenice), pri 5 pa vzrok ni bil odkrit.

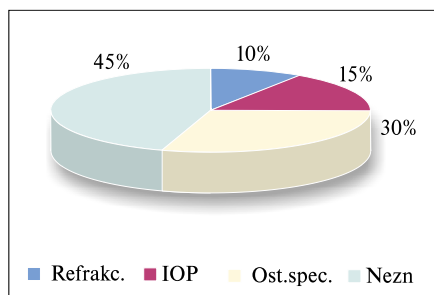
**Skupina B (moški nad 70 let)** - Povišan IOP je bil vzrok glavobola pri 3 pacientih, 1 pacient je imel nekorrigirano refrakcijsko anomalijo in hipertonijo, pri 4 pacientih vzrok za glavobol ni bil odkrit (nevrolog je postavil sum na vaskularne spremembe).

**Skupina C (ženske do 70 let)** - Pri 4 pacientkah smo kot izključni vzrok glavobola odkrili nekorrigirano refrakcijsko anomalijo, pri nadaljnjih 2 skupaj z glavkomom. Glavkom sam je bil krivec glavobola v nadaljnjih 3 primerih, pri 8 pacientkah so vzroke glavobola odkrili ostali specialisti (ORL, nevrolog, ortoped), pri 16 vzrok glavobola ni bil najden.

**Skupina D (ženske nad 70 let)** - Nekorigirana refrakcijska anomalija v tej skupini kot vzrok glavobola ni bila dokazana, pri 3 je bil vzrok povišan IOP, pri nadaljnjih 10 pacientkah so bili odkriti vzroki s strani drugih specialistov, pri 13 vzrok ni bil razjasnjen.



**Slika 7: V odstotkih izraženi vzroki glavobola pri obeh starostnih skupinah, ne glede na spol (levo starost do 70 let, desno starost nad 70 let)**



**Slika 8: V odstotkih izraženi vzroki glavobola skupaj, ne glede na starost in spol**

## Zaključek

V primerjavi s podatki v tuji literaturi je v našo ambulanto prišlo zelo malo starejših pacientov z anamnezo glavobola. Po vseh diagnostičnih postopkih je bilo po pričakovanju ugotovljeno relativno malo refrakcijskih vzrokov (10 odstotkov), s starostjo pacientov pa narašča število pacientov z glavkomom, kar je lahko razlog glavobola (8,9). Razumljivo je, da velik delež vzrokov za glavobol odkrijejo ostali specialisti (30 odstotkov).

Ker sem v tej analizi vse paciente, pri katerih diagnostični postopki še niso dokončani pri drugih specialistih, uvrstil v skupino neznani vzroki, je ta odstotek zelo visok, kar pa ne vpliva na očne vzroke glavobolov.

Ta analiza je potrdila trditve tujih avtorjev, da je bistveno večje število in delež žensk, ki trpijo za glavobolom kot moških, ter da število in delež pacientov z glavobolom z leti pada.

Prav tako potrjuje trditve, da število očesnih vzrokov glavobola s starostjo pacientov pada (pri nas je bilo v starostni skupini do 70 let 28 odstotkov očesnih vzrokov, v starostni skupini nad 70 let pa 21 odstotkov).

Glavbol pri starejših pacientih z vidika očesnega zdravnika ni pogost problem. Z ustreznimi korekcijami, določitvijo IOP ter ostalimi preiskavami lahko okulist ugotovi možne očne vzroke glavobola in jih ustrezno zdravi.

### Viri:

1. Waters WE. The Pontypridd headache survey. *Headache* 1974;14(2):81-90
2. Hale WE, Perkins LL, May FE, s sodelavci: Symptom prevalence in the elderly: an evaluation of age, sex, disease, and medication use. *J aM Geriatr Soc* 1986;34(5):333-340
3. Solomon GD, Kunkel RS Jr, Frame J. Demographics of headache in elderly patients. *Headache* 1990;30(5):273-276
4. Bengtsson BA. Incidence of giant cell arteritis. *Acta Med Scand* 1982;58(Suppl 6):15-17
5. Edmeads J. Headaches in cerebrovascular disease. In: Vinken s sodelavci, eds (7), pp 273-290
6. Elias F.: Roentgen findings in the asymptomatic cervical spine. *NY State j Med* 1958;58:300-303
7. Monaco P.: How prevalent are headaches & migraines? Balwyn Nth. Melbourne
8. F. Hollwich: *Ophthalmology*. 1985. G. T. Verlag. Stuttgart - NewYork.
9. J. J. Kanski: *Clinical Ophthalmology*. 1988. Butterworth Heinemann. Rochester.

Katedra za stomatološko protetiko Medicinska fakulteta,  
Oddelek za snemno protetiko vabi k sodelovanju

## mladega zobozdravnika

z veseljem do pedagoškega in raziskovalnega dela.

Prijave s kratkim življenjepisom sprejema  
ga. Sonja Leben, Stomatološka klinika, Hrvatski trg 6, 1000 Ljubljana.



# Strokovno sodelovanje

Primož Reš

**K**ot zasebnik, koncesionar, se s svojo strokovno delovno skupino ukvarjamo s sodobnim zdravljenjem neplodnosti zakonskega in zunajzakonskega para. Začetne razgovore, svetovanja in enostavnejše in manj zahtevne preglede in analize opravljamo v lastnem Centru, Bratov Babnik 10 v Ljubljani. Tehnično in strokovno zahtevnejši del te zdravstvene dejavnosti, to je oploditev z biomedicinsko pomočjo (OBMP) pa izvajamo v Bolnišnici za ženske bolezni v Postojni. Gre za primer zelo uspešnega, pogodbenega sodelovanja med zasebno in državno javno zdravstveno službo, kar je v korist obeh partnerjev, zlasti pa pacientom. Rezultati našega štiriletnega sodelovanja so bili predstavljeni na II. kongresu ginekologov in porodničarjev v Portorožu novembra 2000.

Iz prikazanih rezultatov je razvidno, da smo predvsem uspešni pri zdravljenju najtežjih oblik moške neplodnosti. Kot majhen center smo dosegli, prvi v Sloveniji, nosečnost in rojstvo zdravega otroka s semenčicami iz globoko zamrznjenega testikularnega tkiva pri azospermiku. Ta uspeh je majhen, a pomemben doprinos k razvoju slovenske medicinske znanosti, zlasti pomemben za mlade onkološke paciente. Primer je bil objavljen tudi v strokovni reviji *Human Reproduction* (April 2000). Prav tako smo edini center v Sloveniji, ki uspešno izvaja postopek elektroejakulacije - odvzem semenskega izliva v primerih, ko gre za retrogradno ejakulacijo; v to skupino sodi večina mladih paraplegikov.

Uspešno zdravljenih nekaj primerov neplodnosti pri zakoncih, kjer je mož paraplegik - iz sosednjih republik Hrvaške in Bosne je povod za večje zanimanje in razvoj sodelovanja, za katero je novembra lansko leto dalo pobudo Ministrstvo za vprašanja vojnih invalidov Federacije Bosne in Hercegovine. V tej državi imajo namreč iz minule vojne več kot 500 primerov mladih paraplegikov, večinoma po strelnih poškodbah. V pripravi je pogodba med Ministrstvom za



*Skupina paraplegikov s svojimi ženami v bolnišnici v Sarajevu*

vprašanja vojnih invalidov Federacije BIH in našim Centrom, na podlagi katere bodo prizadeti pari imeli možnost zdravljenja neplodnosti v Sloveniji.

Tako smo na njihovo povabilo 15. in 16. decembra 2000 v Splošni bolnišnici v Sarajevu navezali prve stike in izbor prvih 12 zakonskih parov. V vseh primerih gre za strelne poškodbe hrbtenice in za odsotnost ejakulacije. Vsi ti invalidi so sicer kljub dobri vsestranski rehabilitaciji priklenjeni na voziček - stari povprečno 30 let, povprečna starost njihovih žena pa je 26 let. Povprečno so v zakonu 6 let.

Pri omenjeni skupini neplodnih zakonskih parov smo v sodelovanju z njihovimi zdravstvenimi delavci opravili odvzem semenskega izliva s pomočjo elektroejakulacije. Takojšnja analiza dobljenega biološkega materiala in takojšnje konzerviranje - to je globoka zamrznitev ustreznih vzorcev v tekočem dušiku omogoča nadaljnje zdrav-

ljenje s primerno obliko oploditve z biomedicinsko pomočjo. Ker tovrstna dejavnost doslej v Sarajevu še ni uspešno razvita, bodo ti zakonski pari prihajali na zdravljenje v naš Center. ■

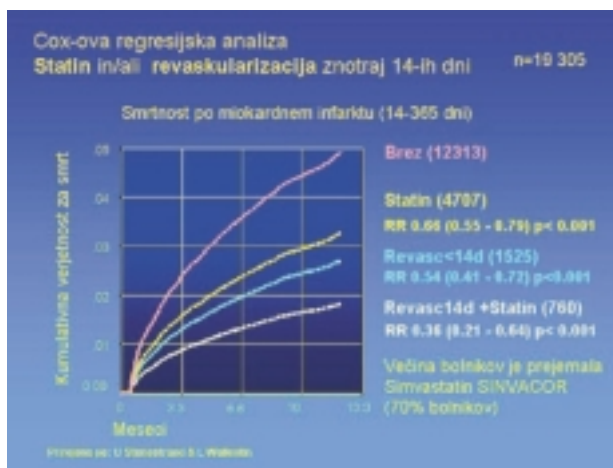


# Vloga statinov v zdravljenju akutnega koronarnega sindroma

Igor Kranjec

Statini so skupina novejših zdravil, ki so namenjena zdravljenju hiperholesterolemije. Delujejo prek zavore encima reduktaze 3-hidroksi-3-metilglutaril koenzima A. V jetrnih celicah zmanjšajo vsebnost celotnega holesterola in zvečajo število receptorjev za LDL-holesterol. V krvi znižajo raven LDL holesterola za 21 do 46 odstotkov, trigliceride za 5 do 10 odstotkov, HDL holesterol zvečajo za 5 do 10 odstotkov, na Lp(a) pa ne vplivajo<sup>1</sup>. Njihov zdravilni učinek pa seže prek maščobne regulacije. Velike klinične študije so dosledno potrjevale, da uporaba simvastatina, pravastatina ali lovastatina zmanjša pogostnost pomembnih ishemičnih zapletov v opazovanem obdobju za 24 do 34 odstotkov, kardiovaskularnih smrti za 22 do 32 odstotkov, koronarnih smrti za 24 do 42 odstotkov, miokardnih infarktov (MI) za 29 do 40 odstotkov, možganskih kapi za 19 do 31 odstotkov in koronarnih revaskularizacij za 20 do 37 odstotkov<sup>1</sup>. Množijo se eksperimentalni in klinični dokazi, da statini zavirajo patofiziološke procese, ki vodijo v rast in razpoko aterosklerotične lehe<sup>2</sup>, zmanjšajo vnetje žilne stene<sup>3</sup>, izboljšajo motnje v endotelnem delovanju<sup>4</sup>, zmanjšajo trombocitno reaktivnost<sup>5</sup> ter ugodno vplivajo na neravnovesje med trombotičnim in fibrinolitičnim dogajanjem pri hiperlipidemičnih bolnikih<sup>6</sup>.

Vloga statinov v zdravljenju akutnega koronarnega sindroma (AKS) doslej ni bila natančneje raziskana. Študiji WOSCOPS<sup>7</sup> in AFCAPS/TexCAPS<sup>8</sup> sta dokazali nedvomno koristnost statinov v primarni preventivi, študije CARE<sup>9</sup>, LIPID<sup>10</sup> in 4S<sup>11</sup> pa njihov pomen v sekundarni preventivi ateroskleroze. V zadnjih treh študijah so bili vključeni tudi predhodno nestabilni bolniki, vendar so od akutnega ishemičnega dogodka minili vsaj trije<sup>9,10</sup> ali šest<sup>11</sup> mesecev. Študija PURSUIT<sup>12</sup>, ki je preučevala učinek zaviralca glikoproteinskih receptorjev IIb/IIIa integrilina na usodo bolnikov z AKS, je prva nakazala, da utegne biti zgodna upo-



**Vloga statinov, koronarne revaskularizacije in kombinacije obeh v zdravljenju bolnikov po akutnem miokardnem infarktu**

raba statinov blagodejna. Če so statine predpisali tem bolnikom ob odpustu iz bolnišnice, je bila njihova umrljivost po šestih mesecih pomembno nižja ( $p < 0.001$ ); ugodni rezultati so se pričeli kazati že dva meseca po začetku zdravljenja. V letošnjem letu sta se na tradicionalnem kongresu Ameriškega srčnega združenja (AHA) v New Orleansu pojavila dva nova prispevka, ki utegneta natančneje opredeliti vlogo statinov v zdravljenju AKS.

Stenstrand in Wallentin sta v imenu skupine RIKS-HIA švedskega registra intenzivne srčne terapije predstavila rezultate zgodnje koronarne revaskularizacije ali statinskega zdravljenja na dolgoročno umrljivost bolnikov po akutnem MI. Statine, med njimi v 70 odstotkih simvastatin, so predpisali 4.707 bolnikom drugi teden po MI. Zgodnjo koronarno revaskularizacijo so izvršili pri 1.525 bolnikih. Kombinirano zdravljenje s statini in koronarno revaskularizacijo pa je prejelo 760 bolnikov. S statini so zmanjšali umrljivost v prvem letu za 34 odstotkov ( $p < 0.001$ ), s koronarno revaskularizacijo za 46 odstotkov, s kombinacijo statinov in revaskulariza-

cije pa kar za 64 odstotkov ( $p < 0.001$ , slika 1).

Schwartz in Olsson sta predstavila rezultate študije MIRACL (Myocardial ischemia reduction with aggressive cholesterol lowering). V študijo je bilo vključenih 3.968 bolnikov z nestabilno angino pektoris ali MI brez elevacij spojnice ST. Plazemski holesterol ob začetku zdravljenja so smeli imeti največ 7.0 mmol/L, spodnja meja pa ni bila določena. 24 do 96 ur po sprejemu v bolnišnico so jih naključno razdelili v skupino, ki je preje-

mala poleg diete 80 mg atorvastatina, in v skupino, ki je jemala v istem času poleg diete placebo. Po štirih mesecih je pomeben ishemični zaplet (smrt, preprečena nenadna smrt, MI, ponovna hospitalizacija zaradi poslabšanja angine pektoris) utrpelo 17,4 odstotka bolnikov s placebom in le 14,8 odstotka bolnikov z atorvastatinom (zmanjšanje tveganja za 16 odstotkov,  $p = 0.048$ ). Atorvastatin je tudi ugodno vplival na bolniške simptome, sprejeme v bolnišnico, možganske kapi, manj pa je bilo potrebnih tudi koronarnih revaskularizacij.

Dosedanji rezultati kažejo, da je zdravljenje s statini takoj po nastopu AKS uspešno. Koristni so tudi pri povsem normalnih vrednostih plazemskega holesterola. Njihov klinični učinek postane očiten že po nekaj mesecih zdravljenja. Pričakujemo, da bosta študiji A-Z in PROVE IT potrdila dosedanje vzpodbudne rezultate. Jasno se bo tudi pokazalo, ali so različni statini v tem enakovredni in ali traja njihov učinek tudi v naslednjih letih po AKS. ■

#### Literatura:

1. Vaughan CJ, Gotto AM, Basson CT. The evolving role of

statins in the management of atherosclerosis. *J Am Coll Cardiol* 2000;35:1-10.

2. Libby P. Molecular basis of the acute coronary syndromes. *Circulation* 1995;91:2844-2850.

3. Ridker PM, Rifai N, Pfeffer MA, Sacks F, Braunwald E. Long-term effect of pravastatin on plasma concentration of C-reactive protein. The Cholesterol and Recurrent Events (CARE) Investigators. *Circulation* 1999; 100:230-235.

4. Treasure CB, Klein JL, Weintraub WS, Talley JD, Stillabower ME, Kosinski AS, Zhang J, Bocuzzi SJ, Cedarholm JC, Alexander RW. Beneficial effects of cholesterol-lowering therapy on the coronary endothelium in patients with coronary artery disease. *N Engl J Med* 1995; 332:481-487.

5. Lacombe L, Lam JY, Hung J, Letchacovski G, Solyomoss CB, Waters D. Hyperlipidemia and coronary disease. Correction of the increased thrombotic potential with cholesterol reduction. *Circulation* 1995; 92:3172-3177.

6. Wada H, Mori Y, Kaneko T, Wakita Y, Nakase T, Minikawa K, Ohiwa M, Tanaki S. Elevated plasma levels of vascular endothelial cell markers in patients with hypercholesterolemia. *Am J Hematol* 1993; 44:112-116.

7. Shepherd J, Cobbe SM, Ford I, Isles CG, Lorimer AR, Macfarlane PW, McKillop JH, Packard CJ, for the West of Scotland Prevention Study Group. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. *N Engl J Med* 1995; 333:1301-1307.

8. Downs JR, Clearfield M, Weis S, Whitney E, Shapiro DR, Beere PA, Langendorfer A, Stein EA, Krueyer W, Gotto AM. Primary prevention of acute coronary events with lovastatin in men and women with average cholesterol levels: results of AFCAPS/TexCAPS. Air Force/Texas CAD Prevention Study. *JAMA* 1998; 279:1615-1622.

9. Sacks FM, Pfeffer MA, Moya LA, Rouleau JL, Rutherford JD, Cole TG, Brown L, Wun CC, Davis BR, Braunwald E, for the cholesterol and recurrent events (CARE) trial investigators. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. *N Engl J Med* 1996; 335:1001-1009.

10. The National Health and Medical Research Council Clinical Trials Centre, Mallett St. Campus, University of Sydney, NSW 2006, Australia. Drs. Andrew Tonkin and R. John Simes assume responsibility for the overall content of the manuscript. The members of the LIPID Study Group are listed in the Appendix. Prevention of Cardiovascular Events and Death with Pravastatin in Pts with CHD and a Broad Range of Initial Cholesterol Levels. *N Engl J Med* 1998; 339:1349-1357.

11. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet* 1994; 344:1383-1389.

12. The Pursuit trial investigators. Inhibition of platelet glycoprotein IIb/IIIa with eptifibatid in patients with acute coronary syndromes. *N Engl J Med* 1998; 339:436-43.

# Expasyl

Sanja Lucija Pečnik

**N**a letošnjem srečanju FDI v Parizu je bil predstavljen nov revolucionarni stomatološki izdelek tovarne Satelec Pierre Rolland - expasyl začasno gingivalno retrakcijo, ki omogoča odmik gingivalnega roba od zoba brez poškodovanja epitelijskega prirastišča.

Doslej uporabljene tehnike uporabe retrakcijskih trakov so daleč od idealnega in vse prevečkrat prihaja ob tem do kratko- in srednjeročnih poškodb. Nov izdelek je bil predstavljen kot velik hit tudi zato, ker je po-

polnoma enostaven za uporabo in neboleč za pacienta. V 2 minutah odpre gingivalni sulkus brez škode za okolna tkiva in ustavi gingivalno krvavitev. Sestoji iz aluminijevega klorida in kaolina ter deluje adstringentno in hemostatično. Nahaja se v karpulah, nanos pa je mogoč s pomočjo posebnega injektorja. Praktična je tudi uporaba v konzervativnem zobozdravstvu pri preparacijah II. in V. razreda in v paradontologiji. Po opravljenem terapevtskem postopku se ga enostavno spere. ■



**Slika B1 in B2: Krvavitev po brušenju**

**Slika B3: Nanos expasyla**

**Slika B4: Počakamo 2 minuti in 30 sekund**

**Slika B5 in B6: Dlesen postane blede in krvavitev se ustavi**

**Slika B7: Natančen odtis**

**Slika B8: Natančno izdelana krona v zobotehničnem laboratoriju**

**Slika B9: Stanje po cementiranju**



## 4. seminar o bolečini

Prvi obisk vodstva IASP v Sloveniji

Marija Pečan, Nevenka Krčevski Škvarč

Slovensko združenje za zdravljenje bolečine (SZZB) je slovenski medicinski javnosti že znano. Ob ustanovitvi decembra 1996 si je zadalo nalogo, da s člani in sodelavci najprej obravnava snov, ki jo IASP predlaga kot temeljno znanje o bolečini za vse zdravnike in njihove najozje sodelavce, ki se na kakršen koli način ukvarjajo z zdravljenjem bolečine. Združenje je svoje cilje uresničevalo tako, da je vsako leto organiziralo en študijski seminar. Povabila na seminar vedno spremlja stavek "Seminar je namenjen zdravnikom, ki se ukvarjajo z lajšanjem bolečine in vsem, ki si želijo poglobiti znanje o bolečini in njenem lajšanju". SZZB je poleg študijskih seminarjev o bolečini vsako leto organiziralo ali soorganiziralo še tematske seminarje in simpozije o bolečini skupaj z drugimi strokovnimi sekcijami in združenji. Pogosto so pri teh strokovnih sestankih sodelovali ugledni strokovnjaki iz tujine.

Mednarodno združenje za proučevanje bolečine (IASP) je svetovno znano združe-

nje s sedežem v Seattlu, ZDA, ki deluje v številnih sekcijah in je interdisciplinarno. Najbolj številno je zastopana anesteziologija. Ena vodilnih nalog IASP-ja je spodbujanje in pomoč pri ustanavljanju nacionalnih društev za zdravljenje bolečine, med njimi je tudi SZZB. Ko se nacionalno združenje dovolj razvije, ga IASP sprejme med redne članke. SZZB je s svojim intenzivnim delom sprejem doseglo v treh letih. Na IX. svetovnem kongresu IASP leta 1999 na Dunaju smo bili sprejeti med redne članke tega združenja. Sprejeti pa smo bili tudi v Evropsko federacijo IASP (EFIC- European Federation of IASP Chapters).

Vodstvo IASP je sprejelo povabilo, da se osebno in dejavno udeleži 4. seminarja o bolečini v Sloveniji. Vsebino 4. seminarja o bolečini so sestavljala poglavja, ki jih doslej še nismo obravnavali - bodisi zato, ker še nimamo domačih strokovnjakov za specialno temo ali pa kako drugače še nismo uspeli v svojih prizadevanjih. Ni lahko vzpostaviti interdisciplinarnega sodelovanja. Večina klini-

kov poleg zdravljenja bolečine opravlja še številna rutinska opravila. Zdravljenje bolečine terja tudi zelo obsežno znanje, tako s področja temeljnih ved kot s področja različnih medicinskih specialnosti, zato je dejavnost zares učinkovita tedaj, ko uspe vzpostaviti kontinuirano interdisciplinarno sodelovanje.

Na 4. seminarju o zdravljenju bolečine smo prvič obravnavali orofacialno bolečino, dotaknili smo se bolečine s stališča etike, zmožnosti za delo in bolečine pri aidsu. Prvič smo tudi obravnavali osnovne in klinične raziskave o bolečini. Na 4. seminarju o bolečini smo obsežnejše obravnavali revmatsko bolečino in bolečino pri otroku.

### Orofacialna bolečina

Prof. dr. Barry Sessle, dr. med., Toronto, Kanada, je sedanji predsednik IASP. Njegovo specialno raziskovalno in klinično področje je orofacialna bolečina. Govoril je o periferni in centralni senzitivaciji v povezavi z orofacialno bolečino. Domače izkušnje



Prof. dr. Barry Sessle, predsednik IASP



Asist. mag. Nevenka Krčevski Škvarč med slovesno otvoritvijo 4. seminarja o bolečini



**Gostje slovesne otvoritve: direktor bolnišnice G. Pivec, dr. med., predstojnik kirurgije prof. E. Gadžijev, predstojnik anesteziologije prim. Z. Zabavnik, prim. dr. Z. Turk (z leve)**

z zdravljenjem temporomandibularne bolečine in drugih sindromov oralne in obrazne bolečine sta, glede na večletno dokumentacijo Kliničnega oddelka za maksilofacialno in oralno kirurgijo predstavila mag. Aleš Vesnaver, dr. med., in asist. Andreja Eberlinc, dr. med. Eden izmed zelo izkušenih anesteziologov na področju zdravljenja bolečine pri nas, Živan Vrabl, dr. med., pa je obravnaval diferencialno diagnostiko; predaval je o možnostih izključitve atipične obrazne bolečine.

Bolečina in zmoglost za delo. O načelih in vsakdanji praksi ocenjevanja delazmoglosti pri ljudeh z bolečino je govorila prof. dr. Amanda C. Williams, dr. med., iz Londona, o dejanski fizični sposobnosti pri bolniku z bolečino pa prof. dr. Maureen J. Simmonds, dr. med., iz Houstona v ZDA. Domači prispevek sta predstavila specialista fizikalne terapije prim. dr. Zmago Turk, dr. med., in Dušan Čelan, dr. med., iz Maribora. Obravnavala sta pomen bolečine pri izvajanju medicinske in profesionalne rehabilitacije.

## Bolečina in etika

Prof. dr. Jože Trontelj, dr. med., je bil ustanovni član IASP, njegova znana prizadevanja za razvoj in organiziranje protibolečinske dejavnosti odsevajo tudi v SZZB, saj je bil tudi naš ustanovitveni član; naslov njegovega predavanja na 4. seminarju o bolečini je bil Razmišljanje o etiki raziskav o bolečini. Probleme pokroviteljstva, zaščite in olajšanja bolečine pri kroničnih bolnikih je obravnavala prof. dr. Irena Madjar, iz New-

castla v Avstraliji. O zgradbi osebne resničnosti bolečine je govoril Robert Lange, dr. med., iz Aucklanda v Novi Zelandiji. Domači prispevek k tej temi so bila Etična vprašanja pri lajšanju bolečine pri bolniku s pljučnim rakom - asist. mag. Marjetka Zorman Terčelj, dr. med., iz Ljubljane.

## Osnovne in klinične raziskave o bolečini

Obravnavali smo raziskovanje vnetne bolečine v ženskih reproduktivnih organih (doc. dr. Maria Adele Giamberardino, dr. med., iz Italije), vlogo talamusa pri bolečini (Jonathan Dostrovsky, dr. med., Toronto) in proučevanje perifernega nadzora vnetne bolečine (prof. dr. Sergio Ferreira, dr. med., iz Braziliije). Prispevek slovenskih raziskovalcev je obravnaval občutljivost senzoričnih aksonov na lidokain pri podgani (asist. mag. Igor Potočnik, dr. stom., mag. Martin Tomsič, univ. dipl. inž. el., asist. mag. Fajko Bajrovič, dr. med., Stomatološka klinika in Patofiziološki Inštitut MF, Ljubljana).

## Revmatska bolečina

Revmatsko bolečino je označila prim. dr. Mojca Kos Golja, dr. med., iz Ljubljane. O tem, koliko zdravljenje revmatske bolečine vpliva na lajšanje bolečine sta

poročala asist. mag. Artur Pahor, dr. med., in Iztok Holc, dr. med., iz Maribora. Majda Šarman, dr. med., anesteziologinja s Ptuja je predstavila zdravljenje mišično kostne bolečine. Predsednica SZZB, asist. mag. Nevenka Krčevski Škvarč, dr. med., pa je obravnavala fibromialgijo.

## Bolečina pri otroku

Obravnavali smo akutno bolečino pri otrocih. Predavala je Milena Kremesec, dr. med., anesteziologinja, ki se ukvarja predvsem z otroško anestezijo. O kronični bolečini pri otrocih je govorila prim. Jožica Anžič, dr. med., ki se ukvarja z zdravljenjem raka pri otrocih, na Onkološkem inštitutu v Ljubljani. Bolečino pri novorojencih je prikazala Zlatka Kanič, dr. med., iz Maribora. Na koncu nam je doc. dr. Janez Tomažič predstavil bolečino pri aidsu.

Seminarja se je udeležilo nad sto zdravnikov različnih specialnosti. V gradivih seminarja je bila lična knjiga seminarjskih referatov. Seminar je bil v Mariboru, v stolpnici bolnišnice, potekal je meseca junija 2000.

4. seminar o bolečini je spremljala živahna obseminarska dejavnost. Predsednika, prof. B. Sessla, je pred seminarjem sprejel njegov stari znanec, prof. dr. Uroš Skalarič, dr. med., predstojnik Stomatološke klinike in prodekan Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani. Gost je posebej za strokovnjake različnih oddelkov Stomatološke klinike predaval o kliničnem in raziskovalnem delu in dosežkih na področju ustne in obrazne bolečine.

Po opravljenem seminarju je predsedstvo IASP opravilo svojo spomladansko konferenco v Sloveniji. Ker so izredno delavni, je bilo prav malo časa za geografsko predstavitev naše dežele. Kljub temu so o njej vsi dobili zelo lepe vtise, posebej bili navdušeni nad ogledom Ptuja in njegovih znamenitosti.



**Publikacije SZZB**



**Udeleženci seminarja**

Namen tega zelo podrobnega poročila je dvojen. Pravkar je minilo zadnje letošnje strokovno srečanje SZZZB z naslovom Prika-

zovanje bolečine. Bilo je v zdravilišču Moravske toplice od 24. do 25. 11., soorganizator je bila Splošna bolnišnica Murska Sob-

ta. Na volilnem občnem zboru, ki je sledil strokovnemu delu srečanja in na katerega so bili povabljeni vsi udeleženci srečanja, smo izvedeli, da je bilo v obdobju enega mandata 12 strokovnih sestankov, ki jih je spremljalo 11 publikacij, članstvo združenja pa vztrajno narašča. V odprti razpravi je bila poudarjena želja po organizirani interdisciplinarni dejavnosti na področju proučevanja in zdravljenja bolečine. Dobilo je takojšen pozitiven odmev v vrstah tokratnih gostov nevrologov in nevrofiziologov.

Bralcem Izide želimo sporočiti tudi to, da je na sedežu SZZZB na voljo še nekaj gradiv iz seminarjev in strokovnih srečanj. Kogar pa zanima izid volitev na občnem zboru SZZZB, sporočam, da je sedanje vodstvo (asist. mag. N. Krčevski Škvarč, dr. med., predsednica, prim. Marija Godec, dr. med., podpredsednica, asist. mag. Mirt Kamenik, dr. med., tajnik, Mateja Lopuh, dr. med., blagajničarka) dobilo še en mandat. ■

## Poročilo o intersekcijskem sestanku travmatologov, ortopedov in fiziatrov

Radko Komadina

**D**ruštvo travmatologov Slovenije, Združenje ortopedov SZD in Združenje za fizioterapijo in rehabilitacijsko medicino so pripravili srečanje o zlomih medenice z mednarodno udeležbo od 16. do 17. novembra 2000 v Laškem. Zbranih je bilo več kot 110 članov vseh treh združenj. Vabljeni predavatelja iz tujine sta bila prof. dr. Johannes Rueger z univerzitetne klinike v Hamburgu in prof. dr. Bernardo Pavolini z univerzitetne klinike v Firencah. Prvi je kot član delovne skupine Joela Matte zagovornik odprte naravnave in notranje učvrstitve zloma, drugi pa z zunanjim fiksatorjem tretje generacije uspešno stabilizira tudi zlome medenice z vertikalnim pomikom fragmentov. Svoje izkušnje so predstavili tudi slovenski kolegi, ki obvladajo to zahtevno področje travmatologije: mag. Matej Cimerman iz

Ljubljane, prim. Miodrag Vlaović iz Celja, asist. mag. Andrej Čretnik iz Maribora in Matej Andoljšek z Jesenic. Nasprotna stališča obeh tujih gostov so izzvala bogato diskusijo. Zaključek travmatologov je bil ustanoviti slovensko delovno skupino, katere delo bo usklajeval mag. Cimerman in ki bo skrbel za strokovno obravnavo teh hudih poškodb po na novo sestavljenem protokolu.

V fiziatričnem delu je izkušnje o zgodnji bolnišnični rehabilitaciji predstavil prim. mag. Aleš Demšar, zdraviliško rehabilitacijo Silvo Krelj, šef-zdravnik Zdravilišča Laško, in mag. Duša Marn-Vukadinovič z Republiškega inštituta za rehabilitacijo invalidov v Ljubljani rehabilitacijo posebej zahtevnega primera.

Malo število operiranih zlomov medenice v dvomilijonski državi vodi tudi k male-

mu številu kasnih ortopedskih rekonstrukcij, posttravmatskih deformacij medenic, o katerih so govorili ortopedi: prim. dr. France Vrevc z Ortopedske klinike v Ljubljani, prim. Vilibald Vengust z Ortopedskega oddelka v Celju in Miloš Kramberger z Ortopedskega oddelka v Mariboru. Kljub temu so prikazali posamezne uspešne primere zdravljenja sicer zelo kompliciranih primerov.

Fiziatri so opravili ob koncu redno letno skupščino, travmatologi pa še volilno skupščino, saj je dosedanjemu izvršilnemu odboru potekel mandat. Ponovno so izvolili dosedanjšega predsednika, rednega profesorja dr. Vladimirja Smrkolja, predstojnika Katedre za kirurgijo Medicinske fakultete, za naslednje 4-letno obdobje.

Prijazni gostitelj mag. Roman Matek, direktor Zdravilišča Laško, je omogočil prijet-

no druženje tudi po strokovnih predavanjih, za kar se mu travmatologi, ortopedi in fizioteri iskreno zahvaljujemo.

### Skupščina društva travmatologov Slovenije Laško, 18. november 2000

Soglasno se izvoli delovno predsedstvo, v katerem so Jože Ferk, dr. med., Franc Drobnič, dr. med., in Matej Andoljšek, dr. med.

*Sprejet je bil dnevni red:*

1. Poročilo o delovanju društva v preteklem obdobju.
2. Volitve.
3. Razno.

#### K točki 1

O delovanju društva je poročal dosednji predsednik Društva travmatologov Slovenije prof. dr. Vladimir Smrkolj.

Tajnik društva, doc. dr. Radko Komadina, je podal finančno poročilo. Na računu društva je po sestanku v Laškem 98.000 tolarjev.

Na poročila je razpravljal doc. dr. Martin Tonin. Opozoril je na nedejavnost društva v evropskem prostoru, na kar je bil opozorjen na letošnjem Evropskem kongresu travmatologov v Hannoveru. Poudaril je pomen sodelovanja z Evropskim združenjem travmatologov. Osrednjo povezovalno vlogo naj bi imelo DTS. Opozoril je tudi na premajhno

transparentnost dejavnosti DTS, saj o njej niso dovolj seznanjeni vsi travmatologi.

Replika tajnika društva je bila, da je vso dokumentacijo o poročilih, mednarodnih dejavnostih društva, delu Strokovne komisije društva itd. dostavljal na naslove predstojnikov oddelkov v velikih pisemskih ovojnicah, v njih pa je bilo število kopij, enako številu članov društva na obravnavanem oddelku.

Poročila so bila na glasovanju sprejeta.

#### K točki 2

Sledila je predstavitev dveh kandidatnih list. Nosilec liste A, prof. dr. V. Smrkolj, je predstavil listo, ki s svojimi kandidati pokriva vso Slovenijo. Vključen je odbor za posebna področja. Nosilec strokovne doktrine naj bi bil predstojnik Kliničnega oddelka za travmatologijo. Zavzel se je za razdelitev dela in pripravo strokovnih sestankov po vsej Sloveniji. Končati je potrebno delo o izvedenstvu v travmatologiji, ki je v zaključni fazi. Okrepiti je potrebno stike s tujino. Zavzel se je za organizacijo kongresa DTE leta 2006.

Doc. dr. M. Tonin je predstavil listo B. Poudaril je pomen delovanja DTS v mednarodnem sodelovanju, v organizaciji urgentne službe v Sloveniji, na strokovnem in pedagoškem področju, in v organizaciji izvedenstva v Sloveniji. Vključiti je potrebno periferne bolnišnice, izboljšati obveščanje o de-

javnostih DTE in popraviti statut DTS. Potrebno je dobiti organizacijo kongresa 2006.

Sledila je diskusija o volilni pravici. Z večino je bilo sprejeto, da imajo pravico do glasovanja vsi travmatologi in specializanti, ki so na listi članov DTS. Predsedstvo ugotovi, da je na seznamu DTS 88 članov, in sicer 84 specialistov in 4 specializanti.

Verifikacijska komisija (mag. Matej Cimerman, dr. med., Radoslav Rusek, dr. med.) je ugotovila prisotnost 58 članov (54 specialistov, 4 specializanti).

#### Potrdi se sklepčnost skupščine.

Volilna komisija (Božidar Buhanec, dr. med., Miloš Vesel, dr. med., dr. Aleksander Kruščič) je izvedla volitve. Oddanih je bilo 55 glasovnic. 34 jih je glasovalo za listo A in 20 za listo B. Ena glasovnica je bila neveljavna.

Predsedstvo je na podlagi rezultatov volitev za novega predsednika DTS izvolila prof. dr. V. Smrkolja. Hkrati je bilo razrešeno staro vodstvo.

#### K točki 3

B. Buhanec, dr. med., je seznanil člane društva o delovanju podkomisije za bolnišnično urgenco pri Ministrstvu za zdravstvo. Delo komisije je v zaključni fazi.

Mag. M. Cimerman, dr. med., je poročal, da so dosegli v okviru sekundarijata razmerje med kirurškim in internim delom na 4 : 6.

Mag. Andrej Aleš, dr. med., je predstavil novo izdajo Manuala osteosinteze in ponudil pomoč pri nakupu po znižani ceni za člane DTS.

M. Andoljšek, dr. med., je predstavil nekaj sklepov srečanja travmatologov sosednjih dežel na Madžarskem. Smiselno je ohraniti stanke in vključiti še Hrvaško. Zaradi enakopravnosti naj bi bil uradni jezik angleščina.

Po koncu strokovnega dela sestanka v Laškem je strokovni svet nedvoumno sprejel naslednje tri sklepe, ki jih je predlagalo predsedstvo:

1. Pri vsakem politravmatiziranem ali nezavestnem poškodovancu je potrebno napraviti AP-sliko medenice.
2. Reanimacijske prostore je potrebno opremiti z medeničnimi sponami.
3. DTS oblikuje strokovno skupino za vprašanja zdravljenja poškodb medenice. Skupino naj vodi mag. Matej Cimerman, dr. med. ■



Z desne: prim. mag. A. Demšar, doc. dr. R. Komadina, prof. dr. J. Rueger, prof. dr. V. Smrkolj, prim. M. Vlaović

Zapisal: Drago Brilej  
Overitelj za zapisnika: mag. Miroslav Batišta,  
doc. dr. Dragica Smrke

# Osma mednarodna delavnica o debelosti

Budimpešta, od 24. do 26. novembra 2000

Nena Kopčavar Guček

**P**ravzaprav je blizu: 550 kilometrčkov! In hkrati je daleč: v osmih urah, kolikor jih (vključno kak postanek) iz Ljubljane po cesti potrebujete do Budimpešte, bi bili z letalom v Ameriki.

Nekateri so res prišli tudi iz Amerike, večina približno petdesetih udeležencev pa nas je bilo Evropejcev. Še zdaleč nismo bili samo zdravniki, temveč tudi psihologi, dietetiki, farmacevti.

Že v uvodnem predavanju je profesor Peter Kopelman iz Velike Britanije predstavil integrirani, celostni pristop k zdravljenju debelosti. Pri hujšanju ne gre le za tako rekoč kozmetično korekcijo telesne (samo)podobe, temveč za spremembo življenjskega sloga.

Profesor Robert Kushner iz Chicaga, ZDA, je natančneje poudaril sestavine uspešnega zdravljenja: ne le dieta, temveč tudi telesna dejavnost, sprememba obnašanja (psihološka obravnava) in zdravniška oskrba. Tudi sam dela v centru, kot del delovne skupine. Sodeluje še z dietetikom, kliničnim psihologom in vaditeljem telesne vzgoje. Sploh ni nujno, da so vsi prisotni v isti zgradbi, je poudaril. Pomembna je tesna strokovna poznanost.

Profesor Foreyt iz ZDA je v živahnem predavanju (bili smo opozorjeni, naj si pripnemo varnostne pasove) podčrtal, da pri Mc Donald'su je 7 odstotkov Američanov, da naj bi v prihodnje v Ameriki nihče ne imel več kot tri minute z avtom do najbližjega Mc Donald'sa in da povprečni ameriški otrok letno vidi na televiziji več kot 10.000 reklam za hrano.

Ni čudno, da je prav tam največ debelih!

Kot rešitev je šaljivo predlagal airbag (zračno blazino), ki bi se napihnila ob odpiranju vrat hladilnika. Dr. Milivoj Piletič, diabetolog iz Novega mesta, je umestno pripomnil (seveda polglasno), da se lahko človek tudi prehladi, če kar naprej hodi v hladilnik...

Samonadzor, brzdavanje kompulzivnih na-



*Maja Vrbovec, Andrea Česnik, Janko Dolinar, Nena Kopčavar Guček, Milivoj Piletič, Bojana Ratajc, prof. Robert Kushner, prof. Peter Kopelman (od leve)*

padov požrešnosti, sprememba življenja v majhnih korakih, uspešno obvladovanje stresa, podpora v družini in okolici nasploh so pogoji, ki lahko zagotovijo dolgoročen in uspešen nadzor nad telesno težo.

Profesor Kopelman je med načini hujšanja (poleg splošno znanih diet, telesne dejavnosti in kombinacije obeh) izvil terapijo z zdravili. Orlistat in sibutramin, ki sta registrirana tudi pri nas, naj bi bila namenjena predvsem pacientom s prebavnimi motnjami, tistim z omejenimi možnostmi gibanja (npr. artritis, paraplegiki itd.) ter bolnikom z visokim tveganjem za nastanek zapletov debelosti. Farmakoterapija naj bi bila primerna kot podpora tudi za vse tiste pa-

ciente, ki po trimesečnem hujšanju z dieto - ki je še vedno glavni steber zdravljenja debelosti - niso uspeli zmanjšati svoje telesne teže niti za 5 do 10 odstotkov. Cilj zdravljenja debelosti je namreč zmanjšanje teže in ohranjanje zmanjšane teže, in sicer v tolikšni meri, kolikor je potrebno za izboljšanje zdravstvenega stanja v najširšem smislu.

Številne raziskave so pokazale, da 10-odstotno zmanjšanje teže izboljša glikemično urejenost pri bolnikih z (od insulina neodvisnim) diabetesom tipa II, zniža krvni tlak pri debelih hipertenzivnih bolnikih in izboljša profil krvnih maščob pri bolnikih z dislipidemijo. Izboljšajo se tudi razpoloženje in družabno delovanje, zmanjšajo se sympto-



mi zadihanosti in osteoartritis, izboljšajo se mere kakovosti življenja. Pogosto se medicinski cilji (ki temeljijo na stvarnih ocenah možnosti zdravljenja) in bolnikova pričakovanja zelo razlikujejo.

V številnih smernicah za zdravljenje debelosti v skupinah in tudi v strokovnih farmaceutskih krogih je 10-odstotno zmanjšanje teže privzeto kot zadovoljiv cilj. In prav cilj je uresničljiv s pomočjo zdravil za zdravljenje debelosti.

Kirurški posegi oz. t. i. bariatrična kirurgija (t. i. gastric band oz. zoženje vhoda v želodec in različne tehnike obvoda želodca) naj bi bili upravičeni le v primerih ekstremne debelosti z indeksom telesne mase nad 40.

Presenetljiv je bil podatek, da je možno tudi zdravljenje s sibutraminom in orlistatom hkrati.

Zdravili imata namreč povsem različni prijemaljšči v telesu: orlistat je inhibitor črevesnih lipaz, sibutramin pa inhibira privzem serotonina in noradrenalina. Možnost obratnega zdravljenja je zaenkrat samo teoretična, saj zaradi pomanjkanja kliničnih podatkov še ni priporočljiva.

Udeleženci smo se zatem posvetili delu v številnih skupinah, ki so jih vodili že omenjeni profesorji in profesor Luc Van Gall z Nizozemske.

Nekateri smo predstavili po en primer iz lastne prakse. Namen vsake od 30-minutnih predstavitev je bil izmenjava izkušenj in možnosti pri zdravljenju debelosti. Zanimivo je bilo, da večina primerov ni bila "zgodba o uspehu". Prevladovali so težavni primeri, ki so jih izkušeni moderatorji in člani posameznih skupin osvetlili z novih strani in pomagali poiskati nove prijeme pri zdravljenju. V nekaterih primerih pravzaprav sploh ni bilo možno najti rešitve, spet drugje je kazalo, da bo treba zdraviti celo vas in ne samo debelega posameznika.

Izkazalo se je tudi, da kirurški posegi niso kos neskončni želji po hrani. Pacientka, ki jo je predstavila kolegica iz Španije se je kljub kirurški zožitvi vhoda v želodec, zredila za štirideset kilogramov...

Na plenarnem zasedanju so mentorji poročali o delu posameznih skupin. Debelost v svetu narašča, in je s prevalenco 10 do 25 odstotkov najpogostejša kronična presnov-

na bolezen. Hkrati je drugi najpomembnejši odstranljivi vzrok povečane obolevnosti in umrljivosti. S strokovnim znanjem in s celostno obravnavo lahko uspešno zdravimo le tiste debele paciente, ki so za zdravljenje motivirani. Agresiven pristop ni primeren za vse paciente, pomembna je motivacija.

Zdravila so pri zdravljenju debelosti uspešno dopolnilo in podpora, ob upoštevanju vseh kontraindikacij.

Žal večino pacientov lahko motiviramo šele, ko se pojavijo posledice na zdravju: srčnožilne bolezni, dislipidemija, zvišan krvni tlak, sladkorna bolezen, artroza kolena, žolčni kamni...

Barve slovenske vitkosti so zastopali: Andrea Česnik, Janko Dolinar, Maja Vrhovec, Milivoj Piletič, Bojana Ratajč in Nena Kopčavar Guček.

Oranizacija kongresa je bila tako vzorna, da smo vsi nekdanji in bodoči organizatorji strokovnih srečanj lahko le "strmeli" in se učili.

Zahvaljujemo se mag. Bojani Ratajč za možnost udeležbe, požrtvovalno vodenje, spremljanje in prijetno druženje na kongresu. ■

# Mednarodna združenja gorskih reševalnih organizacij (IKAR) v letu 2000

Iztok Tomazin

**I**KAR (Internationale Kommission für Alpinen Rettungswesen) je svetovno združenje reševalnih organizacij, ki delujejo v gorah in drugih težko dostopnih krajih. Največ članic je iz Evrope, kjer je združenje nastalo leta 1955, med ustanoviteljicami je bila tudi Jugoslavija. Strokovna telesa IKAR so komisije: medicinska, komisija za zemeljsko reševanje, komisija za letalsko reševanje in komisija za plazove. V njih sodelujejo delegati držav članic oziroma njihovih reševalnih organizacij, v medicinski komisiji so to izključno zdravniki.

Od 9. do 12. novembra 2000 je potekala

skupščina IKAR, ki sem se je udeležil kot vodja zdravniške podkomisije Gorske reševalne službe Slovenije (GRSS) skupaj z drugimi predstavniki vodstva GRSS. Prvotno bi morala biti letošnja skupščina v ZDA, vendar so jo zaradi organizacijskih težav in za večino udeležencev prevelikih stroškov potovanja prestavili v Evropo. Organizacijo so prevzeli južni Tirolci in se kljub pomanjkanju časa izkazali, čeprav brez manjših pomanjkljivosti ni šlo. Zbrali smo se na Južnem Tirolskem v slikovitem kraju Dorf Tirol, ki leži na planoti visoko nad Meranom.

Sodeloval sem predvsem pri delu medi-

cinske komisije, izven te obveznosti pa tudi v drugih delih programa skupščine, ki je bila tudi volilna. Časa za ogled zanimivosti Dorf Tirola in bližnje okolice zato ni bilo veliko.

**Komisija za plazove** se je ukvarjala predvsem z novimi pripomočki za iskanje zasutih pod plazovi. Napredek tehnike je opazen tudi na tem področju, nekateri aparati omogočajo iskanje zasutih iz helikopterja, seveda pa ne gre brez sodelovanja zemeljske ekipe, ki mora po odkritju ponesrečenca čim prej odkopati. Vsej tehniki navkljub pa so pri iskanju še vedno med najučinkovitejšimi posebej izsolani lavinski psi. ►

Na komisiji za zemeljsko reševanje so največ pozornosti posvetili opremi in tehnični reševalnih postopkov. V gorah in drugih težko dostopnih krajih ima bistvene prednosti reševanje s helikopterjem, ki pa je pogosto omejeno z vremenskimi pogoji, nočjo, ponekod pa tudi s stroški in težko dosegljivostjo helikopterja. Razmerje med stroški in koristnostjo je na tem področju zelo pomembno.

**Letalska komisija** je najprej izvedla demonstracijo in preizkus najnoveše verzije reševalnega helikopterja A 109 Power, nato so se lotili obravnave nesreč pri reševanjih s helikopterji v letu 2000. Bilo jih je veliko, saj je tovrstno reševanje sicer zelo učinkovito, hkrati pa zahtevno in nevarno. Slovenci letos na srečo nismo prispevali k tragični statistiki. Najhujšo letalsko reševalno nesrečo so doživeli v Švici, ko sta na vaji zaradi napačne smeri leta trčila dva helikopterja. 8 reševalcev je umrlo, nekaj pa se jih je težko poškodovalo. Že nekaj let je znano, da smo Slovenci po tehnični plati (usposobljenost, oprema vključno s helikopterjem) blizu svetovnega vrha, naša šibka točka pa je amaterska organizacija z vsemi slabostmi, predvsem naključno dosegljivostjo usposobljenih zdravnikov in reševalcev in temu primernimi dolgimi odzivnimi časi. Edina možnost napredka na tem področju so vsaj delna profesionalizacija, stalna dežurstva celotne ekipe ob helikopterju in namenski reševalni helikopter. Prvi skromen, a obetaven korak na tem področju smo v letu 2000 že napravili - projekt "dežurstva 2000", ko je ob vikendih med glavno planinsko sezono v helikopterski bazi na Brniku dežurala celotna reševalna ekipa. Cilji projekta (skrajšanje odzivnega časa, bolj kakovostna oskrba pacientov, racionalizacija uporabe helikopterja) so bili doseženi. Upamo, da bosta v naslednjem letu tako Ministrstvo za zdravstvo kot Zavod za zdravstveno zavarovanje podprla nadaljevanje projekta, katerega cilj je zagotoviti stalno dežurstvo reševalne ekipe in bistveno izboljšati kakovost reševanja in zagotavljanja nujne medicinske pomoči v gorah in drugih težko dostopnih krajih Slovenije.

**Medicinsko komisijo (MedCom) IKAR** vodi dr. Urs Wiget, zdravnik švicarske letalske reševalne službe REGA. Rednih članov MedCom nas je 35, naša strokovna usmeritev pa je zelo pestra, kar omogoča kompleksen pristop k obravnavanim problemom. Zastopane so skoraj vse specialnosti od epidemiologov, internistov, pediatrov do urgentnih zdravnikov, kirurgov in anesteziolo-

gov. Skupno vsem je, da jih zanima gorništvost in se ukvarjajo z reševalnim delom v gorah in drugih težko dostopnih področjih, nekateri poklicno, drugi pa poleg svojega rednega dela, kar velja tudi za vse slovenske zdravnike gorske reševalce.

1. Na uvodnem zasedanju MedCom smo se najprej seznanili - vsak je na kratko predstavil sebe (zaposlitev, strokovne interese, reševalno delo, alpinistično in drugo dejavnost) in reševalno organizacijo, ki jo predstavlja.

2. Sledila so kratka poročila o letošnjih kongresih gorske in višinske medicine. Nekaj zanimivosti:

**Svetovni kongres gorske medicine v Arici (Čile)**: vse več je potrditev hipoteze, da je višinski pljučni edem (VPE) samostojno stanje, ne pa le zaplet, ki izhaja iz patofizioloških mehanizmov akutne višinske bolezni. Pri VPE gre verjetno predvsem za poškodbe kapilarnega endotela v pljučnih žilah in za dodatne negativne vplive pljučne hipertenzije. Pomenljiva, že skoraj anekdotična je informacija, da se viagri obeta nova indikacija - zdravljenje VPE, kar pa ni presejnetljivo, saj gre za enega najmočnejših vazodilatatorjev. Sicer pa je na takih srečanjih opazna razlika med praktiki - zdravniki, ki so hkrati alpinisti in reševalci ter teoretiki, ki jih gorska medicina zanima predvsem teoretično oz. z raziskovalnih aspektov. Redki so oboje hkrati.

**Kongres gorske medicine v Brunecku** (Južna Tirolska) je zelo lepo uspel in prerastel sprva zamišljene regionalne okvire. Posvečen je bil predvsem boleznim in poškodbam zaradi mraza. Izvečke kongresa je mogoče najti na internetu, naslov je priložen.

Kljub velikim izkušnjam in strokovnemu delu tako MedCom IKAR kot UIAA je pri "teoretikih", ki se ukvarjajo z medicinsko doktrino, to premalo upoštevano. Navedli so primer iz letošnjega zbornika "Resuscitation": v članku o podhladitvi niso sodelovali avtorji, ki se na terenu in klinikah s tem največ ukvarjajo. Stališča MedCom IKAR in UIAA so še premalo upoštevana, kar bo potrebno izboljšati z dejavnim delom vseh članov.

**Spomladansko srečanje MedCom v Franciji** je bilo zanimivo tudi zaradi praktičnih vaj iz reševanja v kanjonih, ki je izredno zahtevno, izkušenj pa je malo. Postaja pa kanjonjone (po slovensko soteskanje) vse bolj popularen, zato se povečuje tudi število nesreč.

3. Politika se marsikje vmešava v reševal-

ne organizacije ali pa njihovi člani skušajo delovati "politično". Tudi IKAR ni imun za te stvari. Predsednik MedCom IKAR je npr. izstopil iz švicarske alpinistične organizacije zaradi nestrinjanja z načinom dela, pa tudi zaradi pretiranega vmešavanja laikov v strokovne zadeve. Že videno...

Iz Francije je prišla zanimiva in presenetljiva novica: zapirajo znano bolnišnico v Chamonixu. To bo imelo negativen vpliv na reševanje v tamkajšnjih gorah, saj bo odslej najbližja bolnišnica zelo oddaljena. Povečali se bodo stroški reševalnih prevozov, podaljšal se bo čas do dokončne oskrbe pacientov.

4. Največ časa in energije nam je vzelo delo na priporočilih. Ena osnovnih usmeritev MedCom IKAR je namreč izdelava *strokovnih priporočil* predvsem za zdravnike reševalnih služb, deloma pa tudi za druge gornike. V zadnjih letih so bila tako izdana naslednja priporočila, ki so pregledna, jedrnata in praktično uporabna za izvajanje prve in nujne medicinske pomoči tudi izven gora:

- Oskrba zmrzlin na terenu (za gornike)
- Oskrba izpahov in zlomov na terenu (za člane reševalnih ekip vključno z zdravniki)
- Sestava modularnih kompletov za nudenje prve pomoči v gorah (za alpiniste, za gorske vodnike, za zdravnike alpiniste)
- Imobilizacija pri gorskem reševanju
- Repozicija in oskrba izpaha rame na terenu (za zdravnike in poklicne reševalce)
- Urgentna torakostomija na mestu nesreče (za zdravnike)
- Terapija bolečine na terenu (za zdravnike)
- Vsebina omarice za prvo pomoč v planinskih domovih (za zdravnike in farmacevte v skladu z nacionalnimi priporočili)
- Urgentna intubacija in ventilacija na terenu (za zdravnike)
- Medicinska oskrba pri podhladitvi na terenu (za zdravnike in člane reševalnih služb)

Letos smo obravnavali naslednje osnutke priporočil:

- Oprema zdravnika za reševanje v kanjonih. Tovrstno reševanje je običajno zelo zahtevno in dolgotrajno, poteka v neugodnih okoliščinah (mraz, mokrota), zato je potrebno pacienta pred transportom maksimalno oskrbeti, med transportom pa skrbno nadzirati.
- Minimalne zahteve za medicinsko izobraževanje poklicnih vodnikov soteskanja.

- Hemostaza pri hudih poškodbah glave, predvsem pri laceracijah skalpa.

Lotili smo se tudi revizije že izdanih priporočil.

5. Medicinska oprema. Zanesljivost, robustnost, čim manjša teža in enostavna uporaba so osnovne zahteve pri reševanju v gorah. Obravnavali smo:

- pulzni oksimetri Nonin: najmanjši, zelo praktični in zanesljivi. Predstavil jih je kolega iz Nemčije. Vsi so bili presenečeni, ko sem povedal, da smo z njimi pri nas že opremili vse zdravnike letalce GRSS.
- pištola za intraosnalno aplikacijo zdravil in tekočin pri otrocih in odraslih. Izhaja iz Izraela, kjer jo vojaški zdravniki s pridom uporabljajo. Kaže, da je zelo uporabna, nekaj članov MedCom je zadovoljenih, da do spomladanske seje, ki bo na Škotskem, pridobijo več podatkov in izkušenj.
- stetoskop za poslušanje skozi obleko.

- grelne vreče Thermamed za transport podhlajenih ali od mraza ogroženih pacientov. Tako vrečo smo pravkar kupili za helikopter GRSS, nimamo pa še praktičnih izkušenj.

- Vakuumske blazine: Švicarji še vedno uporabljajo 60 cm široke, čeprav so preozke za dobro imobilizacijo. Kompromis med priročnostjo in kakovostjo imobilizacije bi bile 80 cm ali vsaj 70 cm, kot jih imamo trenutno pri nas. Bili smo enotnega mnenja, da je vakuumska blazina z morebitnimi dodatnimi sredstvi osnova imobilizacije vseh težjih poškodb v gorah. Trda, toga nosila, ki jih zlasti v ZDA uporabljajo namesto blazin, smo ocenili kot neprimerna, razen kot dopolnilo blazinam npr. za večjo togost pri zahtevnem transportu. Prevladuje mnenje, da je za skromno uporabo vakuumskih blazin pri reševanju v ZDA kriva njihova visoka cena in občutljivost, pa tudi dej-

tvo, da jih niso izumili Američani.

6. Etični problemi: razvnela se je razprava o fotografiranju in snemanju zdravniških intervencij na terenu. To je koristno za dokumentacijo, v didaktične namene in v morebitne pravne namene, so pa tudi zadržki. Zaključek: če je pacient sposoben odgovarjati, se ga vpraša za dovoljenje, če ni, pa delamo po lastni presoji s čim manj razkrivanja obraza oz. identitete. Digitalni fotoaparati omogočajo različne korekcije. Material naj bo obravnavan po načelih medicinske tajnosti, uporaba le s privoljenjem pacienta. V prvi vrsti pa je potrebno upoštevati nacionalna priporočila, kjer obstajajo.

Na zaključku zasedanja je bil soglasno sprejet predlog, naj bo spomladansko zasedanje MedCom IKAR leta 2002 v Sloveniji.

Koristni naslovi: [www.mountainmedicine.org](http://www.mountainmedicine.org), [www.ikar-cisa.org](http://www.ikar-cisa.org), [www.bru-neck2000.com](http://www.bru-neck2000.com) ■

# Venska insuficienca

Učna delavnica v Brežicah

EBM-ZUM (Evidence based medicine - znanstveno utemeljena medicina)

Gordana Živčec Kalan

Medicina, utemeljena na dokazih, je danes realnost v vseh strokah in vajah medicine. Ob navedbi kate-rega koli podatka se takoj postavi vprašanje: "S čim je ta trditev podkrepjena?" Z razvojem nove tehnologije komunikacije - internetom - pa so podatki dostopni vse širši bazi uporabnikov. Še nekaj let nazaj smo se medicine učili iz učbenikov, ki so jih pisali priznani avtorji in se sklicevali na avtoriteto pisca. Danes so podatki znanstveno utemeljene medicine dostopni vsakomur, ki ima dostop do spleta ali je naročen na enega ali več strokovnih časopisov. Takoj pa se postavijo

vprašanja: ali so vsi ti podatki uporabni za vsakdanje delo? Ali so podatki dovolj verodostojni? Ali jim lahko slepo verjamemo? V kolikor so objavljeni v ugledni reviji, je le-ta nekoliko porok kakovosti, pa vendar je vse težje ločiti zrno od plevela. Zato je Katedra za družinsko medicino skupaj s Sekcijo za družinsko/splošno medicino pri Slovenskem zdravniškem društvu organizirala več učnih delavnic s področja znanstveno utemeljene medicine. Zadnja v letu 2000 je bila od 8. do 9. 12. v Brežicah, s temo venska insuficienca.

Kljub temu, da je bilo število udeležen-

cev omejeno na 30, je tema pritegnila nepričakovano veliko število udeležencev, zdravnikov splošne medicine, v večini mentorjev. V prijetnem okolju Čateških toplic se nas je zbralo več kot 40, prišla je celo kolegica iz Zagreba. Delavnica je bila razdeljena na dva didaktična dela; jutranje predavanje in popoldanska delavnica.

Teorijo iskanja podatkov preko spleta, iz velikih podatkovnih baz za medicino, sta nam na svojem interaktivnem predavanju pripravila gospa Tatjana Berger z IVZ-ja in mag. Josip Car s Katedre za družinsko medicino. Največ uporabljane so strani, ki jih sedaj brez-



*Udeleženci učne delavnice*

plačno ureja BMJ in njegove izdaje Evidence based medicine, ki obstaja tudi v knjižni obliki. Na področju preglednih člankov pa je najbolj kakovostna Cochran library baza, ki pa ima zaenkrat še naročnino.

Ker je teorija vedno suhoparna, sta na kar najbolj enostaven način poskusila predstaviti bistvene tehnike in načine iskanja, pa vendar je na koncu predavanja v zraku viselo vprašanje: "Le kako se znajti, ko si sam z računalnikom in jadraš nekeje po spletu, venter pa te nosi nekontrolirano?" V tolažbo manj večšim tehnikam uporabe računalnika na sploh, je gospa Berger pojasnila, da so že organizirane delavnice v posameznih krajih, na katerih se udeleženci učijo tehnik direktno na računalniku. Tako delo pa zahteva bistveno več časa, kot le eno dopoldansko predavanje. Tokratna delavnica je želela le nazkazati probleme ob uporabi računalnika.

V popoldanskem času so udeleženci v skupinah razpravljali na temo, kako se pri svojem delu odločajo in kako rešujejo strokovne probleme. Konkretno so lahko med seboj primerjali, kako si pomagajo, kadar pri delu naletijo na konkreten problem, kako zdraviti ali dati nasvet bolniku. Očitno je, da tudi bolniki iščejo podatke po spletu in prihajajo v naše ordinacije z že izdelanim mnenjem, kako in kaj želijo. To lah-

ko za vsakega zdravnika predstavlja velik izziv, pa tudi breme, ker so bolniki lahko "bolje informirani", četudi si teh informacij ne znajo pravilno razlagati. Tu ponovno pride na dan pomembnost osebnega stika, odnos zaupanja med zdravnikom in bolnikom, poslušanje, razumevanje, empatija in skupno odločanje, ki ga ne bo mogel nikoli nadomestiti noben računalnik s še tako dobrimi informacijami.

V drugem delu popoldneva smo imeli vajo "kritično branje člankov". Vsaka skupina je dobila tri strokovne članke s področij kliničnih tem in teorije branja. Udeleženci so pozitivno odgovorili na "vajo", katere namen je bil predstaviti, kaj se zgodi, ko odpremo "Pandorino skrinjico" informacij. Kako lahko ocenimo, da je podatek oz. članek za nas primeren? Ali je članek sploh napisan v skladu s strokovnimi zahtevami? Ali naj kar verjamemo vsemu, kar je napisano? Ali lahko v praksi uporabimo vse, kar smo prebrali? Kateri članki so bolj kakovostni, kateri so kakovostni samo za nas? Porajalo se je nešteto vprašanj, pa vendar je bil zaključek jase: dokler smo se učili iz učbenikov, je nekdo drug poskrbel, da je bilo vse zapisano, tudi resnično, in je s svojo avtoriteto tudi jamčil. Danes je ta odgovornost v veliki meri prenesena na naša ramena in se

sprašujemo drugače: "S čim je trditev podkrepjena?" Ta način razmišljanje zahteva nove veščine in nova znanja, ki jih je vsaj nazkazala vaja kritičnega branja člankov.

Naslednje jutro smo imeli dve predavanji na temo venske insuficience. Predavala sta prof. dr. Blaž Mlačak in asist. mag. Andrej Šikovec. V svojih predavanjih sta zajela vse, kar je danes znanega v diagnostiki in terapiji zdravljenja venske insuficience. Na ta način so lahko udeleženci preverili in dopolnili svoje znanje s tega področja. Hkrati pa so lahko oba predavatelja povprašali za mnenje o informacijah, ki so jih imeli sami in do katerih so prišli preko različnih virov. Bilo je vse premalo časa za odgovore, predvsem mag. Šikovca, katerega predavanje je bilo v anketi po delavnici odlično ocenjeno. Predvsem so bile razjasnjene dileme glede napotitev, tako k varikologu kot kirurgu, katero medikamentozno terapijo in predvsem zakaj svetovati, katere primere je nujno operirati, ker brez operacije ni pričakovati izboljšanja stanja. Udeleženci so v popoldanskem času v skupinah izdelali smernice za zdravljenje venske insuficience, ki so jih predstavili na večernem plenarnem srečanju. Smernice bodo uporabne v vsakdanjem delu splošnega zdravnika in jih bomo poskusili tudi objaviti.

Seveda na Dolenjskem ne gre brez pestrega družabnega življenja. Lokalna organizatorica Metka Blažević, dr. med., je ob velikodušni podpori Krke organizirala prijeten večer. Obiskali smo grad v Brežicah, kjer so nam v viteški dvorani zaigrali učenci v godalnem kvartetu. V gradu je znana vinska klet, v kateri smo poskusili več vrhunskih vin. O vsakem nam je kletar tudi nekaj povedal in smo svoje znanje razširili tudi na tem področju. Potem so nas pogostili z večerjo na gradu Mokrice, kjer smo pogledali tudi nekaj od notranjih dvoran in sob in kaj hitro razumeli, zakaj se tako domači kot tuji ugledni gostje radi "zamudijo" znotraj grajskih zidov. Ker se je že približevalo novo leto, nas je Krka presenetila tudi z novoletnimi darili ob odhodu.

Vsaka organizacija strokovnega srečanja zahteva od organizatorjev obilico dela "za kulisami". Tako je izdan zbornik s teoretičnimi in praktičnimi primeri znanstveno utemeljene medicine. Vsak udeleženec takšnega izobraževanja pa mora potem sam izdelati strategijo iskanja, ocenjevanja in uporabljanja podatkov, ki jih pridobi na ta, metodološko nov, način razmišljanja. ■

# Redni letni kongres Svetovnega združenja stomatologov - FDI

Matjaž Rode

**R**edni letni kongres zobozdravnikov, združenih v svoje svetovno združenje - FDI - je potekal od 27. novembra do 2. decembra 2000 v Parizu, mesto, ki še vedno predstavlja pojem evropske kulture in kot magnet privlači množice turistov z vsega sveta. Še enkrat se je pokazalo, da so kongresi zobozdravnikov med največjimi strokovnimi sestanki, saj je bilo tudi letos prisotnih okoli 17.000 udeležencev, ki so prišli od vsepovsod, največ pa seveda iz frankofonskih držav, saj je v Franciji brez znana francoščine še vedno težko.

Kongres je potekal v modernem Kongresnem centru, ki pa je bil kar pretesen za vse obiskovalce in predvsem za vse razstavljalce. Kot je že ustaljeno, je kongres potekal v dveh delih: stanovskem in strokovnem.

Stanovski del je potekal v dveh generalnih skupščinah, na katerih so delegati iz 125 držav, ki so predstavljali stomatološke sekcije, strokovna združenja in zbornice volili vodilne funkcionarje FDI, sprejemali finančni načrt FDI, sprejemali strokovna priporočila, ki so jih pripravili strokovnjaki FDI in razpravljali o mnogih problemih, ki pestijo zobozdravnike po svetu.

Evropski delegati smo v Parizu pripravili že ustaljeni "Dan evropskega zobozdravstva", kjer smo predstavili nekaj osnovnih značilnosti delovanja pa tudi nekaj glavnih zadreg evropskega zobozdravstva.

Posebno sejo smo delegati iz Evrope posvetili tudi nostrifikacijam diplom pa tudi mnogim problemom, ki so povezani s priznavanjem različnih specializacij s področja zobozdravstva, ki jih lahko najdemo v posameznih evropskih pa tudi drugih državah.

V razpravi je bilo ponovno poudarjeno, da nevladne organizacije ne morejo državam predpisati pravil izobraževanja. Strokovna in stanovska združenja pa morajo skrbeti za podiplomsko izobraževanje, podeljevati licence za delo in usmerjati in voditi specializacije. EU ima možnost predpisovanja in



*Nekoliko "okrepljena" slovenska delegacija v pričakovanju na slavnostno otvoritev*



*Delegacije na Generalni skupščini FDI*



**Razstavní prostor je bil dobro obiskan**

nadziranja do- in podiplomskega študija in tega se morajo zavedati vse tiste države, ki si želijo, da bodo imeli njihovi zobozdravniki evropski certifikat svojega poklica. Še enkrat je bilo poudarjeno, da bo v Evropi priznana zelo malo specializacij v stomatologiji; to pa seveda ni ovira, da ne bi bilo možno imeti v posamezni državi več specializacij, ki pa bodo priznane samo v državi. Na vseh teh "evropskih" sestankih je sodelovalo tudi kar precej strokovnjakov iz neevropskih držav in v živahnih razpravah se je ponovno enkrat pokazalo, da so evropska pravila profesionalnega življenja zobozdravnikov med najbolj dorečenimi.

Na začetku strokovnega dela kongresa so organizatorji pripravili zelo lepo otvoritveno slovesnost, ki se je pričela z enourno zamudo. Zbrani v polni dvorani za približno 10.000 obiskovalcev, ob mladem dekletu, ki je, sedeča na vrvi, obešena na strop dvorane in osvetljena z reflektorji, kar predolgo krožila nad zdolgočaseno publiko.

Predsednik Francije, gospod Chirac nas je osebno pozdravil na Generalni skupščini FDI in nisem še doživel, da bi prvi človek neke države tako dolgo in tako lepo govoril o mojem poklicu. Na otvoritvi pa smo udeleženci videli le posnetek njegovega nagovora, saj je bil tisti čas že v Lizboni! Otvoritev je kar malo razočarala, saj ji je, kljub Bizetovi glasbi in kankanu, primanjkovalo franco-

skega šarma.

Osnova dela FDI je in bo ostala narediti vse, da bodo znanstveni dosežki čim prej uporabni za praktikus in si prizadevati, da bo zobozdravnikom prešlo v kri, kako pomembno je stalno polniti strokovne baterije, pri tem pa tudi skrbeti, da take baterije polnijo tudi drugi člani v njegovi delovni skupini. Predavanja so potekala sočasno v več dvoranah in sam sem se udeležil predvsem tistih, kjer so avtorji poročali o uporabi kemoterapevtikov v zobozdravstvu, o sodobnih načinih diagnostike in zdravljenja vnetnih oblik parodontalne bolezni in o najnovejših ugotovitvah o indikacijah in kontraindikacijah za uporabo dentalnih implantatov.

V prostorih Kongresnega centra je bila organizirana tudi obsežna

dentalna razstava, kjer je bilo videti, kako računalnik prevzema vodilno mesto v opremi zobozdravniških ordinacij.

Žal se prof. dr. Farčnik, ki je bil imenovan za člana slovenske delegacije, zaradi bolezni ni mogel udeležiti kongresa. Drugi člani slovenske delegacije so bili prim. dr. Vrbošek, prim. dr. Herman, dr. Velkov in dr. Bračkova.

Zaradi številnih sestankov si Pariza, ki je lep tudi v tem predprazničnem, a turobnem novembrskem vremenu, nisem mogel kaj dosti ogledati. Na pohodih iz hotela proti kongresnemu centru pa sem vseeno opazoval, kako se Elizejske poljane vsak dan bolj spreminjajo v morje božičnih in silvestrskih lučk, kako živahno je po mnogih butikih in še bolj, kako so polne znamenite pariške kavarne okoli Opere.

V sicer deževnem ozračju je bilo že čutiti pariški prednovoletni nemir. ■



**Lep pogled na pariško znamenitost**

# Mednarodne organizacije za zobozdravstvo oseb z motnjami v razvoju (IADH)

Andrej Rant

**M**ednarodna organizacija za zobozdravstvo oseb z motnjami v razvoju IADH prireja kongrese vsako drugo leto. Letošnji, XV. kongres IADH je organiziralo Špansko združenje za paciente z motnjami v razvoju in posebnimi potrebami (SEOEME). Kongres je potekal od 1. do 4. novembra 2000 v sodobnem kongresnem centru hotela Melia Castilla v Madridu pod pokroviteljstvom kraljice Sofije. Kongres je bil odlično pripravljen. Udeležilo se ga je čez 500 udeležencev iz 30 držav. En dan pred uradnim začetkom (31. 10. 2000), se je sestal Svet IADH na celodnevem zasedanju in sprejel odločitve in smernice za nadaljnje delo. Sprejel je statut organizacije, načrt sodelovanja z FDI, obravnaval načine in možnosti podiplomskega izobraževanja v razvitih deželah in izobraževanje ter obveščanje preko medijev. Predstavljen je bil temeljni učbenik *Dentistry for the patients with disabilities*, ki je izšel v Londonu in obsega osnovno znanje za delo s prizadetimi pacienti. Za sprotno informiranje bo IADH odrl spletne strani na internetu. Dvakrat na leto bo *Journal IADH* izhajal kot elektronski časopis. Večino informacij, tako med terapevti kot med univerzitetnimi centri ter IADH, bo v prihodnje potekalo po elektronski pošti.

Na zasedanju sveta se je oblikovalo pet delovnih skupin. Sam sem vodil skupino za zobozdravstvo nerazvitih držav, ki je obravnavala možnosti za izboljšanje stanja zobozdravstva za prizadete v državah, ki niso vključene v IADH, ter načine, kako bi te države vključili v organizacijo.

Dejavnosti kongresa so bile: predavanja, okrogle mize, razstave posterjev in razlaga ter plenarno zasedanje udeležencev. Predavanja so potekala v štirih dvoranh hkrati, kar je onemogočalo fizično prisotnost na mnogih zanimivih temah. V uvodnem pre-



**Pred razstavnim prostorom organizacije IADH: (z leve) Ian Andersen, generalni tajnik IADH, Kari Storghaug, predsednica IADH, Andrej Rant, član sveta in Nikolas Kouvelas, podpredsednik IADH in gostitelj bodočega kongresa v Atenah.**

davanju je prof. S. Donat prikazal vse vidike, po katerih je za zobozdravstvo za paciente, ogoržene s težjimi obolenji, potrebno uvesti posebno specializacijo. Posebna skrb je bila posvečena zobozdravstvu duševno motenih oseb in prikazana je bila povezava med duševnimi boleznimi in pojavnostjo kariesa. Sledila so predavanja o kirurškem zdravljenju kraniofacialnih anomalij. Posebna pozornost je bila posvečena bolezenskim stanjem zmanjšane imunske odpornosti - infekcijam ustne votline, virozam, neoplazmam in infekcijam z virusom HIV, zlasti kar zadeva stomatološke obravnave bolnikov, ki se zdravijo s citostatiki, imunosupresivi in obsevanjem. Zlasti zanimivo je bilo predavanje prof. A. Matineza z madridske univerze o imunoloških vidikih periodontalnih bolezni. Poseben sklop so sestavljala predavanja s tematiko heilognatopalatoshiz, tako kirurški del kot kooperativni postopki z orto-

dontskim zdravljenjem, zdravljenje parafunkcij z ortodontsko obravnavo, orofacialne diskinezije in paralize ter bruksizem. Anestezijsko v zobozdravstvu prizadetih je odlično predstavil strokovnjak z Dentalne akademije v Rotterdamu dr. Jože Ruprecht. Predavanja zadnjega dne so bila žal slabo obiskana, zato pa nič manj zanimiva. Vodilna tema je bila zobozdravstvo ostarelih in duševno motenih pacientov. Vsa predavanja so zbrana v zborniku (*Rapport of XV. Congress IADH*), ki je izšel dvojezično v španskem in angleškem jeziku, 365 strani. Zbornik je pregledan in na visoki strokovni ravni. Razstavljenih je bilo čez sto posterjev, ob katerih je potekala tudi avtorska razlaga po programu. Povzetki predavanj in posterske vsebine so zbrani v posebnem zborniku (*Medicina Oral*, 66 strani). Kongres je spremljala manjša dentalna razstava s pripomočki za ustno higieno, prirejenimi za prizadete in apar-



**Razkošna palača pošte na Plaza de Cybelles, eden od simbolov Madrida**



**Moderna arhitektura dveh stolpnih madridske banke - sodobni simbol Madrida**

turami, ki se nanašajo na ordinacijsko opremo ambulant za delo s prizadetimi. Kongres je bil dobro organiziran in kakovosten po vsebini in strokovni ravni in kaže velik napredek v tej specialni veji stomatologije.

Špansko zobozdravstvo je v zadnjem desetletju močno napredovalo. Centre za sanacijo zob v narkozi imajo v Madridu in Seville. Sam Madrid je sodobna prestolnica in

velemesto v vseh pogledih. Muzej v Pradu je prebogata s kakovostnimi slikami starih mojstrov, omagal sem po štirih urah v 26. dvorani. V arheološkem muzeju nisem uspel pregledati niti kleti in pritličja. Samo grških črno-rdeče slikanih antičnih vaz je za tri dvorane. Museo de America predstavlja kulturo predkolumbijske Amerike, čas velikih osvajanj, indijanske kulture in kolonialno kul-

turo Srednje in Južne Amerike. Kraljeva palača se še vedno uporablja in ob državnih obiskih obiskovalcem ni dostopna. Seveda je rezidenca paša za oči. V palači je obiskovalcem na voljo tudi kraljeva lekarna s portreti kraljevih zdravnikov. Seveda za kulturo in turizem ni bilo dosti časa, vse bolj le za prvi vtis. Vsekakor je Madrid mesto, kamor se splača vrniti. ■

Javni zavod Zdravstveni dom Radeče objavlja prosto delovno mesto

### **zdravnika**

z opravljenim strokovnim izpitom ali

### **zdravnika po končanem sekundarijatu z licenco**

za delo v otroškem in šolskem dispanzerju.

Delovno razmerje bo sklenjeno za določen čas (za nadomeščanje delavke v času porodniškega dopusta).

Poskusno delo v skladu s kolektivno pogodbo.

Pogoji:

- končana Medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit oziroma sekundarijat,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- potrdilo o opravljenem licenčnem izpitu,
- znanje slovenskega jezika.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratek življenjepis pošljejo na naslov:  
Javni zavod Zdravstveni dom Radeče, Ul. OF 8, 1433 Radeče.



## 22. letno srečanje mednarodnega združenja registrov raka

Patricija Ećimović

Od 8. do 10. novembra 2000 je v Khon Kaenu na Tajskem potekalo 22. letno srečanje Mednarodnega združenja registrov raka (International association of cancer registries, IACR). Kot predstavnici Registra raka za Slovenijo sva se srečanja z dejavnimi prispevki udeležili predstojnica registra prof. dr. Vera Pompe-Kirn in mlada raziskovalka Patricija Ećimović.

Register raka za Slovenijo je že od ustanovitve IACR leta 1968 polnopravni član združenja. Kot eden najstarejših in najbolj kakovostnih registrov v Evropi je vedno zavzemal pomembno vlogo v IACR. Med drugim je imela predstojnica registra prof. Pompe-Kirn od leta 1996 do 2000 funkcijo regionalnega predstavnika za Evropo v izvršilnem odboru IACR. Isto funkcijo je v sedemdesetih letih opravljala tudi ustanoviteljica in tedanja predstojnica Registra raka za Slovenijo prof. Božena Ravnihar, ki ji je združenje leta 1996 podelilo častno članstvo.

Letna srečanja IACR so namenjena izmenjavi izkušenj, pomoči in vzpodbudi pri delu registrov raka. Organizirana so v obliki kongresa. Večji del časa je namenjen znanstvenim prispevkom v obliki predavanj ali posterjev, zadnji dan srečanja pa poteka letna skupščina IACR. Srečanje je vsako leto organizirano v drugem delu sveta, najraje v manj razvitih deželah, ker se tako omogoči bolj številno udeležbo predstavnikov teh področij. Tako je bilo srečanje letos organizirano na Tajskem, večina 170 udeležencev pa je prihajala iz azijskih držav.

### Predavanja

Predavanja so bila organizirana v naslednje tematske sklope: preventiva raka materničnega vratu, vpliv elektromagnetnega polja na nastanek raka, kožni raki, epidemiologija raka jeter, etnična pripadnost in rak, pljučni rak pri ženskah ter vpliv osebnosti na razvoj raka. Sklopi so se začeli z vabljenimi uvodnimi predavanji, katerih namen je bil pregled področja, zaradi česar so bila za udeležence še posebno poučna. V nadalje-

vanju pa so udeleženci v krajših predavanjih predstavljali izsledke svojih raziskav oz. delo svojih registrov. Čeprav so bili vsi sklopi predavanj zanimivi, velja posebej omeniti predavanja o preventivi raka materničnega vratu, kjer so predavatelji iz Indije in Tajske predstavili, kako se s tem problemom spopadajo v revnih ruralnih področjih. Glede na skromna finančna sredstva uporabljajo kot presejalni test vizualni pregled z očetno kislino (VIA) namesto citološkega pregleda brisa materničnega vratu, vendar se je izkazalo, da je VIA v danih razmerah celo do trikrat bolj občutljiva kot bris. Zanimiva so bila tudi predavanja o vplivu elektromagnetnega polja na razvoj raka. Finski register raka je predstavil obsežno in natančno izvedeno demografsko raziskavo o vplivu elektromagnetnega polja na razvoj raka. Raziskava ni dokazala povezave med izpostavljenostjo magnetnemu polju v okolici električnih vodov in razvojem raka, kar se ujema z izsledki drugih podobnih raziskav. Končno velja omeniti še tri zanimive raziskave o vplivu osebnosti na razvoj raka, ki so jih izvedli pod okriljem danskega registra raka. Iskali so morebitno povezavo med stresom, depresijo oz. osebnostnimi lastnostmi in pojavom

raka. Povezav niso mogli dokazati.

Kot že omenjeno, sva se obe slovenski predstavnici srečanja udeležili dejavno. Prof. dr. Pompe Kirn je v predavanju predstavila trende kajenja in incidence pljučnega raka pri ženskah, ki je v Sloveniji v porastu. Patricija Ećimović pa sem predstavila izsledke raziskave o pojavu drugih primarnih rakov pri bolnikih z rakom grla v Sloveniji.

### Posterji

Na srečanju je bilo predstavljenih 61 posterjev, tako da je bil čas, namenjen ogledu, kar nekoliko prekratek. Na zadnji dan srečanja je posebna komisija podelila nagrade za najboljše posterje, hkrati pa na šaljiv in poučen način opozorila na nekatere napake pri izdelavi posterja. Izjemoma tokrat nagrade za najbolj na gosto popisane posterje niso podelili.

### Skupščina

Letos so potekli štiriletni mandati članom izvršilnega odbora IACR. Volitve novega izvršilnega odbora so potekale po pošti od maja do avgusta letos, na skupščini pa so nove člane le še potrdili. Nov predsednik IACR je postal dr. Hans Storm z danskega



Slavnostna večerja v Khon Kaenu (avtor: prof. dr. V. Pompe Kirn).

registra raka. Novi generalni tajnik IACR pa je postal prof. David Forman, ki smo ga imeli priložnost spoznati že februarja v Ljubljani, ko se je udeležil proslave ob 50. obletnici Registra raka za Slovenijo. Predsednik je na skupščini podal poročilo o delu IACR v preteklem letu in orisal načrte za prihodnje. Naslednje srečanje IACR bo potekalo na Kubi jeseni leta 2001 in organizatorji so na kratko predstavili potek dosedanjih priprav.

### Družabni del

Čeprav veliko manj formalen, je bil družabni del srečanja zelo pomemben, saj je omogočal druženje udeležencev in neposredno izmenjavo izkušenj. Organizatorji so pripravili več izletov v mesto Khon Kaen in njegovo okolico. Khon Kaen je prijetno mesto na severovzhodu Tajske, ki je turistom

manj znan, a kljub temu zelo lep predel dežele. Obiskali smo nekaj budističnih templjev ali watov, se sprehodili po nasadih ananasa in manga, imeli priliko preizkusiti slovito tajsko masažo (ki je, mimogrede, zelo boleča) in se fotografirati s strupeno kraljevsko kobro. Nekaj posebnega pa je bila slovesna večerja na dan "praznika lučk" oziroma Loi Kratonga. Ta praznik označuje konec deževne dobe in je čas, ko se Tajci zahvalijo rekam za obilje, ki ga prinašajo. Na večer prižgejo sveče in kadilo na posebnih ladjicah, izdelanih iz cvetja in listov in jih spuščajo v reke. Ob tem prosijo, da bi reka z ladjico odnesla tudi vse slabe misli in dejanja iz preteklega leta ter prinesla srečo in blagostanje.

Tajska je dežela številnih in lepo vzdrževanih narodnih parkov. Nekateri bolj vzdržljivi med nami smo zato dneve pred sreča-

njem izkoristili za zahtevni trekking v pragozd narodnega parka Phu Kradung. Park odlikujejo prelepi slapovi, bogato cvetoče drevice in previsne stene, ki so kot nalašč za opazovanje sončnega zahoda. V parku je menda tudi veliko divjadi, vendar smo imeli priliko videti le lajajočega jelena in velike napiše "Beware of tiger".

Srečanje je torej potekalo v prijetnem in delovnem vzdušju ter je kar prehitro minilo. Vsekakor smo se vsi udeleženci navzeli nekaj spokojnosti in veselja "dežele smehljaja" ter si nabrali novih moči in idej za nadaljnje delo.

#### Uporabni naslovi na internetu:

- IACR: [www.iacr.fr](http://www.iacr.fr)
- Register raka za Slovenijo: [www.onko-i.si/Ang/Professional/CancerRegistry.html](http://www.onko-i.si/Ang/Professional/CancerRegistry.html)
- Tajska: [www.tat.or.th](http://www.tat.or.th)

## 2. Rantov dan

Mojca Velikonja Vagner

**R**antov dan smo ortodonti na letni skupščini Slovenskega ortodontskega društva leta 1999 poimenovali dan, ko stanovsko-strokovnim problemom namenimo glavno pozornost. Organizirali naj bi ga vsako leto.

V sejni sobi Slovenskega zdravniškega društva, Komenskega 4 v Ljubljani, se je 25. 11. 2000 ob 10. uri zbralo devetinštrideset specialistov in specializantov zobne in čeljustne ortopedije - torej skoraj vsi slovenski ortodonti.

Približevanje Evropi in vstop v 21. stoletje tudi od nas zahtevata kakovostno in racionalno ortodontsko varstvo. Diagnostični postopki in terapija morajo ustrezati normativom tretjega tisočletja, kot so jih postavile mednarodne ortodontske organizacije - uporaba telerentgenske analize, fotodokumentacija, zdravljenje malokluzij s fiksnimi tehnikami. Zato je zelo pomemben prispevek predstavila Katedra za zobno in čeljustno ortopedijo Medicinske fakultete v Ljubljani - prof. dr. Franc Farčnik, predstojnik, asist. mag. Maja Ovsenik in asist. mag. Martina Drevenšek. Naslov predavanja je bil Prioriteta za ortodontsko zdravljenje - dok-

trinarna stališča.

Prednosti za ortodontsko zdravljenje se namreč razlikujejo glede na vrsto malokluzije, njen obseg in razvojno obdobje pacienta. Za določitev razvojnega obdobja uporabljamo dentalno starost in ne kronološke. Predstavljene so bile indikacije za ortodontsko zdravljenje in trenutno najbolj učinkovit način zdravljenja v obdobju mlečnega, menjalnega, stalnega zobovja in načini zdravljenja pri odraslih pacientih. Pravočasen pričetek ortodontskega zdravljenja v določenem razvojnem obdobju namreč vodi do bolj učinkovitega, krajšega in cenejšega zdravljenja.

Predavatelji so nas opozorili tudi na kontrindikacije za začetek ortodontske obravnave, predvsem tedaj, ko pacient ni več ali je nesposoben vzdrževati brezhizbno ustno higieno. Obseg nepravilnosti torej ne more biti edina indikacija za pričetek ortodontske obravnave, ampak je prioriteta zdravljenja tista, ki odloča, katerega pacienta bomo prednostno obravnavali.

V pogovoru po predavanju smo zaključili, da je nujno povečati kakovost našega dela, sodelovati z zobozdravniki pri izvaja-

nju preventivnih in interceptivnih posegov in pričeti ortodontsko obravnavo pri nekaterih malokluzijah dovolj zgodaj, da preprečimo kasnejše in težje nepravilnosti.

Kakršne koli pripombe oziroma dopolnila glede prednostne obravnave ortodontskih pacientov sprejema Slovensko ortodontsko društvo (Šlosarjeva 4, Ljubljana) do 15. 1. 2001.

Upravni odbor Slovenskega ortodontskega društva se je dogovarjal oktobra 2000 z mag. Martinom Tothom, dr. stom., spec. ortodontom, predstavnikom Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, o rešitvah nekaterih problemov, ki nastajajo pri vsakodnevem delu v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja. Dosedanji in nadaljnji dogovori bodo vsekakor prispevali k enotnejši obravnavi pacientov glede na pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja.

V stanovskem delu srečanja smo čestitali prim. Kristi Sever Cimerman za letos podeljeni naziv primarij, čestitali smo tudi prim. dr. Metodi Rejc Novak za opravljeno doktorsko disertacijo.

Drug drugemu in vsem skupaj smo zaželeli še zdravo in uspešno leto 2001.

# Osmi dnevi oralnega zdravja Slovenije

8. dnevi oralnega zdravja Slovenije so potekali od 22. do 23. septembra 2000 v kongresnem centru Bernardin v Portorožu, v družbi morja in sonca zadnjih poletnih dni.

Slavka Naumovska, Nives Krebelj Škof

**D**vodnevno srečanje je organiziralo Društvo za oralno zdravje Slovenije, generalni pokrovitelji so bile 3 obalne občine: Piran, Izola in Koper, generalni sponzor pa Telmont d.o.o. Koper. Častno pokroviteljstvo je prevzela Štefka Kučan.

Kot vsa leta doslej, je tudi tokratno srečanje združilo zdravstvene in zobozdravstvene delavce, pedagoške delavce, vzgojitelje in vse tiste, ki skrbimo za čim boljše oralno zdravje otrok in mladine. Vseh udeležencev nas je bilo okoli 300.

Velik del srečanja je bil posvečen dragoceni tekočini - vodi, ki ima neprecenljivo vlogo pri ohranjanju življenja, pa tudi oralnega zdravja. Ideja o temi "VODA", se je porodila zaradi spoznanj in izkušenj na vzgojno preventivnem področju. Zdravstveni delavci skušamo s predavanji in svetovanjem o zdravi prehrani in pijači otrokom privzgojiti odnos do zdravja. Zdrava ustna votlina ima pomembno vlogo pri pozitivni po-

dobi in samopodobi otroka.

Otroci in učenci so se množično odzvali na tekmovanje z literarnimi in likovnimi deli na temo: "Voda - odžeja, umiva zobe in usta." Raziskovalne naloge učencev višjih razredov na temo vode z biološko-kemijskega in naravnanstvenega vidika so pokazale veliko truda in znanja, ki so ga vanje vložili sodelujoči. Najboljši izdelki so bili nagrajeni in razstavljeni.

Izmed množice predavateljev, ki so na Dnevih oralnega zdravja v Portorožu predstavili vodo iz različnih zornih kotov - geološkega, kemijskega, prehrabnega... - je najbolj svež veter prinesla predavateljica iz Maribora, ko so učenci na "multimedijski" način predstavili svoj projekt. Vsi v dvorani smo bili navdušeni nad odlično nalogo in predstavitvijo.

Drugi dan srečanja je bil s strokovnimi predavanji nekoliko bolj "zobozdravstveno" naravnani.

Vsi pa smo se strinjali, da se odnos do



*Zvonka Debenak: Voda - gasila bo žejo in umivala zobe.*

vode in vzgoja pitja vode začne že v rani mladosti. Pedagoški in zdravstveni delavci imamo možnost, da mladim znova približamo to nenadomestljivo življenjsko tekočino. Med najboljše brezalkoholne pijače se vedno sodi prav voda, seveda primerno stekleničena in čista. Najbolje odžeja in ohranja zdravje. Zato nam vsem v razmislek in povabilo k posnemanju: "Na zdravje z vodo!" ■



*Organizacijski odbor po zaključku 8. dnevov oralnega zdravja Slovenije.*



*Na zborniku predavanj nagrajeno likovno delo, Kristjan Lovrič (5 let), vrtec Velenje*

# Proktologija

## 9. kirurška delavnica in simpozij

Rok Malavašič

Jesenski del 9. kirurške delavnice in simpozija Proktologija, je v okviru Kirurške šole ponovno organiziral klinični oddelek za abdominalno kirurgijo Kliničnega centra v Ljubljani pod vodstvom prof. dr. S. Repšeta. Delavnica in simpozij sta trajala tri dni od 12. 10. do 14. 10. 2000. Število udeležencev za delavnico je bilo omejenih na 30, vendar so zaradi velikega števila prijavljenih iz Hrvaške, Bosne in Makedonije (60 prijav) sprejeli vse in organizirali delavnico z neposrednim prenosom operacij v delavnico. Udeležba na seminarju ni bila omejena. Poleg domačih predavateljev in operaterjev so svoje operativne metode in izkušnje predstavili številni tuji strokovnjaki iz Švice, Avstrije in Italije.

Neposredni prenos operacij v predavalnico Kliničnega centra je bila velika novost in predvsem pridobitev za vse udeležence.

Tehnična izvedba prenosa je bila na visoki ravni. Sočasno smo lahko spremljali in komentirali operacije v dveh operacijskih dvoranh. Prof. dr. Repšetu in njegovim sodelavcem je uspelo rešiti problem spremljanja operacij neposredno, brez odvečnega preoblačenja in postopanja v operacijskem bloku, kar je tudi omejevalo število udeležencev na dosedanjih delavnicah.

Začetek delavnice je bil v četrtek, 12. 10. 2000 ob 8. uri s sprejemom udeležencev delavnice in predstavitvijo operativnega programa. Z operacijami so pričeli ob 8.30, operaterji dr. Velikonja, dr. Rauch in dr. Novak, so prikazali klasične tehnike operacij hemoroidov in analnih fisur. V drugi operacijski dvorani je prof. Pietroletti iz Italije pokazal operacijo hemoroidov po metodi



PPH-Longo (procedure for prolapse and haemorrhoids) s pomočjo mehničnega spenjalnika. Dr. Koltajeva iz Splošne bolnišnice Murska Sobota je izvedla radikalno operacijo pilonidalnega sinusa po metodi Z-plastike. Moderator prvega dne je bil doc. dr. Košorok.

Po premoru za kosilo je bila, že po tradiciji, posneta skupinska fotografija udeležencev na ploščadi KC.

Po premoru za kosilo je bila, že po tradiciji, posneta skupinska fotografija udeležencev na ploščadi KC.

Popoldanska predavanja so se pričela ob 15. uri. Vodil in povezoval jih je prof. Pegan, obravnavana je bila kirurška anatomija anorektuma, osnovna diagnostika anorektalnega predela in krvavitve na črevo, RTG in endo-UZ-preiskave anorektuma, elektrofiziološka preiskava ter analna mano-



*Udeleženci kirurških delavnic in simpozija*

metrija.

V drugem delu predavanj pod vodstvom doc. dr. Košoroka je bila obravnavana fiziologija anorektuma ter konservativno in operativno zdravljenje analne inkontinence. Delovni dan se je končal z okroglo mizo o skupinskem obravnavanju bolnika s funkcionalnimi motnjami anorektuma.

V petek 13. 10. 2000 so bile na programu demonstracijske operacije analnih fistul. Dr. Velikonja nam je prikazal vso zahtevnost in obsežnost kirurškega posega, še posebno pri recidivnih, v preteklosti nepravilno zdravljenih fistulah. V sosednji operacijski dvorani je prof. Herbst z Dunaja operiral bolnico z delno fekalno inkontinenco, ki je nastala po porodu zaradi poškodbe prednjega dela zunanjega analnega sfinktra. Zelo nazorno je izprepariral dela poškodovanega zunanjega sfinktra, ohranil veje pudendalnega živca in rekonstruiral sfinkter. Prof. Szinicz iz Avstrije je prikazal novo metodo operiranja hemoroidov imenovano HAL (Hemorrhoidal artery ligation). S posebej prirejenim proktoskopom z Dopplerjevo sondo najdemo hemoroidalne arterije in jih ligiramo na tipičnih mestih. Metoda izgleda enostavna in učinkovita.

Popoldanski sklop predavanj o hemoroidih, fisurah in fistulah je moderiral dr. Rauch. Ginekolog dr. Lukanovič je prikazal relativno slabe rezultate operacij postradiacijskih rektovaginalnih fistul. Dr. Rebec je osvetlila problem anestezije pri proktoloških operacijah, kjer se večinoma uporablja kavdalni blok. Sledila so predavanja dr. Bartenjeva (o kožnih spremembah in spolno prenosljivih boleznih perianalnega področja ter njihovo zdravljenje. Zaupanje bolnika in velikokrat interdisciplinarni pristop sta nujna za uspešno sanacijo bolezenskega stanja), dr. Raucha (o prolapsu rektuma in bolnikih, ki so jih zdravili v zadnjih 10 letih) in dr. Žaklja (o perianalnih in analnih neoplazmah, za katerimi zbolevalo predvsem starejši ljudje, njihovo odkrivanje je enostavno, zdravljenje v zadnjem času pa manj invazivno).

Zadnji dan, v soboto dopoldne, so bila samo predavanja v okviru simpozija. Prof. dr. Repše je prikazal problem pelvinih rezervoarjev in njihovo oblikovanje. Totalna koloproktotomija s pelvinim rezervoarjem ileuma in ileoanalna anastomoza je splošno sprejeta in standardna operativna metoda za ulcerozni kolitis in familiarno polipozo. Vms Tomc je govorila o vlogi terapevta pri stomi pri negi bolnikov z izpeljanim čreves-

som in nego perinealne kože pri bolnikih s pelvinim rezervoarjem.

Referate udeležencev simpozija je moderiral doc. dr. Jelenc. Nastopili so predavatelji iz Splošnih bolnišnic Slovenj Gradec, Novo mesto, Murska Sobota in Celje.

Strokovni del srečanja se je končal s predavanji vabljenih tujih strokovnjakov.

Prof. C. Marti (Ženeva), je imel dve predavanji: O mejah ambulantne proktološke kirurgije in o poznih rezultatih sfinkteroplastike. Prof. R. Rohde (Köln) o rutinski analni negi, hemoroidih in perianalnem dermatitisu in prof. J. Pfeifer (Gradec) o kirurgiji pri obstipaciji.

Vabljeni tuji operaterji: R. Pietroletti (L'Aquila), G. Szinicz (Bregenz) in F. Herbst (Dunaj) pa so imeli predavanja že v četrtek in petek popoldne v okviru simpozija oziroma zjutraj pred operativnim programom.

Sledil je zaključek simpozija s podelitvijo potrdil o udeležbi in prejemanju Zbornika simpozija.

Organizatorju prof. dr. Repšetu s sodelavci, sponzorjema delavnice Johnson&Johnson, S.E.ETHICON Endo-Surgery in MM Surgical d.o.o., je uspelo ustvariti zelo kakovostno in delovno izpopolnjevanje za vse udeležence in zaslužijo vse naše priznanje in zahvalo. ■

### **Malo rabljena zobozdravstvena oprema ZELO UGODNO**

- *stirilizator — TAU CLAVE 2500, cena 250.700,00 SIT*
- *mikromotor z nožnim stikalom — GOOF OSSEO SYB, cena 805.510,00 SIT*
- *reanimator — SPEDDY 0,51, cena 54.500,00 SIT*
- *vibrator amalgama — LARIO MEDICAL LARIOVIBRO, cena 50.140,00 SIT*
- *mikromotor z nožnim stikalom — NUVAG, cena 280.130,00 SIT*
- *kolenčnik za NUVAG — cena 98.100,00 SIT*
- *operacijska svetilka — GALOIS, cena 773.900,00 SIT*

*Zgoraj navedene cene ne vsebujejo DDV.*

**TA-BU leasing, inženiring, trgovina d.o.o.,  
Rožna dolina c V/16, Ljubljana,  
tel: 01/423 16 17, 256 60 28**

# Družbeno zdravje in prehrana

Dražigost Pokorn

**D**ružbeno zdravje je prvina kakovosti življenja, ki je povezana z najširšim človekovim okoljem, kjer ima zdrava prehrana tudi pomembno mesto. Posameznikovega zdravja res ni mogoče ločiti od družbenega zdravja, ki ga lahko ocenjujemo tudi s stališča telesne duševne in socialne blaginje. Način življenja in zdravje prebivalcev sta uvrščena v kompleksen, prepleten sistem, v katerega se vpletajo še vplivi naravnega in delovnega okolja ter okolja, ki ga predstavlja sistem zdravstvenega varstva. Na način življenja v veliki meri vplivajo družbene, ekonomske, socialne in kulturne značilnosti okolja kakor tudi posameznikove osebnostne karakteristike, njegov odnos do zdravja in do lastne zdravstvene dejavnosti.

Raziskave so pokazale, da o življenjski ravni najbolje priča življenjska doba prebivalcev. Mednarodni center za družbeno zdravje v Evropi meni, da prebivalci vzhodne Evrope še naprej živijo slabše in krajše kot ljudje na Zahodu. Navajajo dokaze, da se te razlike poglobljajo kljub izboljševanju življenjskih razmer v tranzicijskih državah. Tako npr. je bila pričakovana življenjska doba ob rojstvu, leta 1997, v Sloveniji, za moške 71,2, v državah EU pa za nekaj let višja.

Z družbenim zdravjem, ki ga lahko še najbolj objektivno izmerimo s pomočjo negativnih kazalcev zdravja, zboleznostjo, umrljivostjo, daljšo življenjsko dobo itn., se ukvarja socialna medicina oziroma javno zdravstvo (Public Health). Javno zdravstvo, vsake države, vzdržuje in izboljšuje zdravje ljudi s pomočjo skupinskih in družbenih akcij. Vključeni programi, dejavnosti in institucije se spreminjajo s spreminjanjem tehnologij in družbenih vrednot, toda cilji ostanejo vedno isti: zmanjšanje bolezni, prezgodnje smrti, okrepitev zdravja prebivalcev itn.

Socialna medicina, kot teorija in praksa, ki se ukvarja z zdravjem in boleznijo kot funkcija življenja v skupini, uporablja pri svojem proučevanju družbenega zdravja predvsem epidemiološko metodo dela s katero ugotavlja pogostnost in razporeditev zdravstvenih problemov med prebivalstvom, ocenjuje družbeno zdravje in ugotavlja, kakšen življenjski slog je povezan z zdrav-

jem ljudi.

V primerjavi z individualno medicino je socialna medicina, kot znanost, razmeroma mlada veda. Med prvimi, ki so opozorili, da je zdravje in bolezen posledica tudi neurejenih socialno-ekonomskih razmer, v določenem okolju, sta bila Wolfgang Thomas Rau (1721-1772) in Johann Peter Franc (1745-1821), ki ga poznamo kot očeta "medicinske policije", ki se je kasneje razvila v socialno medicino in/ ali javno zdravstvo. Novo spoznanje, da je za preprečevanje nekaterih bolezni, ki so jih kasneje poimenovali tudi v socialne bolezni, lahko učinkovit le zakon, je medicino razdelil na družbeno (socialno) in individualno (klinično). Epidemiološki pristop s primerjanjem deleža bolnih glede na posamezne skupine ljudi in iskanju vzrokov za to, pa se je uveljavil šele ob koncu 19. in v začetku 20. stoletja, kjer je imelo velik pomen zlasti londonsko epidemiološko združenje.

Na osnovi epidemioloških raziskav sta Doll in Peto (1981) razvrstila dejavnike tveganja, ki raka pospešujejo in/ ali zavirajo, po pomembnosti in obsegu, in ugotovila, da je nepravilna prehrana (npr. z veliko slabih maščob itn.) na prvem mestu kot dejavnik tveganja pri nastanku raka; aditivi in kontaminanti v hrani, ki so znatno hujše kancerogene snovi, v primerjavi z neustrezno prehrano, pa na zadnjem mestu, z manj kot 1 odstotkom tveganja. Ta ugotovitev je še dodatno okrepila dejstvo, da lahko samo z družbenimi ukrepi (zakoni in pravilniki), preprečimo ali znižamo nastanek bolezni. Tam, kjer pa država še nima "zakonskih pravil", npr. za promocijo zdrave, varovalne prehrane, pa lahko postane neustrezna prehrana prebivalcev pomemben dejavnik tveganja za nastanek nekaterih socialnih bolezni. Tako npr. se v Sloveniji ljudje še vedno "nalivajo" z alkoholom, jedo premastno in energijsko gosto hrano, ker država še ni poskrbela za ustrezno socialno profilakso. Vsaj domnevamo tako, ker točnih, uradnih podatkov o načinu prehrane prebivalcev, še nimamo.

Leta 1997 je Potterjeva, predsednica svetovnega sklada za raziskovanje raka in profesorica onkologije na univerzi v Seattlu, iz-

dala prvo mednarodno poročilo o vlogi prehrane pri obolenju za rakom, na osnovi izvlečkov 4.500 raziskav: Če bi uživali večkrat na dan sadje in zelenjavo in manj mesa, bi znižali tveganje za nastanek raka za najmanj 20 odstotkov. Manjša dnevna količina maščob, predvsem slabih, soli in alkohola ima tudi pomemben vpliv pri preprečevanju raka. Vsakdanja telesna dejavnost in normalna telesna teža so tudi bistveni dejavniki pri preprečevanju raka itn. Podobne raziskave in priporočila o zdravi prehrani imamo tudi za druge socialne bolezni, kot so bolezni srca in ožilja in druge.

## Socialne bolezni

Vse bolezni, ki so povezane z neustrezno prehrano prebivalcev so lahko socialne bolezni. Razvrstimo jih lahko med deficitarne bolezni, bolezni zaradi pokvarjene hrane in civilizacijske bolezni. Nastanejo kot posledica življenja in dejavnosti v družbi.

Zboleznost zaradi socialnih bolezni močno vpliva na zdravje prebivalstva, omejuje njihovo socialno-ekonomsko stanje in zavira družbeni razvoj. Z razvojem družbe se menjajo socialne bolezni, nekatere izginjajo (npr. deficitarne bolezni) ali postajajo manj pomembne, druge pa postajajo družbeno pomembne (npr. rak, aids, bolezni norih krav itn). Pretežno imamo opraviti z boleznimi v običajnem smislu te besede, le da jih preučujemo s stališča družbe (socialne medicine), ne pa posameznika. Socialno medicinski ukrepi so zlasti prisotni v primarni preventivi in obsegajo zdravstveno zakonodajo, zdravstveno vzgojo (npr. promocijo zdrave prehrane prebivalcev) in organizacijo zdravstvene službe. Urbane bolezni, ki nastanejo pod vplivom neustreznega mestnega okolja, so izrazite socialne bolezni, ki jih lahko preprečujemo s socialno medicinskimi ukrepi.

Socialne bolezni so zelo razširjene (npr. rak, bolezni srca in ožilja) ali pa se morejo (v kratkem času) zelo razširiti (npr. bolezni norih krav, infekcijske bolezni itn). Socialni dejavniki zelo vplivajo na začetek in/ ali na potek bolezni, večajo umrljivost v produk-

tivni dobi prebivalstva in jih je mogoče preprečiti z družbenimi ukrepi, to je zmanjšati njihovo pogostnost. Za vsako izmed socialnih boleznih poskušamo ugotoviti, kateri družbeni ukrepi, v naših razmerah zdravstvenega stanja in varstva, kar velja še zlasti za prehrano, zavirajo njihovo nastajanje in širjenje, oziroma bi mogli izboljšati sedanje stanje in njihove posledice.

Pomemben praktični problem pri varstvu prebivalstva, v primarni preventivi, je v določanju stopnje "izpostavljenosti" dejavnikom tveganja, ki je še sprejemljiva ob zamenjaljivem ali zelo majhnem zdravstvenem tveganju. Zgornje meje izpostavljenosti, npr. količine aditivov in kontaminantov v hrani, opredeljujejo države z zdravstvenimi standardi v predpisih in zakonih. Vendar so, žal, poleg perečih zdravstvenih meril pomembne tudi ekonomske možnosti, zato so odločitve predvsem politične. Seveda pa je tu še sekundarna in terciarna preventiva oziroma celotno javno zdravstvo.

## Prehrana kot dejavnik tveganja pri nastanku socialnih bolezni

Za zagotavljanje in varovanje zdravja mora biti hrana, ki jo vključujemo v dnevno prehrano, ne samo ustrezne količine, kakovosti in sestave, temveč tudi varna, kar pomeni, da ne sme vsebovati bioloških, kemičnih ter radioloških onesneževalcev, ki se pojavljajo kot posledica nehigijske priprave hrane, industrijskega onesnaženja okolja ter agrotehničnih in tehnoloških postopkov v pridelavi ali predelavi živil, v količinah, ki bi ogrožale naše zdravje. Slovenija že ima evropski zakon za zagotavljanje varne hrane prebivalcev.

Poseben problem predstavljajo še klasične deficitarne bolezni (kvašiorkor, marazem, hipovitaminoze itn.), ki jih Slovenija, v obliki socialnih bolezni, ne pozna.

Danes razpolagamo z dokazi, da določeni vedenjski vzorci v prehrani človeka lahko delujejo kot dejavniki tveganja, ki ogrožajo zdravje, povzročajo večjo zboleznost ali prezgodnjo smrtnost, ali pa obratno, tako da delujejo kot varovalni dejavniki, ki zdravje krepijo, večajo kakovost življenja ali podaljšujejo življenje. Med zunanjimi (higijskimi) dejavniki so gotovo, tudi pri nas, najpomembnejši neustrezna prehrana, kajenje,

alkohol, telesna nedejavnost in onesnaženo okolje ter drugi. V življenjskem okolju se prepleta več dejavnikov, ki so skupni za več bolezni in ki vplivajo drug na drugega in torej niso neodvisni med seboj.

Več novejših raziskav, objavljenih po letu 1990, ki jih v svojih priročnikih citira tudi SZO oziroma njeni strokovnjaki za prehrano, kažejo, da so prehrabeni kazalci zdrave prehrane po priporočilih SZO povezani z znižano splošno in specifično umrljivostjo zaradi bolezni srca in ožilja ter raka in tudi drugih bolezni; celotni prehrabeni vzorec pa je znatno bolj učinkovit kot pa npr. vsota posameznih parametrov prehrane, npr. maščob, sadja in zelenjave itn. Zaščitni dejavniki v prehrani ali telesna dejavnost, ki jo v okviru energijske bilance lahko tudi šteje mo k prehrani, lahko omilijo posamezne dejavnike tveganja za prezgodnjo zboleznost in umrljivost.

Vsaka socialna bolezen, povezana z neustrezno prehrano, ima lahko svojo specifično socialno profilakso in terapijo, kot npr. endemska golša in debelost.

Endemska golša, ki se pojavi na področjih z malo joda v vodi, zemlji oziroma hrani, je deficitarna bolezen in danes tudi pomembna socialna bolezen, ki jo preprečujemo s socialno-ekonomskimi ukrepi, z obveznim, zakonskim predpisom o jodiranju soli.

Povečano prevalenco debelosti kot socialne bolezni, pripisujejo genetskim dejavnikom, sedečemu načinu življenja in večji razpoložljivosti okusne in energijsko goste hrane s preveč maščobami in sladkorjev in tudi premalo sadja in zelenjave. Lahko pa je tudi posledica neredne prehrane. Današnji človek je izgubil občutek za zdrav način prehranjevanja in se še ni prilagodil na novo okolje, ki mu ponuja obilno, raznovrstno in okusno hrano. "Ameriški paradoks" pa je še pokazal, da kljub zniževanju maščob v dnevni prehrani, debelost še vedno narašča, zaradi vedno večje telesne nedejavnosti med prebivalci (avto, TV, računalnik, sedeče delo itn.) in uživanja energijsko goste hrane ("junk food"), ki vsebuje premalo sadja in zelenjave, čeprav z malo maščobami. Ugotovili so, da se z večjo količino sadja in zelenjave, v dnevni prehrani prebivalcev, lahko zniža količina zaužite hrane in s tem tudi maščob, kar je lahko že pomemben dejavnik pri zniževanju incidence in prevalence debelosti. Sadje in zelenjava pa nudita tudi zaščitne snovi, ki sodelujejo v preventivi civilizacijskih bolezni. S ponudbo kakovost-

nih maščob (manj nasičenih, precvrtih in transmaščobnih kislin) pa je lahko to še dodaten, zaščitni dejavnik v preventivi nekaterih civilizacijskih bolezni.

Ker ljudje pri pripravi in uživanju hrane običajno količinsko ne odmerjajo ali tehtajo maščob, je dodatek zadostne količine sadja in zelenjave, v dnevno prehrano (več kot 400 g/dan) lahko eden izmed bistvenih preventivnih ukrepov v zdravi prehrani prebivalcev.

Najnovejši francoski priročnik za promocijo zdrave prehrane, pri katerem je sodelovalo 13 evropskih držav (Santé et nutrition humaine: Eléments pour une Action Européenne, Société Française de Santé Publique, 2000) daje v promociji zdrave prehrane na prvo mesto prav sadje in zelenjavo oziroma energijsko redko prehrano. SZO v svojih zadnjih priporočilih, za zdravo prehrano, tudi daje normative za energijsko gostoto hrane, ki ne sme biti večja od 2 kkal/ml ali g hrane, pri normalni telesni teži; pri povečani telesni teži pa priporoča pod 1 kkal/g hrane.

Socialno medicinski vidik debelosti pa se kaže tudi v tem, da je tveganje za nastanek debelosti (v ZDA in v Evropi), tudi nizek socialni status in nižja izobraženost prebivalcev. To so pokazali tudi slovenski podatki o vzrokih debelosti. Med tem prebivalstvom je več takih, ki pojedjo veliko maščob in škrobnih živil, malo pa sadja, zelenjave ali so telesno premalo dejavni.

Promocija zdrave prehrane, kot del preventive socialnih bolezni, ki so povezane z neustrezno prehrano, je odvisna prav od dejavnega sodelovanja informirane javnosti. V pogojih in prostoru, kjer zaživi promocija zdrave prehrane in zdravja pa morajo biti tudi dane možnosti zdrave izbire. Zdravstveno vzgojen posameznik izbira ali ima možnost, da se zdravo prehranjuje in zdravo živi, če ima tudi urejene pogoje v okolju, kot so možna in dobra informacija, možnost rekreacije in koriščenje prostega časa, izbire zdravih živil in obrokov hrane itn., kar pa lahko preskrbi in omogoči le država. Posredovanje za zdravo prehrano pomeni predvsem to, da promocija zdrave prehrane zahteva usklajeno dejavnost vseh družbenih sektorjev; za posredovanje med različnimi interesi pa so odgovorni zdravstveni strokovnjaki, predvsem tudi specialisti za družbeno zdravje, ker je dobro zdravje kazalec in tudi rezultat ekonomskega in socialnega razvoja vsake družbe. ■

# Srčno popuščanje

## II. Fajdigovi dnevi

1. in 2. 12. 2000 so potekali v Kranju II. Fajdigovi dnevi, organizirani pod okriljem Združenja zdravnikov družinske medicine SZD, OZG, Društva medicinskih sester in tehnikov Gorenjske, Katedre za družinsko medicino ter Zavoda za zdravstveno varstvo Kranj.

Marjana Grm

**P**rivabili so kar lepo število udeležencev, saj je bilo prisotnih okrog sto sodelujočih. Organizacija srečanja je bila odlična, glavni organizator mag. Janko Kersnik je zagotovil vse, razen slabega vremena v času projekcije rtg.

Začetek je bil svečan in je bil posvečen 200. obletnici rojstva dr. Franceta Prešerna. Umetniški dogodek je bil izjemen. Predstavilo se je družinsko gledališče Kolenc. Interpretacije nekaterih Prešernovih pesmi v izvedbi mladih igralk so bile odlične. Uspele so pričarati Prešernovo misel in občutenje in so nas popeljale v čas podvodnih mož in prevzetnih deklet ter v čas po Napoleonomih osvajanjih na naših tleh.

Pozdravnemu govoru doc. dr. Igorja Švaba je sledil pozdrav direktorja OZG g. Jožeta Veternika ter župana Kranja, g. M. Bogataja.

Program je bil zasnovan multidisciplinarno, tako v organizacijskem kot v programskem smislu.

Prvo razmišljanje o tem, kako lahko bolnikom s srčnim popuščanjem (SP) zagotovimo kakovostno obravnavo, je podal mag. Janko Kersnik. Kako implementirati doseženo znanje v vsakodnevno prakso, kako zmanjšati število nediagnosticiranih, napačno diagnosticiranih ter po nepotrebnem zdravljenih bolnikov, kako izbrati najboljšo terapijo zanje? V svojem članku je navedel merila za ocenjevanje kakovosti dela družinskega zdravnika.

Nato smo se ogreli z epidemiološkimi podatki o srčnem popuščanju, ki sem jih predstavila in so izsledek projekta Matra. Gre za posebno obliko podiplomskega izobraževanja družinskih zdravnikov, ki je bila izvedena v dveh skupinah, v Ljubljani in na Gorenjskem. Naši podatki (na 2.932 bolnikih) so pokazali, da je prevalenca bolnikov s SP v naši populaciji podobna kot v razvitem svetu, prav tako tudi starostna struktura bolni-

kov s SP. Poudariti sem želela osnovni orodji v rokah družinskega/splošnega zdravnika, to sta dobra anamneza in klinični pregled ter prikazala naš diagnostični postopek, predpisana zdravila, napotitve in spremljanje bolnikov. Epidemiološke podatke z drugega zornega kota je prikazala kolegica Alice Kikelj iz ZZV Kranj. Podatke za svojo predstavitev je vzela iz zbirke agregiranih podatkov za zunajbolnišnično zdravstveno statistiko (ZUBSTAT) za dejavnost družinske medicine, za specialistične diagnoze (prvi obiski) ter iz zbirke agregiranih podatkov o začasnih zadržanosti z dela, iz zbirke o umrlih in zbirki bolnišničnih obravnav. Po MKB so to diagnoze od I 00 do I 51,9.

Predavanje VMS Lidije Ahec je poudarilo naloge MS v zdravstveni negi pri bolniku s SP v bolnišnici. Medicinska sestra je pomemben člen pri vodenju bolnika s SP. Predvsem je pomembno spremljanje določenih parametrov, kot so merjenje diureze, RR, pulza, TT, nadziranje jemanja zdravil, laboratorijskih vzorcev itd. Pomembno je sodelovanje z drugimi zdravstvenimi delavci pa tudi s svojci bolnika. Naslednji dan je ga. Saša Kadivec govorila o izobraževanju bolnikov s SP in njihovih sorodnikov. O takšnem načinu dela razmišljajo, ga občasno izvajajo, nameravajo pa ga izvajati sistematično. Predvsem je pomembno, da bolnika poučimo o manjšem vnosu soli in tekočin, o primerni prehrani in telesni dejavnosti ter o znakih, ki naj napotijo bolnika k zdravniku.

Patofiziološko dogajanje nam je odlično, pa vendar zelo enostavno predstavil odlični predavatelj asist. mag. Hugon Možina. Poudaril je razliko med sistoličnim (iztisnim) in diastoličnim srčnim popuščanjem ter prikazal prilagoditvene poti srca, kot so Frank-Starlingov mehanizem, razvoj hipertrofije srčne mišice, nevrohumoralna prilagoditev (povišan nivo noradrenalina, dvig vazopre-

sina, aktivirana os RAAS) ter prerazporeditev pretoka krvi.

Sledil je zelo zanimiv prispevek o diferencialni diagnostiki različnih vrst dispneje dr. Franca Kandareta. Dispneja je subjektivno občutje nelagodnosti različnih kakovosti in intenzivnosti, je posledica interakcij številnih fizioloških, psiholoških, socialnih in okoljskih dejavnikov. Dispneja sama lahko predstavlja veliko zadrego specialistu, ki ne pozna bolnika in dejavnikov, ki vplivajo nanj. Pogosto, na srečo, že z natančno anamnezo in pregledom odpadejo številne nejasnosti. Če še ne uspemo postaviti ustreznih diagnoze, si pomagamo z rtg pc, EKG, testi pljučnih funkcij in obremenitvenimi testi-ranji. Če nam niti takšen postopek ne prinese zadovoljujočih rezultatov, pa je smotrna specialistično vodena diagnostika, ki je zapletena, večkrat bolniku neprijazna in predvsem draga.

Dr. Janez Zaletel je predstavil in tudi ovrednotil vse diagnostične preiskave, ki jih lahko opravimo pri bolniku s SP. Ni enotnih meril, katere preiskave je potrebno pri bolniku s srčnim popuščanjem izvesti. Zlati standard pri opredeljevanju vseh oblik SP in ocenjevanju sistolične disfunkcije je ehokardiografija. Ostale diagnostične preiskave so odvisne od srčne bolezni, ki je povzročila SP.

Doc. dr. Mišo Šabovič je predstavil pomen sodobne terapije. Njen namen je izboljšati kakovost življenja in podaljšati preživetje bolnikov s SP. Ker je prav nevrohumoralna aktivacija tista, ki bolnika najbolj ogroža, se poizkušamo z zdravili boriti zlasti proti slednji in to z ACE inhibitorji, beta-blokatorji in spironolakton-an. Bolnike zdravimo v skladu z mednarodnimi priporočili, individualno. Pri bolnikih, ki sodijo po klasifikaciji NYHA v I. funkcijski razred, pričnemo zdraviti najprej le z inhibitorji ACE. V II. razredu dodamo beta-blokator in ob zastoju še



diuretik, v III. razredu dodamo še digitalis ter po potrebi diuretik, v IV. razredu pa namesto beta-blokatorja uvedemo spironolakton, ki se je izkazal kot zaščitno zdravilo za miokard (preko zavore RAAS).

Prispevek mag. Nade Ružič-Medvešček je bil precej izzivalen, saj nas je izzvala s trditvijo, da diuretiki niso potrebni za zdravljenje SP. Bolnik naj bi z omejitvijo soli in vode v prehrani, seveda ob ustrezni motivaciji s strani, vzdrževal "suho težo" in tako potreboval minimalno dozo diuretikov. Na manj slano hrano naj bi se bolnik privadil približno v 14 dneh. Ob ustreznem doziranju inhibitorjev ACE in beta-blokatorjev je tudi pričakovati, da se bodo bolniki z več simptomatike, npr. NYHA IV, uvrščali v NYHA III ali II in tako potrebovali manj diuretčne terapije. Manjkraj bo tudi potrebna hospitalizacija zaradi dispneje, ki je sicer simptom, ki obremenjuje tako bolnika, njegove svojce in zdravnika. Poudarila je, da je pri vsakem bolniku s SP nujna ehokardiografija, saj le na podlagi slednje lahko razlikujemo med sistolično in diastolično disfunkcijo. Pri diastolični disfunkciji, ki jo srečamo pri približno tretjini bolnikov, je zdravljenje namreč drugačno kot pri sistolični. Oviru za polnjenje srca v diastoli lahko predstavljajo stenoza mitralnega ali trikuspidalnega ustja, toge prekatne stene (ishemija, hipertrofija, povečan simpatikotonus) ter neraztegljiv perikard, pa tudi drugi, redkejši vzroki. Zaradi premajhnega minutnega volumna se poveča tlak v levem preddvoru in simpatikotonus, aktivira se živčohormonalni sistem, ki prav tako vodi v SP. Zdravljenje obsega predvsem odstranjevanje in zmanjševanje dejavnikov za diastolično disfunkcijo. Bolnikove težave zmanjša znižanje polnilnega tlaka prekata, vendar le do določene meje. Čim dlje tudi vzdržujemo sinusni ritem in normokardijo, ishemijsko odpravljamo z zaviralci kalcijevih kanalov, izpeljemo revaskularizacijo miokarda. Kirurški poseg je včasih najboljša izbira pri zdravljenju konstriktivnega perikarditisa oz. hude stenoze AV-zaklopke. Uporabljamo vsa že prej omenjena zdravila.

Opozorila je na ustrezno titriranje in predpis zadostnih količin ACE-inhibitorjev ter na dolgoročno korist terapije z beta-blokatorji.

Dr. Damijana Pogačnik Peternel je imela pregledni članek o SP s priporočilom glede zdravljenja in izobraževanja bolnika in njegove družine.

Popoldanski del srečanja je bil namenjen

obravnavi nujnih stanj pri bolnikih s SP. Dr. Marija Jenko Burgar je izdelala zelo praktično primerjavo med najpogosteje zamejnimi stanji, to sta začetni pljučni edem in poslabšanje KOPB. Ponovno je zelo pomembna anamneza in pregled bolnikove stalne terapije. Sicer je naštel nujne ukrepe pri kardiogenem pljučnem edemu in razvijajočem kardiogenem šoku, to so: pomiritev bolnika, namestitve v ustrezni položaj, merjenje oksigenacije krvi, dovajanje kisika preko Ohio-maske (10-15 litrov/min), posnetek EKG ter nastavitev venske poti.

Medicinski tehnik Matjaž Žura je opisal postopke intervencije na bolnikovem domu ob klicu bolnika zaradi enega od zgoraj opisanih stanj. Opozoril je na nekaj pogostih napak, ki jih delamo. Najpogostejša je ta, da ob prihodu do pacienta nimamo s seboj vse potrebne opreme in zaradi kasnejšega odhajanja z mesta intervencije manjka delovnih rok. Kadar se mudi, se hitri začetni pregled že kombinira s terapijo.

Dr. Dušan Štajer je opozoril na to, da imajo nujna stanja pri bolniku s SP vedno nek vzrok, ki ga skušamo odkriti in ustrezno zdraviti, zato vedno ob poslabšanih iščem simptome in znake akutnega koronarnega sindroma, okužb, motenj srčnega ritma in krvavitev. V diagnostičnem postopku je EKG praktično nepogrešljiv, redkeje nam koristijo tudi laboratorijski kazalci, predvsem elektroliti, kazalci nekroze srčne mišice, nivo krvnega sladkorja, plinska analiza arterijske krvi. Zdravniki na terenu si pogosto pomagajo s pošiljanjem zapisov EKG po telefonu.

Andreja Peternel, VMS z Golnika je pokazala nujnost povezanosti in usklajenosti celotne ekipe pri delu z bolnikom s SP. Čim prej je potrebno pri takem bolniku postaviti delovne diagnoze.

Praktične vaje so bile oblikovane tako, da smo poslušali dihalne šume in srčne tone in šume in kasneje tudi sami ob poslušanju poskušali postaviti diagnoze stanj. Asist. dr. Matjaž Fležar je odličen posnemovalc in opazovalec dihalnih fenomenov in je določene šume tudi nazorno interpretiral. Vaje so bile tako primerne za starejše in mlajše udeležence.

Naslednji dan si je sledilo še več prispevkov o SP. Najprej je spregovoril prof. dr. Josp Turk, ki je poudaril vrste srčnih obolenj, ki privedejo do SP ter preventivo SP. Poleg medikamentne terapije so še kako pomembni kirurški postopki, od revaskularizacij, do alternativnih poti vzdrževanja prehodnosti koronark, zamenjave zaklopk, vstavitve srč-

nih spodbujevalcev. Pomembno je tudi izogibanje sprožilnim dejavnikom, kot so okužbe, različne aritmije, opustitev zdravljenja, pretirano jemanje zdravil, motnje v delovanju ščitnice, anemije, napredovanje katerekoli srčne bolezni in drugo.

Dr. Mija Mulej je v svojem prispevku povedala, da študije zadnjih let kažejo, da postanejo bolniki, ki ne opustijo telesne vadbe, sčasoma zmogljivejši. Obremenitveno testiranje izvajamo le v stabilni fazi bolezni. Podatki, ki jih dobimo ob testiranju, pa koristijo pri objektivnem ocenjevanju funkcionalne zmogljivosti ter ocenjevanju prognoze. Negativen rezultat pri obremenitvenem testiranju izključuje SP. Preiskava je torej koristna za ocenjevanje telesne zmogljivosti, porabe kisika v miokardu, perfuzije miokarda, stopnje obolenja ter vodenje terapije, verjetno pa bo sčasoma, ko bomo predpisovali stopnjo telesne dejavnosti, še uporabnejša. Zelo koristen je tudi 6-minutni test hoje, ki je enostaven, poceni in varen. Bolnik hodi na razdalji 20m, ocenjujemo, kolikšen del poti je prehodil v 6 minutah.

Prispevek "Bolnik s SP po odpustu iz bolnišnice, pričakovanja kardiologa" je prav tako izzval kar nekaj polemik. Specialisti od družinskih zdravnikov pričakujejo kronološko in vsebinsko urejeno ter popolno dokumentacijo srčnega bolnika. Mi pričakujemo rezultate, ki jih je hospitalizacija pokazala takoj. Premalo so izkoriščene sodobnejše možnosti za komunikacijo, npr. elektronski mediji. Dostopnost po telefonu je pogosto, zlasti na terciarnem nivoju, za družinske zdravnike slaba. Zaradi pomembnosti kardiovaskularnih bolezni za posameznika in za vso populacijo bi morali problematiko KADROVSKO in FINANČNO urediti. To bo morala razumeti predvsem zdravstvena politika in ukrepati.

Sledil je prispevek dr. Marije Ravnihar Bolnik s SP na domu. Navedla je štiri vrste hišnih obiskov na bolnikovem domu. Ob akutnem poslabšanju SP in po hospitalizaciji bolnika je zelo pomembno, da bolnika s SP obiščemo. Zelo pomembno je, da si zanj vzamemo dovolj časa, da mu prebudimo upanje, mu razložimo, kako naj jemlje zdravila in kdaj mora poiskati zdravniško pomoč. Hišni obisk je potreben tudi pri starejših in slabo pokretnih bolnikih. Pri tem ne smemo pozabiti, da na obisk vedno prihajamo kot zdravniki. Pomembni pa so tudi nenajavljeni obiski, ki razkrijejo bolnikove navade, razvade, jemanje zdravil, zaloge

zdravil, psihosocialne okoliščine. Vedno moramo misliti tudi na to, da z bolnikom zbolji tudi njegova družina. Opozorila je na problem depresije.

Ga. Mojca Kalan je govorila o odnosu patronažne sestre do bolnikov s SP. Po navodilih ZZZS lahko opravijo patronažne sestre dva obiska pri starostniku na leto brez zdravnikove napotitve. Ker vsi vemo, da lahko bolnikom zelo pomaga pri premagovanju vsakodnevnih težav in dilem patronažna sestra, je prav, da jo zdravnik na tak obisk dodatno napoti. Pomembna je dobra komunikacija na relaciji zdravnik-patronažna sestra.

Prof. dr. Irena Keber je poudarila pomen telesne dejavnosti pri bolnikih s SP, še posebno v stabilni fazi SP. Predvsem se svetuje aerobna vadba. Predpis vadbe je individualen, odvisen od stopnje popuščanja in bolnikove predhodne dejavnosti. V začetku se svetujejo obremenitve, ki naj bi dosegle 50 do 70 odstotkov maksimalne porabe kisika, intervalne ali neprekinjene, trajale naj bi 20 do 60 minut in to najmanj trikrat tedensko. Sprva naj bi bolniki takšno vadbo izvajali v posebnih specializiranih oddelkih v bolnišnicah, kasneje pa pod občasno kontrolo izbranih zdravnikov in kardiologov.

Mag. Ivaškovič je s stališča zdraviliškega kardiologa osvetlil problem rehabilitacije v zdravilišču. Rehabilitacija je koristna v stabilni fazi SP, obsega pa različne oblike fizikalne terapije, zelo pomembna pa je sekundarna preventiva in edukacija bolnikov, vključno s psihološkim svetovanjem.

Doc. dr. M. Kržan je povedala, da so stranski učinki (SU) zdravil vzrok za hospitalizacijo v 3 do 7 odstotkih, v 20 odstotkih primerov od tistih, ki zahtevajo hospitalizacijo, pa je potrebno zdravila ukiniti. Vzroki za težave so lahko tudi predoziranje, alergije, idiosinkrazije. Pogostejši SU ACE-inhibitorjev so: kašelj (bradikinin) in hiperkaliemija, hipotenzija, po antagonistih angiotenzinskih receptorjev: hipotenzija, omotice, hiperkaliemija, po diuretikih motnje v elektrolitnem ravnovesju. Diuretiki Henlejeve zanke znižujejo K, motijo presnovo KS, maščob, urata; tiazidni diuretiki nižajo K, Mg, zvišujejo Ca, vpletajo se tudi v presnovo maščob in KS. Spironolaktoni pa zvišujejo K, povzročajo včasih zelo motečo ginekomastijo, motijo menstrualni cikel. Vsi diuretiki lahko povzročajo impotenco. Organski nitrati povzročajo glavobol, hipotenzijo, bradi- ali tahikardne motnje ritma. Digitalis povzroča SU na področju GIT: ano-

reksijo, navzeo, bruhanje, diarejo, ČŽS: utrujenost, zmedenost, nespečnost, bolečine po obrazu, vertigo, motnje vida; na srcu pa palpitacije, aritmije, sinkope, motnje v prevajanju, povečujejo dejavnost vagusa, in zmanjšujejo dejavnost simpatika. Beta-blokatorji povzročajo bronhospazem, hladne ekstremitete, impotenco in druge SU, odvisno od vrste beta-blokatorja.

Rentgensko diagnostiko je predstavil asist. mag. Igor Kocjančič. Vedno je zelo pomembna anamneza in klinični pregled ter napotna diagnoza zdravnika, ki bolnika pošlje na pregled. Značilni rentgenski znaki SP so: prerazporeditev pljučnega obtoka v zgornje dele pljuč, v spodnjih delih pljuč pa so prisotne zamegljene in neostre arterije, opazimo zadebeljene septalne linije, Kerleyeve linije zaradi intersticijskega in alveolarne edema. Ugotovimo lahko tudi plevralni izliv.

Sklop prispevkov je zaključila dr. Metka Klevišar, ki je pokazala na dileme, ki jih s seboj nosi naravni antipol življenja, smrt. Opisala je tudi lastne zadrege, s katerimi se je srečevala ob umiranju svoje mame.

Sledila je okrogla miza o organizaciji celovite obravnave bolnikov s SP v Sloveniji. Vodila jo je prof. Kebrova ob sodelovanju dr. Janeza Polesa, dr. Janeza Zaletela in mag. Janka Kersnika, sodelovalo je še več zdravnikov. Dejstva: v Sloveniji imamo približno 20.000 bolnikov s SP, dva- do trikrat toliko je bolnikov s sistolično disfunkcijo levega prekata, med katerimi je veliko neprepoznanih. Letno je zaradi SP hospitaliziranih približno 6.000 bolnikov in kar v 20 do 50 odstotkov so isti ponovno hospitalizirani v naslednjih 3 mesecih. Zaradi staranja prebivalstva in boljšega zdravljenja bolnikov s hipertenzijo in bolnikov z ishemično kardiomiopatijo lahko v naslednjih letih pričakujemo porast števila bolnikov. Glavni problem je nezanesljiva diagnoza, zlasti v začetnih stadijih SP. Za diagnostiko je nujna ehokardiografija, ki pri nas še vedno ni izvedljiva v tolikšnem obsegu, da bi bila dostopna vedno, kadar je potrebna. Predpisujemo premalo ACE inhibitorjev in v prenizkih odmerkih, prepočasi se uvajajo nova zdravila v zdravljenju SP, npr. terapija z beta blokatorji in spironolaktonom. Zaostaja izobraževanje na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Z boljšo organizacijo, ustreznim plačevanjem in ob multidisciplinarnem pristopu bi lahko izboljšali obravnavo. Diagnostiko bi izboljšali z več UZ-aparati in več specialisti, za izboljšanje izobrazbe bolnikov pa po-

trebujemo pisne materiale ter dodatno usposobljene MS. Na sekundarni ravni naj bi se vodili bolniki s sumom na SP, bolniki z refraktarnim SP, nestabilni, terminalni bolniki ter v začetnem programu telesne vadbe. Na terciarni ravni pa naj bi se vodili bolniki na presaditveni listi ter določeni programi telesne vadbe. Pomembno je tudi, da bi pričeli z določanjem natriuretičnega peptida, ki je zanesljiva metoda v diagnostiki SP. Tako bi se naval na UZ zmanjšal. Normalni EKG zapis SP izključuje.

Dr. Janez Poles je povedal, da so pri njih izboljšali delo z bolniki s SP in si zagotovili za delo nekaj dodatnih sredstev. Svetuje obravnavo bolnikov s SP v delovni skupini, ki naj bi jo sestavljali kardiolog, gerontolog, družinski zdravnik, SMS, VMS, socialni delavec, dietetik, psiholog, fizioterapevt, farmacevt. Vloga MS je zelo pomembna.

Dr. Janez Zaletel je menil, da bi morale imeti vse bolnišnice v Sloveniji enake možnosti za vodenje bolnikov s SP, saj gre za bolezen, ki je ubikvitarna. Z namenjanjem denarja za druge, prednostne programe, se siromašijo dejavnosti, ki so trenutno v "nemilosti". Projekt, da bi se oblikovale bolnišnice za SP le ponekod v Sloveniji, ni sprejemljiv.

Mag. Janko Kersnik dispanzerizacije slovenske kardiologije ne podpira. Oblikujejo naj se nove kardiološke ambulante, ki sodijo med sekundarno in terciarno raven. Potrebni so kadri in oprema. Če je umrljivost zaradi kardiovaskularnih bolezni med najbolj perečimi pri nas, je potrebno okrepiti službe, ki bodo skrbele za te bolnike, od primarne preventive do čim zgodnejše diagnostike in čimprejšnje in ustrezne terapije. Takšni bolniki potrebujejo pomoč takoj, ko pride do poslabšanja zdravstvenega stanja. Dostop naj bo torej neposreden.

V spomin na dr. Fajdiga še naslednja anekdota, ing. Bojana Bedenka:

Dr. Fajdiga in moj oče, ki je bil živinozdravnik, sta se velikokrat prerekala, kdo ima težje in kdo lažje delo. "Tebi je lahko, človek ti pove, kaj ga boli, meni pa žival ne more!" je trdil moj oče. Fajdiga pa: "Lažje je tebi, če ne pozdraviš, pa zakoljejo."

Moj oče je zbolel in dr. Fajdiga je prišel k njemu. "Kaj te boli?" ga vpraša dr. Fajdiga. "Muuuu..." je odgovoril moj oče. Dr. Fajdiga je nekaj zapisal in naročil: "Če ne bo jutri bolje, ga odpeljite v klavnico."

Ljudje pravijo, da je bil podoben kostanju, ki ima robato zunanost, pa jedro toliko slajše. ■

# Šola intenzivne medicine

Rafael Kapš

Slovensko združenje za intenzivno medicino je od 23. do 26. novembra 2000 ponovno, tokrat že šestič, organiziralo Šolo intenzivne medicine v Novem mestu.

**T**o obliko stalnega podiplomskega izobraževanja za zdravnike, ki delajo na različnih intenzivnih oddelkih slovenskih bolnišnic, smo oblikovali kot sklop treh letnikov. Tako smo v trikrat po štirih dneh zajeli osnovna poglavja iz celotne intenzivne medicine in s tem postavili vsaj okvirno enoten slovenski pristop pri diagnostiki in terapiji kritično bolnega človeka. V Šoli so zdravniki, ki redno delajo na intenzivnih oddelkih, pa tudi tisti, ki morajo v sklopu osnovne specializacije obvladati celotno intenzivno medicino, pridobili znanje, do katerega bi se sicer prebijali samo preko tuje literature, kongresov in tujih izkušenj. S Šolo naj bi postopno dosegli in nato zagotavljali ustrezno kakovostno znanje in delo vseh zdravnikov v vseh intenzivnih enotah v Sloveniji. Pod pokroviteljstvom Krke, tovarne zdravil, smo se vsakič zbrali, poslušali in se pogovarjali, razpravljali o strokovnih in organizacijskih težavah in rešitvah, se spoznavali, jedli in spali v hotelu Krka v Novem mestu, kjer smo imeli na voljo v celoti ravno prav velik poslovni hotel za vse udeležence Šole. S prvim ciklusom Šole smo začeli leta 1995 in z drugim leta 1998. Z zaključkom drugega tisočletja je tako zaključila Šolo že druga skupina slušateljev, skupaj 81 zdravnikov, kar v slovenskem prostoru pomeni lep uspeh, saj skupno število zdravnikov, ki redno ali vsaj občasno dela na intenzivnih oddelkih, ne presega števila 150.

Tretjega letnika drugega ciklusa Šole se je udeležilo 41 zdravnikov, specialistov in specializantov anesteziologije, interne medicine in kirurgije.

Vsebina letnika so bile predvsem diagnostične preiskave življenjsko ogroženega bolnika na intenzivnem oddelku. Indikacije, izvedba in vrednotenje večine preiskovalnih

metod so namreč pogosto vsaj nekoliko spremenjene zaradi strokovno-medicinskih in tehničnih posebnosti bolnikov in prostora.

Udeleženci Šole so se seznanili z rentgensko sliko prsnega koša, kontrastnimi preiskavami in interventno radiologijo ter CT, MR in bronhoskopijo. Poglobili so svoje znanje iz EKG, elektrofiziologije, ehokardigrafije in urgentne koronarografije s PTCA. Utrdili so svoje znanje o endoskopskih preiskavah prebavil in ultrazvočni preiskavi trebuha. Ponovno so preverili svoje znanje acidobaznih motenj pri odraslih in otrocih, teste koagulacije in prevetrili indikacije za transfuzijo.

Ob ponovitvi poškodbe glave in hrbtenice je nujno tudi poznavanje nevrološkega pregleda z interpretacijo klinične slike, še zlasti ob ugotavljanju možganske smrti in pripravi možnega dajalca za odvzem organov.

Sklop predavanj je bil namenjen enteralni in parenteralni prehrani pri kritično bolnem, še posebno pa pri nekaterih skupinah odraslih in otrok.

Poseben sklop je bil namenjen etiki in sodnomoedicinskim problemom v intenzivni medicini vključno s klinično-raziskovalnim delom ter specifičnosti organizacije in finančno-ekonomskega pristopa dela na intenzivnem oddelku. S prikazom študije o psihofizičnih vplivih in posledicah dela pri zdravstvenemu osebju na intenzivnih oddelkih smo tudi sami ugotavljali pomembnost urejenih zunanjih in notranjih razmer v intenzivni medicini.

Vsa predavanja je, ob pomoči izvršilnega in organizacijskega odbora, zbrala in uredila doc. dr. Boriania Kremžar v knjigi Slo-

venskega združenja za intenzivno medicino Šola intenzivne medicine 2000.

Tako kot vsako leto, so slušatelji tudi letos na koncu Šole pisali test.

Celodnevna predavanja smo skupaj zaključevali zvečer ob okusno pripravljene hrani in primerno izbrani dolenski kapljici, kjer smo dodatno izmenjali mnenja in vtise o medicinskih, pa tudi manj strokovnih, problemih.

Slovensko združenje za intenzivno medicino in zlasti izvršilni ter organizacijski odbor pa že pripravlja nov sklop Šole za naslednjo generacijo slušateljev, tokrat predvidoma posodobljeno in tudi organizacijsko nekoliko spremenjeno.

Pa na svidenje jeseni 2001 v Novem mestu. ■



# Samomor in samomorilno vedenje

Osmi evropski kongres  
Bled, 6. do 9. september 2000

Onja Tekavčič Grad

Začelo se je v belgijskem Ghentu septembra 1998 na 7. evropskem kongresu o samomoru, ko so se na velikem platnu 400 let stare predavalnice pokazali diapozitivi Bleda, Pirana, Planice, lipicancev in kar še drugega premore naša deželica, ki so vzbudili navdušene vzklike, ki mojim strokovnim argumentom za organizacijo naslednjega kongresa (pod pokroviteljstvom Psihiatrične klinike Ljubljana) niso mogli zagotoviti boljše podpore. Tako mnogo slavnejša konkurenta Amsterdam in Talinn pravzaprav sploh nista imela priložnosti. In če je običajno glasovanje med potencialnimi kraji-organizatorji tesno in nezanesljivo, smo Slovenci tokrat zmagali s prepričljivo večino, čeprav je bila prvič v zgodovini

evropskih suicidoloških kongresov organizacija zaupana t. i. "vzhodni", tranzicijski, manj znani in po stereotipu zahodnjakov nepreizkušeni državi. Imamo pa slovenski suicidologi kar nekaj strokovnih referenc, ki v krogih mednarodne zveze in kolegov veljajo več kot seveda v domovini in ki so bili kar dober garancijski list za organizacijo naslednjega srečanja.

Ne vem sicer, ali sploh obstaja kakšna zveza med dobrimi znanstvenimi članki in organizacijo kongresa, res pa je, da kolegu, ki bo nosilec organizacije naslednjega kongresa, zaupamo in zanj glasujemo običajno na podlagi njegovih strokovnih referenc in izkušenj, ki jih imamo z njegovo/ njeno osebnostjo. Kakorkoli že, slovenski suicido-

logi, mala peščica, smo dobili kar zahtevno nalogo, ki jo pozna vsak, ki je kdaj šel skozi konglomerat različnih nalog, ki jih zahteva strokovno srečanje. Že lokalno, po številu majhno in specializirano druženje, je naporno in stresno, kaj šele kongres tako velikega obsega kot je evropski, ki naj vključi vse kolege, delujoče na tem področju, pa še kakšne iz tistih sorodnih disciplin, ki se s fenomenom srečujejo pri svojem delu.

Kako že gredo stvari? Najprej organizacijski, potem programski odbor, pa kdo bo tehnični organizator in kje bo kraj srečanja. Kdaj gredo ven prva in kdaj druga obvestila, kako pridobiti in zagotoviti visoko raven strokovnih prispevkov in predvsem, kako privabiti svetovna imena za plenarna predavanja?



*Pomembni gostje na slavnostni otvoritvi 8. evropskega kongresa o samomoru: prof. dr. Dušan Keber, dr. med., tedanji strokovni direktor Kliničnega centra, Franc Košir, generalni direktor ZZZS in spec. akad. st. Andrej Bručan, dr. med., tedanji minister za zdravstvo.*



*Nagovor predsednice organizacijskega odbora kongresa prof. dr. Onje Tekavčič Grad, klin. psib. na slavnostni otvoritvi. V ozadju doc. dr. Marga Kocmur, direktorica Psihiatrične klinike Ljubljana, strokovnega organizatorja kongresa.*



**Prof. dr. Diego De Leo, predsednik IASP - Mednarodne organizacije za preprečevanje samomora med govorom na slavnostni otvoritvi kongresa**



**Gostje in prva plenarna govornika na kongresu: prof. dr. Cornelius Van Heeringen, Belgija in prof. dr. Alojz Iban, Slovenija (drugi in tretji z leve)**

Če pomislimo, da ima Ameriško združenje za preprečevanje samomora (AAS) za seboj že 33 letnih kongresov, Svetovno združenje (IASP) pa 21 bienalnih, je evropsko še pravi začetnik s komaj osmimi, ki so prav tako organizirana vsaki dve leti. Prvo je bilo leta 1985 v Münchnu (Nemčija), potem pa v Edinburghu (Škotska), Bologni (Italija), Odenseju (Danska), Corku (Irsk), Lundu (Švedska) in Ghentu (Belgija). In zadnje, leta 2000, seveda na Bledu. Ta pregled po državah jasno pokaže, da je paradoks pri podpori preprečevanja samomora v Evropi povsem absurden: medtem ko koeficient samomora upada v državah zahodne Evrope, pa skokovito narašča v postkomunističnih, z vsemi tegobami tranzicije prizadetimi državami, kjer je skrb za človeka manjša ali je pa sploh ni. Pa vendar cvetijo organizacije in službe za pomoč suicidalnim osebam mnogo bolj v zahodnih državah, ki so polne znanja, bolj odprtih prepričanj z manj tabuiranja problema, dobre organizacije, politične podpore in seveda denarja. Zato je tudi podpora delu, ki ga opravljajo suicidologi, mnogo večja in pomembnejša kot v Sloveniji, Rusiji, Bolgariji ali v Baltskih deželah. Če ima finski nacionalni program za preprečevanje samomora vključenih 2.000 različnih strokovnjakov, samo za to nalogo pa so zaposlili 66 specialistov (vseh Fincev je le nekaj več kot dvojno število Slovencev), v Sloveniji zaenkrat še ni nikogar, ki bi se ukvarjal v svojem delovnem času zgolj in poglobljeno z na-

črtovanjem zmanjševanja našega, že dolga leta tako visokega koeficienta samomora. Za primerjavo: finski koeficient samomora je nekaj pod 20 na 100.000 prebivalcev, medtem ko je slovenski že dvajset let nekoliko nad ali nekoliko pod 30 na 100.000 prebivalcev. Finski proračun za 5-letni nacionalni program (1992-97) je bil dva milijona ameriških dolarjev, slovenskega (zaenkrat še) ni.

Pa nazaj h kongresu. Določiti je bilo treba osrednjo temo, ki bo zajela moderni trend raziskovanja in razumevanja suicidalnosti v svetu in novejšo postopke v zdravljenju in pomoči suicidalnim osebam. Ker smo ravnokor začeli v novo tisočletje in ker so v preteklosti prevladovali bolj dejavniki tveganja samomorilne ogroženosti, smo se odločili za svež in bolj globalni naslov, ki bi povezoval preteklo znanje in izzval ter pritegnil nove poglede na ta fenomen družbe in posameznika. Ker vemo, da razumevanje samomora posega v različne znanosti, naj bi naslov tudi privabil čim bolj pestro združbo strokovnjakov z vseh osrednjih in spremljajočih področij raziskovanja in pomoči ob suicidalnem procesu. Dejavniki tveganja za samomor so že dolga leta znani - od moškega spola, višje starosti, nizke izobrazbe, nefunkcionalne družine, pa do alkoholizma, depresivnosti, osamljenosti in brezposelnosti, samomorilnih poskusov v preteklosti in samomora bližnjih. Seznam dejavnikov tveganja je dolg in z vsako raziskavo daljši. V nasprotju z njim pa so relativno slabo in nepopolno raziska-

ni zaščitni dejavniki tveganja za samomor, o katerih smo želeli spregovoriti na Bledu. In naslov je bil rojen: Suicide Risk and Protective Factors in the New Millennium - Riziki in zaščitni dejavniki za samomor v novem tisočletju. Kraj: Festivalna dvorana na Bledu. Čas: konec poletja. Posebne zahteve: najraje sončno, alpsko vzdušje, z nekaj primesmi prislovične blejske romantike. Pravi kraj za kompenzacijo in uravnoteženje napore vsebine z lepoto naravnega okolja.

Predsednik Kučan je po dolgem premisleku ljubeznivo prevzel pokroviteljstvo nad kongresom, kar je zagotovo dalo posebno težo in pomen tej temi, tako znani in vendar tako spregledani v slovenskem prostoru.

In kako je vse potekalo? Na kongresu je sodelovalo 276 udeležencev iz 28 držav, predstavniki so prišli z vseh petih celin, od tega je bilo 18 vabljenih plenarnih govornikov in množica popoldanskih referatov, delavnic in plakatov.

Kongres so otvorili slavnostni govorniki: prva je bila direktorica Psihiatrične klinike doc. dr. Marga Kocmur, dr. med., v vlogi organizatorja kongresa; prebrana je bila poslanica pokrovitelja predsednika Kučana (ki je bil zadržan na sedežu OZN v New Yorku); govoril je tedanji minister za zdravstvo spec. akad. st. Andrej Bručan, dr. med.; prebrali smo poslanico dr. Wolfganga Rutza, evropskega svetovalca za mentalno zdravje pri SZO; spregovoril je predsednik IASP-a - Mednarodne organizacije za preprečeva-

nje samomora prof. dr. Diego De Leo, dr. med.; slavnostni del pa je zaključila predsednica organizacijskega in programskega odbora prof. dr. Onja Grad, klin. psih., iz Psihiatrične klinike Ljubljana.

Slavnostni otvoritvi sta sledili dve predavanji: prvega je prispeval organizator prejšnjega kongresa prof. dr. Cornelius Van Heeringen iz Belgije, ki je govoril o samomoru in socialnih možganih, drugega pa prof. dr. Alojz Ihan iz Slovenije, ki je predstavil svoje poglede na samomor z vidika imunologa in literata: Zakaj družba potrebuje samomor?

Plenarna predavanja, ki predstavljajo state of the art osrednje strokovne teme, so bila razdeljena v tri dopoldneve s tremi podnaslovi; prvo je bilo "Razumevanje samomora", kjer so profesorji Goldney (Avstralija), Buda (Madžarska) in Sartorius (Švica) predstavili različne poglede na predurkheimovsko obdobje, probleme samomora v centralni in vzhodni Evropi in razlike med spoloma kot osnovo za zaščito v preprečevanju samomora. V istem dopoldnevu so trije biološko usmerjeni avtorji iz Finske (Isometsä), Nemčije (Müller-Oerlinghausen) in Švedske (Marie Åsberg) razložili najnovejše izsledke v razumevanju in zdravljenju samomorilnega vedenja iz psihobiološke perspektive.

Drugo dopoldne je bilo podnaslovljeno "Zaščita pred samomorom", vodilne teme pa so predstavili: Leenaars iz Kanade o možnostih preprečevanja samomora v šolah; Motto (ZDA), ki je predstavil petletno perspektivno študijo o sledenju pacientov po poskusu samomora, ki jih ponovnega poskusa

obvaruje redna korespondenca njihovega terapevta skozi več let v razmaku nekaj mesecev, ki jih le blago opomni, da lahko, če seveda želijo, pridejo ob tem in tem času na razgovor. Prof. Maltsberger, znani amersiški psihoanalitik, je predstavil psihološke zaščitne dejavnike, ki preprečujejo posamezniku, da bi se odločil za to dejanje; legenda svetovne suicidološke znanosti, prof. dr. Norman Farberow (ZDA) pa je zaključil plenarno dopoldne z mislimi, kako naj ravna terapevt, ko ga čustveno zadene bolnikov samomor.

Tretje in zadnje (sobotno) dopoldne kongresa je bilo razdeljeno na dva dela - v prvem je nekdanja predsednica Samaritanov - Befrienders International, Vanda Scott iz Francije, opisala prednosti prostovoljcev v preprečevanju samomora, prof. Hawton iz Anglije pa je predstavil vplive medijev na samomorilno vedenje ter preventivne strategije, ki iz tega vpliva izhajajo. V drugem delu dopoldneva pa je zaključil kongres panel, sestavljen iz štirih vrhunskih strokovnjakov s povsem različnimi usmeritvami in razlagami samomorilnega procesa. Panel je vodil sedanjí predsednik Mednarodnega združenja za preprečevanje samomora Diego De Leo, ki je z izzivalnim uvodom in podvprašanji začrtal različnosti treh panelistov, ki jim je sledila razlaga vsakega posameznega panelista in dialog iz publike. Prva je predstavila svojo biogenetsko razlago samomorilnega procesa prof. Lil Träskman Bendz iz Švedske, sledila ji je prof. dr. Ljilijana Moro iz Hrvaške, ki je razložila psihoanalitski model razumevanja samomora, panel pa je za-

ključil s svojimi mislimi in razlagami prof. dr. Konrad Michel iz Švice, ki je zagovarjal interaktivni model razumevanja samomora in vlogo terapevta kot enakopravnega člana v odnosu s pacientom.

Popoldanske sekcije so tekle v treh ali štirih dvoranah z zelo različnimi temami: od epidemiologije samomora iz različnih koncev sveta, do uporabe interneta v preprečevanju samomora, pa od nacionalnih programov do predstavitve velike evropske multicentrične študije o poskusu samomora; predstavljene so bile nove lestvice za ocenjevanje samomorilnega tveganja, pa delo z bližnjimi po samomoru svojca in seveda mladostniški samomor in različne oblike terapije z ljudmi po poskusu samomora.

## Plakati in delavnice so popestrili čas med kosilom

Poleg osrednje dejavnosti med kongresom, se je še med kongresom in po njem dogajalo mnogo zanimivega. Pred uradno otvoritvijo kongresa so se srečali predstavniki International Academy od Suicide Research, ki so organizirali tudi sklop predavanj, odprt za široko publiko. Srečali so se tudi predstavniki AER - Assembly of European Regions, ki pripravljajo mednarodne in državne strategije o politični podpori ukrepom za preprečevanje samomora v državah, ki so članice tega združenja. Tudi Executive Board Mednarodne organizacije za preprečevanje samomora je imel pred in med kongresom več sestankov. Po koncu kongresa pa so se zopet srečali raziskovalci zelo obsežne študije WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide - multicentrične evropske študije o poskusu samomora, kjer sodeluje 23 evropskih centrov (med njimi tudi Ljubljana) že od leta 1989 in zbira, obdeluje ter objavlja podatke o tem pojavu na enoten način.

Kongres smo zaključili z zelo ganljivo projekcijo diapozitivov o dogajanju in udeležencih kongresa, ki jih je spremljala glasba Barbre Streisand - The way we were. Pod tem podnaslovom si lahko na spletni strani 8. evropskega kongresa o samomoru in samomorilnem vedenju (<http://animus.mf.uni-lj.si/~8ess/>), vsakdo lahko ogleda nekatere izbrane slike in slikovno poročilo o dogajanju na Bledu od 6. do 9. septembra 2000.

Po kongresu bomo izbrane referate izdali v knjigi, zaenkrat pa je na razpolago knjiga izvlečkov.



**Mednarodna publika med otvoritvijo kongresa v Festivalni dvorani na Bledu**

# Seminar družinske medicine

Suzana Židanik

Podobno kot mnogi kolegi in kolegice pred mano sem imela od 10. do 16. decembra 2000 priložnost udeležbe na enem od seminarjev v Salzburgu. Za vse, ki jih ne poznajo, naj napišem, da gre za obliko strokovnega izobraževanja, ki poteka od leta 1993 pod pokroviteljstvom ameriško-avstrijske fundacije, ki organizira seminarje za zdravnike držav srednje, Vzhodne Evrope, Centralne Azije in držav, ki so bile nekoč sestavni del Sovjetske zveze. V letu 2000 je bil med šestnajstimi seminarji s področja medicine tudi seminar družinske medicine, ki je bil nasploh organiziran četrtič. Prijavila sem se na razpis, ki ga v sodelovanju s fundacijo vsako leto pripravi Open Society Institute Slovenia, s sedežem v Ljubljani. Organizator slušateljem krije stroške udeležbe, poti in nastanitve. Fundacija sodeluje z več uglednimi medicinskimi ustanovami v Združenih državah Amerike, ki v Salzburg pošiljajo svoje predavatelje. Na seminar družinske medicine nas je bilo povabljenih 53 zdravnikov iz 22 držav. Potekal je v gradu Leopoldskron, ki je lep primer, kako je mogoče učinkovito izrabiti zgodovinsko zgradbo v sodobne namene. Poleg velike predavalnice v tretjem nadstropju so nam bili na razpolago seminarski prostori in računalniška učilnica s celodnevni dostopom do interneta v drugem nadstropju. Posebej naj omenim še impozantno jedilnico v prvem nadstropju s stilnim pohištvom in zidnimi poslikavami ter pritličje, kjer smo se ob božičnem drevesu zbirali k dopoldanski kavi in klepetu. Prenočevali smo v bližnji pristavi Meierhof v prijetnih sobah z vsem hotelskim udobjem.

Strokovni del seminarja je obsegal predavanja in učne delavnice. Prvi dan oziroma večer je bil namenjen medsebojnemu spoznavanju in privajanju na sporazumevanje v angleškem jeziku, ki je bil naš glavni pogovorni jezik teden dni. Slušatelji smo bili iz različnih okolij, različnih zdravstvenih sistemov, z različno izobrazbo in delokrogom, saj nas le dobra polovica resnično dela v ambulantah kot zdravniki družinske/splošne medicine. Naši predavatelji iz ZDA so bili iz mesta Durham v zvezni državi Severna Ka-

rolina z Duke University Medical Center & Health System, Department of Community and Family Medicine. Večina predavateljev je v tem centru zaposlenih ali pa s centrom sodeluje. V naslednjih petih dneh so nam izčrpno predstavili družinsko medicino v ZDA. Predstojnik oddelka, prof. dr. Lloyd Michener, dr. med., je imel 11. decembra uvodno predavanje z naslovom Sistemi zdravstvenega varstva v razvoju. Podal nam je zelo zanimiv pregled sedanjega stanja sistema zdravstvenega varstva v ZDA. Durham ima zelo veliko zdravnikov, zato se je pošalil, da je to mesto medicine, ne pa tudi mesto zdravja. Navedel je podatke o stroških zdravstvene oskrbe (v ameriških dolarjih) v razvitem svetu na prebivalca na leto. Vodilne tri države so: 1. ZDA (4.090 USD), 2. Nemčija (2.339 USD), 3. Kanada (2.095 USD). V ZDA se soočajo z vrtoglavi naraščanjem izdatkov za zdravstvo, saj so leta 1987 porabili v ta namen

500,5 milijona USD, deset let kasneje leta 1997 pa že dvakrat toliko - 1.092,4 milijona USD. Finančna sredstva za zdravstvo zbirajo tako: 43 odstotkov iz državnega proračuna (za otroke, ostarele in nujno medicinsko pomoč), 27 odstotkov iz zasebnih zavarovanj preko vplačil v podjetjih, kjer so zavarovanci zaposleni, v 22 odstotkih so samoplačniki, 5 odstotkov predstavljajo zasebna individualna zavarovanja. Vodilni zdravstveni problemi po pogostosti so: obolenja srca, rak, možganska kap, pljučne bolezni in poškodbe. Zdravnikov imajo dovolj, vendar je njihova razporejenost neenakomerna. V letu 1995 so imeli na 100.000 prebivalcev 68 družinskih zdravnikov in 130 specialistov drugih strok, ki jih je nasploh preveč. V nekaterih okoljih je družinskih zdravnikov



Grad Leopoldskron

preveč, drugod premalo. Pomemben strokovni problem predstavljajo medicinske napake, ki jih ugotavljajo pri 3 odstotkih vseh hospitaliziranih oseb. Zmanjšanje števila teh napak je ena prednostnih nalog zdravstvene oskrbe v ZDA.

Isti dan nam je dr. Margaret Gradison, dr. med., predstavila značilen delovni dan ameriškega družinskega zdravnika v Durham Private Practice. Dr. Gradisonova dela v eni od ambulant te zasebne prakse, drugi del zaposlitve ima v Duke University Medical Center & Health System, kjer se ukvarja s poučevanjem študentov in specializantov na področju družinske medicine. V omenjeni zasebni praksi je zaposlenih sedem družinskih zdravnikov. Struktura prebivalstva, za katerega skrbijo, je takšna: 15 odstotkov

starostniki nad 65 let, 15 odstotkov otroci stari do 18 let, 70 odstotkov ostali odrasli. Med zaposlenimi so še: 12 administrativnih delavcev, 11 medicinskih sester z nadzorno sestro, 1 administrator za nadzor, 1 rentgenski tehnik. Na leto opravijo 26.000 obiskov, sem sodijo tudi pregledi nosečnic, ginekološki pregledi, zakonsko obvezna cepljenja otrok, oskrba novorojenčkov in široka paleta posegov. Povprečno število obiskov pacientov na dan na zdravnika je 25, povprečen ameriški pacient obišče svojega zdravnika 2,5- do 3-krat na leto. Družinski zdravnik skrbi povprečno za 2.000 oseb. Medicinsko dokumentacijo hranijo v osrednjem kartotečnem prostoru, kjer se vsak zavarovanec javi receptorju pred pregledom. Receptor poišče kartoteko s pomočjo računalnika in če zmanjka elektrike, iskalni sistem odpove. Iz tega sklepam, da so naše klasične kartotečne omare z abecedno razvrstitvijo kartotek in ročnim sistemom iskanja kar zanesljiva tehnologija. Zavarovanci imajo sklenjena zavarovanja pri več kot dvesto različnih zavarovalnicah. To v praksi pomeni dvesto različnih list zdravil, dvesto možnosti, kaj v oskrbi pri določeni diagnozi zavarovalnice plačajo, vsaka zavarovalnica jim pošilja seznam opravljenih storitev, seznam porabe zdravil, nekatere zavarovalnice plačujejo zdravstveno oskrbo kot glavarino, druge kot opravljene storitve itd. Ob teh podatkih sem močno začutila frustracijo, ki jo naši ameriški kolegi doživljajo pri delu v takem sistemu. Čakalni čas za pregled znaša 30 do 60 minut, pacienti se za preglede naročajo. Za preglede, ki niso nujni - npr. ginekološki pregled, je imela dr. Gradisonova čakalno dobo 3 do 4 mesece, za bolnike s kroničnimi boleznimi (diabetes, hipertenzija itd.) 14 dni. Družinski zdravniki so se s ponosom pohvalili, da imajo specialisti drugih strok, kljub temu da paciente prav tako naročajo, daljši čakalni čas. Presenetilo me je veliko število in pestrost posegov, ki jih izvajajo v svojih ambulantah. Naštela bom zlasti tiste, ki jih v Sloveniji zdravniki splošne/ družinske medicine praviloma ne opravljamo. To so avdiometrija, spirometrija, holter monitoring, rektoskopija, ginekološka oskrba (PAP bris, vstavljanje in odstranjevanje IUD, subkutana aplikacija progesterona za kontracepcijo, vstavljanje diafragme, biopsija endometrija, kolposkopija). Posamezen zdravnik praviloma ne obvlada vseh posegov. Če dela v skupni praksi več zdravnikov se medsebojno dopolnjujejo, ker vsak nekaj obvlada.

Tako v primeru krvavitve iz zadnjika v tej privatni praksi družinski zdravnik pacienta na rektoskopijo ne bi napolnil k specialistu gastroenterologu, temveč bi rektoskopijo opravil kolega družinski zdravnik, ki je za to usposobljen.

V nadaljevanju je dr. Gradisonova spregovorila o izobraževanju zdravnikov v ZDA. Specializacijo iz družinske medicine imajo od leta 1969, traja tri leta in se zaključí z izpitom, ki ga vodi American Board of Family Practice. Program specializacije je v veliki meri podoben našemu sekundarijatu, med dvema mesecema porodništva morajo opraviti samostojno 40 porodov. Licenco za delo podaljšujejo vsakih sedem let, podobno kot mi morajo zbirati z izobraževanja kreditne točke. Po vsakem sedemletnem obdobju imajo ustni preizkus znanja pred posebno komisijo. Za specializacijo družinske medicine se praviloma odločajo tisti kolegi, ki imajo radi pestrost v medicini in nagnjenje do vseh skupin prebivalstva. 86 odstotkov družinskih zdravnikov ima dovoljenje za oskrbo svojih pacientov tudi v bolnišnici. 25,3 odstotka družinskih zdravnikov vodi porode svojih pacientk, 62,7 odstotka jih skrbi za novorojenčke v porodnišnicah, 31 odstotkov jih asistira pri kirurških posegih, 50 odstotkov jih sodeluje tudi pri oskrbi v enotah za intenzivno terapijo. V primerjavi s specialisti drugih strok zaslužijo manj, po podatkih za leto 1998 je bil letni zaslužek družinskega zdravnika 113.200 do 160.200 USD na leto. Razlike v dohodku so odvisne od kraja zaposlitve, vrste prakse, obsega dela in seveda izobrazbe.

Med seminarjem smo imeli tri učne delavnice: oskrba diabetikov, spoznavanje dela z internetom in pouk retorike, pri slednjem sem se osebno naučila največ novega. Organizatorji so angažirali dva učitelja retorike, ki sta zaposlena v podjetju za komunikacije The Brents

Consulting Group. Paul Peixoto, ki nam je predaval, nas je opozoril, kako pomembno je, da razen na vsebino govora pazimo na: oči (obvezen je očesni kontakt, pa če nago-varjamo deset ali več sto oseb), glas (glasnost mora biti nekoliko nad običajno jakostjo glasu), roke (pomembno je, da so v dinamičnem položaju), držo telesa (ne za govorniškimi pultom, po možnosti desno ob projekciji), mašila v govoru. Vsem, ki jih tovrstno znanje zanima in želijo izboljšati kakovost svojih predavanj toplo priporočam ogled spletnih strani <http://www.Brents-Group.com>, kjer bodo našli veliko koristnih napotkov.

13. decembra je imela Katherine Andolsek, dr. med., ki je mimogrede slovenskega porekla, predavanje z naslovom Principi preventive in promocije zdravja. V uvodnem delu je našela stopnje preventivnih ukrepov in prvič sem slišala, da obstaja tudi terciarna preventiva - oskrba sicer zdrave osebe, ki pride v našo ambulanto zaradi zaskrbljenosti, da ima kako bolezen. Opozorila nas je na zelo dobro ameriško spletno stran



**Praznični Salzburg**



<http://www.guideline.gov>, kjer so objavljene strokovne smernice za sodobno obravnavo številnih bolezni. Preventivne dejavnosti je posebna služba US Preventive Services Task Force glede na priporočljivost in znanstveno podprte izsledke razdelila v pet skupin: A - zanesljivi dokazi o koristnosti, B - delni dokazi o koristnosti, C - nezadostni dokazi za ali proti koristnosti, D - delni dokazi, ki govorijo proti uporabi, E - zanesljivi dokazi, da dejavnosti niso smiselne. V skupino A z močnimi dokazi koristnosti so zaenkrat uvrstili: 1. merjenje krvnega tlaka, 2. mamografija za ženske v starosti 50 do 69 let, 3. TBC testiranje rizičnih oseb, 4. svetovanje opustitve kajenja in odvajanje s pomočjo nikotinskih obližev, 5. zmanjšanje uživanja maščob, 6. testiranje na HIV pri rizičnih osebah, 7. cepljenje proti tetanusu, 8. cepljenje proti hepatitisu B, 9. prekonceptijsko jemanje folne kisline in 10. detekcija bolezni in poškodb s pomočjo NMR. V skupini D je na primer pregledovanje urina pri asimptomatskih osebah (ob tem sem se spomnila na preventivne preglede odraslih oseb, ki jih plačuje naš ZZS in različne sistemske preglede) in rutinsko snemanje CTG pri nizko rizičnih nosečnicah (kako je s tem v Sloveniji?), v skupini C pa rutinsko snemanje EKG in cikloergometrija pri ljudeh srednjih let in starejših, rektalni pregledi za detekcijo raka prostate in UZ trebušnih organov (zelo pogost sestavni del pregledov managerjev tudi v ZDA, kjer se čedalje bolj zavedajo, koliko denarja nepotrebno investiramo v dejavnosti, ki niso dokazano smiselne).

O uporabi strokovnih smernic na primeru bolečine v križu je predaval Don Bradley, dr. med. Podobno kot pri nas priporočajo za analgezijo šibkejšo analgetiko, npr. acetylsalicilno kislino, česar zdravniki v praksi še ne upoštevajo. Za razliko od nas imajo dober dostop do kiropraktikov. Dokazano je, da traja učinek manipulativne terapije do en mesec po manipulaciji, nato pa izzveni. Kronično je bistvenega pomena primeren življenjski slog in redna telovadba. To vedenje bi morali osvojiti vsi - tako zdravniki kot naši pacienti.

14. decembra so bile na vrsti izrazito klinično obarvane teme: ishemična bolezen srca, debelost (smernice na spletu so na [http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob\\_algor.htm](http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_algor.htm)), o čemer nam je predaval Larry Wu, dr. med., o depresiji in posttravmatski stresni motnji v ambulanti dru-



*Skupina slušateljic seminarja od leve proti desni: Nadira Muratova (Uzbekistan), Corina Stan (Romunija), Suzana Židanik, Iuliana Carmen Spilevou (Romunija), Oana Luminita Mateescu (Romunija), Ilda Bidollari (Albanija)*

žinskega zdravnika pa nam je predavala psihiatrinja Katie Wu, dr. med. Pri teh predavanjih sem ugotovila, da so v Sloveniji naši postopki oskrbe povsem v skladu z najsoodobnejšimi izsledki medicinske znanosti in da imamo na razpolago večino zdravil, kot jih imajo v ZDA.

Zadnji dan 15. decembra je dr. Gradisonova predstavila izbrana poglavja zdravstvenega varstva žensk. Veliko zanimivosti nam je povedala iz lastne prakse, saj v svoji ambulanti opravlja ginekološke preglede. V ZDA približno 20 odstotkov žensk po porodu za vedno ostane doma in se posveti skrbi za družino. Porodniški dopust traja 6 do 12 tednov, tako da težko vzpodbujajo dojenje. Opažajo porast carskih rezov brez medicinske indikacije, saj se porodničarji ob najmanjšem sumu na zaplet poroda odločajo za operativno dokončanje poroda v strahu pred pravnimi postopki pacientk.

O problematiki ocenjevanja zdravstvene oskrbe nam je predaval Don Bradley, dr. med., družinski zdravnik, ki že nekaj let dela na področju zavarovalništva in ocene zagotavljanja kakovosti v zdravstvu. Predstavil nam je različne sisteme ocenjevanja, ki imajo svoje posebnosti. Med najboljšimi je sistem HEDIS, ki ga je oblikoval The National Committee for Quality Assurance ([http://](http://www.ncqa.org)

[www.ncqa.org](http://www.ncqa.org)), in ki navaja naslednja merila kakovostne oskrbe: 1. precepljenost otrok, 2. precepljenost adolescentov, 3. presejanje žensk za raka dojke, 4. presejanje za raka na materničnem vratu, 5. presejanje za klamidijsko okužbo pri ženskah, 6. prenatalna oskrba v prvem trimesečju nosečnosti, 7. spremljanje dojenčkov po porodu, 8. nadzor pacientov z arterijsko hipertenzijo, 9. predpisovanje b-blokatorjev bolnikom, ki so preboleli AMI, 10. oskrba pacientov s hiperholesterolemijo po akutnem koronarnem dogodku, 11. celostna oskrba diabetikov, 12. uporaba primernih zdravil pri bolnikih z bronhialno astmo, 13. spremljanje psihiatričnih pacientov po hospitalizaciji, 14. predpisovanje antidepresivov, 15. odsvetovanje kajenja kadilcem, 16. pozitivna cepljenja odraslih. Vsak od nas se lahko vpraša ali skrbimo za svoje paciente v skladu s strokovnimi priporočili, ta merila pa bi morala biti tudi v zavesti načrtovalcev zdravstvene službe. Zaključno predavanje z naslovom Prihodnost družinske medicine je imel prof. dr. Lloyd Michener. Zadnjih deset let morajo družinski zdravniki v ZDA s specialisti drugih strok tekmovati za paciente, saj jih ima veliko zavarovanja, ki omogočajo neposreden dostop do specialistov drugih strok. Pacienti z določenimi zavarova-

nji lahko zahtevajo veliko različnih, tudi strokovno povsem neutemeljenih preiskav, kar močno draži zdravstveno oskrbo. Po drugi strani je 43 do 45 milijonov prebivalcev ZDA brez kakršnegakoli zdravstvenega zavarovanja. Gre za sicer zaposlene ljudi, ki pa zaslužijo tako malo, da si zdravstvenega zavarovanja ne morejo plačati. Bistveni problemi družinskih zdravnikov v ZDA so: 1. v primerjavi s preteklostjo morajo opraviti več dela za manj denarja, 2. nad lastnim delom imajo premalo nadzora, 3. veliko se ukvarjajo s simptomi bolnikov, pri katerih gre pravzaprav za psihopatologijo ali družinsko patologijo, 4. veliko je administracije, ki je povsem nepregledna. Sprašujem se, ali niso to tudi naši problemi? Po njegovem mnenju se bo moral družinski zdravnik v prihodnje ukvarjati predvsem s stalnimi spremembami stroke, preventivo, usmerjeno obravnavo kroničnih bolezni in z veliko papirnega dela.

Vsa predavanja in učne delavnice so se zaključevala z živahno razpravo, tako da smo imeli praviloma krajše odmore. Zato sta bila zelo dobrodošla diskusijska večera, ko smo svoje predavatelje lahko prosto spraševali o temah, ki so nas zanimala. Med zanimivejšimi naj omenim vzroke za izgubo licence za delo med zdravniki v ZDA. Glavni trije razlogi po pogostosti so: 1. zloraba ilegalnih drog, 2. zloraba alkohola, 3. spolna zloraba pacientov. Glavni razlog tožb pacientov je postavitev napačne diagnoze. Vsi so zavarovani za primer take napake, glavni povod za tožbe pa ni resnost napake, ampak verbalni konflikt med zdravnikom in pacientom. Veliko časa namenijo pojasnilni dolžnosti, za opis poteka preiskave in možnih zapletov imajo posebne protokole. Pri vseh postopkih večjih od odvzema krvi pacient podpiše poseben obrazec, da se s posegom strinja. Pravica do bolniškega staleža ni tako univerzalna kot pri nas, saj je odvisna od vrste sklenjenega zdravstvenega zavarovanja preko vplačila v podjetjih. Večja podjetja zaposlenim priznavajo pravico do staleža, samozaposleni in tisti v manjših podjetjih staleža pogosto ne koristijo. Zato njihove zdravstvene zavarovalnice sploh ne poznajo nadzora bolniškega staleža. Razmerje med prvimi pregledi pri družinskih zdravnikih in specialistih ostalih strok je 1:1.

Razen strokovnega dela so naši organizatorji poskrbeli tudi za družabni del seminarja. V enem od popoldnevov, ki je bil za december neobičajno topel in sončen, smo

si v spremstvu vodiča ogledali najpomembnejše mestne znamenitosti, mnoge od njih so seveda povezane s slavnim domačinom, skladateljem W. A. Mozartom. V času seminarja je bilo mesto odeto v praznično dekoracijo, še posebej slikovit je bil božično-novoletni sejem. En večer nam je zapolnil klavirski koncert, radi pa smo posedali tudi v kleti gradu, ki je spremenjena v pivnico. Poleg predavateljev sem seveda spoznala številne nove kolege, ki so mi ponudili odličен konjak iz Moldavije in čokolado iz Rusije. Prijetno me je presenetil strokovni razvoj družinske medicine v pribaltiških državah, ki so po osamosvojitvi vzpostavile sodobno specializacijo družinske medicine. Prvi družinski zdravniki že delajo in kar zavidala sem jim, da lahko v svoji ambulanti opravijo korekten pregled pri ženski z izcedkom iz nožnice ali z akutnim adneksitisom. Odzivi pacientk, ki lahko ginekološki pregled opravi-

jo kar pri osebem zdravniku, so zelo dobri. Po podobnem programu teče specializacija tudi v Bosni in Hercegovini pod pokroviteljstvom Kanade in Velike Britanije. Največ težav s specializacijami imajo na Hrvaškem (zaradi finančne krize že tri leta nihče ni pričel s specializacijo družinske medicine) in v Rusiji (splošna/družinska medicina nima tradicije, to delo opravljajo specialisti internisti ali pediatri). Morda nikoli ne bom uresničila povabila, naj pridem na pohod po romunskih gorah ali kopanje v albanskem morju, ne bom pa pozabila kolegov, ki polni navdušenja delajo na področju družinske medicine.

Če želi še kdo od slovenskih zdravnikov okusiti čar seminarja v Salzburgu, mu priporočam, da si ogleda povabilo za seminarje v tem letu na <http://www.aaf-online.org>, naslednji seminar družinske medicine bo od 1. do 7. julija 2001. ■

*Na podlagi 9. člena zakona o temeljnih pravicah iz delovnega razmerja, 20. člena statuta ZD Zagorje in 11. člena kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike objavljamo prosto delovno mesto*

**zdravnika po končanem sekundarijatu ali  
zdravnika splošne medicine ali  
zdravnika specialista splošne medicine ali  
zdravnika specialista pediatrije v otroškem dispanzerju**

*s polnim delovnim časom za določen čas za tri leta  
za nadomeščanje delavke na specializaciji ter 4-mesečno poskusno dobo.*

*Kandidati, ki imajo zaključeno Medicinsko fakulteto v Ljubljani -  
odsek za splošno medicino in strokovni izpit oziroma opravljen specialistični izpit  
iz pediatrije-naj pošljejo svoje vloge z dokazili o izpolnjevanju razpisanih pogojev  
v 8 dneh po objavi na naslov:*

*Kadrovska služba, Zdravstveni dom Zagorje, C. zmage 1, 1410 Zagorje.  
O izbiri bodo kandidati obveščeni v 8 dneh po odločitvi.*

# Nadzor stekline v Amerikah

Mirjana Stantič Pavlinič

Od 18. in 21. oktobra 2000 je v Limi, Peru, potekalo XI. mednarodno srečanje o napredku na področju raziskovalne dejavnosti in nadzora stekline v Amerikah (XI. Reunion internacional sobre avances en la investigación y control de la rabia en las Americas). Uvodoma je peruski minister za zdravstvo med drugim pozdravil zastopnike najbolj oddaljenih držav - Slovenije in Šri Lanke, ki so s svojo dejavno udeležbo prispevali k internacionalizaciji srečanja in širšemu razumevanju strokovnih dosežkov na različnih koncih sveta. Srečanja so se udeležili tudi strokovnjaki, ki se ukvarjajo s steklino iz Francije, Nemčije, Nizozemske. Čeprav je udeležba kolegov iz ZDA, Kanade in Mehike tudi bila velika, največje število udeležencev srečanja je prihajalo z ozemlja Južne Amerike, predvsem Brazilije, Čila, Argentine, Ekvadorja, Paname in seveda države gostiteljice - Peruja. Simultano prevajanje iz angleščine v španščino in obratno je omogočilo, da smo razumeli vsebino kakovostnih prispevkov južnih Američanov, ki imajo bogate izkušnje s steklino v medicini človeka in tudi v veterinarski medicini.



V zadnjih dveh desetletjih letno število primerov stekline pri človeku je po svetu ostalo enako in presega 30.000. Večina okužb se še vedno dogaja v Indiji. Delež otrok, ki umirajo zaradi stekline se giblje od 24 odstotkov na Kitajskem do 60 odstotkov v Kambodži. Raziskave so pokazale, da je v endemičnih območjih največje tveganje za okužbo v starosti med 5 do 10 let.

V Južni Ameriki beležijo po letu 1981, ko so ugotavljali nekaj sto pri človeku primerov stekline, letno, upadanje zbolevanja. Vse manj se srečujejo s problematiko urbane stekline v večjih mestih. Večina zbolelih je živele v manjših mestih. Takšna razveseljiva novica je dobrodošla za turizem, ki je tudi na teh koncih sveta v razmahu. V zadnjih letih je vir okužbe na teh prostorih pes v 52 odstotkih primerov, netopir v 22 odstotkih, mačka v 3 odstotkih, pri ostalih primerih je pot prenosa velikokrat ostala nepojasnjena. Najbolj pomemben za prenos stekline znotraj družine netopirjev je hematofagni netopir, čeprav steklino prenašajo tudi nekatere druge vrste netopirjev. Največ obolelih je odpadlo na Brazilijo, Mehiko, Paragvaj, Ekvador in Peru, redkeje pa je bila bolezen zaznana v Boliviji, Hondurasu, Salvadorju ali Haitiju.

Poglavitni rezervoar gozdne stekline je na njihovih prostorih netopir, v pragozdovih in nasploh povsod pa je poseljeno tudi prebivalstvo. Veliki problem za pojav stekline pri človeku v manjših urbanih naseljih predstavlja izjemno velika populacija psov. Na leto se obnovi ena tretjina te populacije, kar narekuje potrebo po integriranju programov nadzora stekline tudi v gibanju "Zdravo mesto" (Alvarez, Mehika). Preventivni program naj bi bil usmerjen predvsem na vzgojo šoloobveznih otrok, pri čemer beležijo izrazito velike uspehe. Otroci, ki praviloma skrbijo za hišne ljubljence, so pripravljeni na veliko sodelovanje pri dvigu cepljenosti psov. Cepljenje poteka kampanjsko, na "ceplilne dneve" otroci največkrat sami prinašajo hišne ljubljence k veterinarskim ekipam, ki izvajajo cepljenja na terenu. Stroške cepljenja praviloma krije državni proračun. V Latinski in Južni Ameriki velik pomen pri ohranjanju virusa stekline pripisujejo tudi govedu in netopirjem. Steklina povzroča velike gospodarske škode po farmah.

Severna Amerika, kjer poteka na velikih območjih odmetavanje vab proti steklino, beleži iz leta v leto upadanje primerov ste-

kline pri živalih. Steklino ugotavljajo pri mačkah, psih, govedu, pri divjih živalih beležijo steklino najpogosteje pri rakunih (41 odstotkov vseh ugotovljenih primerov v zadnjem letu), dihurjih (19 odstotkov), netopirjih (10 odstotkov), lisicah 5 odstotkov. Menijo, da obstaja verjetnost prenosa stekline od rakunov na govedo. Leta 1999 na severnoameriških prostorih niso zabeležili primerov stekline pri človeku. Leta 2000 so bili do meseca oktobra v ZDA prijavljeni 3 primeri stekline pri človeku; po en primer v Kaliforniji in Georgiji, tretji primer pa je bil importiran z ozemlja Gane. En primer stekline pri človeku je bil ugotovljen tudi v Kanadi (Krebs, ZDA).

S Kube poročajo o primerih stekline pri človeku, v katerih je prišlo do okužbe preko netopirjev, na kubanskih otokih pa so, enako kakor na Haitiju, s steklino okuženi tudi mungosi.

V Braziliji prejme okoli 250.000 oseb na leto postekspozicijsko zaščito proti steklino. Skoraj enako število oseb pa takšno zaščito odkloni! Postopoma skušajo preiti na cepljenje s cepivi, pripravljenimi na celičnih kulturah. Okoli 60.000 psov na leto v tej državi podleže evtanaziji.

Venezuela se še srečuje z urbano steklino in z naraščanjem epizootije v obalnem območju. Sodelovanje ljudstva pri izvajanju množičnega cepljenja psov proti steklino (od hiše do hiše) narašča.

V Peruju ugotavljajo paralelen padec stekline pri psih in ljudeh. Pri ostalih živalih niso ugotovili dinamike primerov stekline v zadnjih letih. Med leti 1989 in 1999 so zabeležili 307 humanih primerov stekline na njihovem ozemlju. Skoraj polovico primerov združujejo z hematofagnim netopirjem. Največ humanih primerov stekline beležijo na mejah proti Boliviji in Ekvadorju, vendar imajo primere tudi ob obali proti Pacifiku. V glavnem mestu, Limi, so zadnji primer stekline ugotovili leta 1994, čeprav so v

predmestju Lime, kolonialni luki Callao, za-  
beležili dva primera stekline pri človeku tudi  
leta 1997. V turistično zanimivem kraju,  
Cusco, so v zadnjih letih zasledili veliko pri-  
merov stekline. Povprečno okoli 30 odstot-  
kov bolnikov, ki po poškodbi obišče zdrav-  
nika, cepijo. Narašča število opazovanih ži-  
vali, ki so deležne opazovanja, potem ko  
povzročijo poškodbo, narašča pa tudi obisk  
pacientov pri zdravniku po ugrizu. Za ce-  
pilne kampanje psov so skušali pridobiti so-  
delovanje otrok, ki svoje hišne ljubljence  
skrbno prinašajo na cepljenja. Sočasno po-  
teka zdravstveno vzgojna kampanja usmer-  
jena v preprečevanje stekline.

Na ozemlju Južne Amerike ugotavljajo  
obstoj presenetljivo velikega števila različic  
virusa stekline. Obstajajo velike genetske va-  
riacije virusa stekline med državami in sko-  
raj praviloma obstoj več različic znotraj po-  
samezne države. Analize potekajo na vzor-  
cih, pridobljenih od ljudi, domačih in div-  
jih živalih. Raziskave potekajo v sodelova-  
nju s Centrom za nadzor bolezni, Atlanta,  
ZDA. Za nadaljnje sodelovanje in usklaje-  
vanje znanstvenih vprašanj s tega področja  
je na srečanju pokazal zanimanje tudi Pa-  
steurov inštitut iz Pariza (Tordo). Določa-  
nje antigenih značilnosti virusa stekline pris-  
peva k razvoju molekularne epidemiologi-  
je. Pridobljeni podatki so podlaga za nad-  
zor stekline pri ljudeh in živalih v Mehiki  
(Alvarez) in drugih krajih.

Večina reagentov s fluorescentnimi pro-  
titelesi, ki jih uporabljajo za diagnostiko ste-  
kline, je visoke kakovosti. Diagnostiko pa le  
spremlja potreba po dopolnilnih preiskavah,  
predvsem izolacijo virusa in/ali reverzno  
transkriptazno - polimerazno verižno reak-  
cijo (PCR). Imunski serum lahko vsebuje  
navzkrižno reagirajoča protitelesa, mono-  
klonalna protitelesa pa zaradi velike speci-  
fičnosti ne morejo spoznati vseh variant vi-  
rusa. Uporabljajo še vedno tudi izolacijo vi-  
rusa na miših. Raziskovalci ugotavljajo spe-  
cifičnost in občutljivost testov. Martorelli in  
sod. iz Brazila menijo, da je tehnika PCR  
dovolj občutljiva in specifična, ponuja pa  
tudi bolj hitre izvide kakor inokulacija vi-  
rusa v miši.

Narašča testiranje protiteles na stekline  
pri psih in mačkah, ki se uvozijo na območ-  
ja brez stekline. Namen preiskave je določa-  
nje cepilnega statusa uvožene živali oz. skraj-

šanje karantene.

Domnevala sem, da v državah Južne  
Amerike v medicini človeka uporabljajo ce-  
pivo proti steklini, pripravljeno na živalskih  
možganih zaradi nižjih stroškov oz. nižje  
cene tovrstnega cepiva. Presenetilo me je, ko  
sem ugotovila, da ima pravzaprav pri cep-  
ljenjih na tem ozemlju na nek način precejš-  
nji pomen tudi tradicija. Nižja cena odmer-  
ka tovrstnega cepiva v primerjavi s cepivi,  
pripravljenimi na kulturah račjih ali huma-  
nih diploidnih celic, verjetno ne opravičuje  
njegove uporabe. Končni strošek cepljenja  
zaradi velikega števila odmerkov, ki jih je po-  
trebno uporabiti pri uporabi cepiv, priprav-  
ljenih na neuralnih živalskih tkivih, je tudi  
dokaj visok. Če primerjam naše podatke v  
Sloveniji o nepopolnih cepljenjih in zaščit-  
nih učinkih z njihovimi podatki, prihajam  
do dodatne potrditve o učinkovitosti oz. ko-  
ristnosti uporabe novejših generacij cepiv.  
V razpravi sem poudarila, da na naših pro-  
storih ljudje ne odklanjajo cepljenja proti  
steklini oz. praviloma uspemo brez spreml-  
jajočih stranskih učinkov opraviti celotni  
program večkratnega cepljenja. Domnevam,  
da je nekaterim kolegom iz južnoameriških  
držav, ki uspevajo popolni program ceplje-  
nja izpeljati le pri okoli polovici cepljenih  
oseb, moja razprava oz. naši podatki izzve-  
neli dokaj nerealno. Pa vendar smo srečni,  
da so ti podatki prijetna resnica in da z njo  
želimo tudi nadaljevati svoje delo.

V premoru so nam organizatorji sreča-  
nja ponudili svojevrstna prijetna doživetja.  
Pripravili so nam razstavo perujskih psov iz  
časov pred Inki. Značilnost teh psov je, da  
so brez dlake, koža pa je pri nekaterih črna  
ali rjavo-bela. Zelo so priljubljeni pri doma-  
činih. Ogledali smo si tudi inštitut, v kate-  
rem poteka diagnostika stekline pri netopir-  
jih ter priprava cepiv. Tisoče netopirjev, toč-  
neje drobnih, belih, krvosernih vampirjev,  
čaka v zamrzovalnih omarah na preiskave.  
Zagnani zbiralci netopirjev so občasno ne-  
zadovoljni zaradi dolgega časa, ki preteče do  
pridobitve izvidov, kar je deloma tudi ra-  
zumljivo, glede na to, da je, za razliko od  
evropskega prostora, zbiranje netopirjev v  
tovrstne namene na teh ozemljih precej li-  
beralno.

Praden sem se odpravila v Peru, sem se  
cepila proti rumeni mrzlici. Pomislila sem  
tudi na vse druge bolezni, ki razsajajo na

ozemlju te države - kugo, kolero, malarijo,  
gobavost, tuberkulozo, Chagasovo bolezen,  
dengo, leišmanioza, bartoneloza, bruceloza,  
antraks, ehinokokoza in številne druge bo-  
lezni, ki so udomačene predvsem v pragoz-  
dovih amazonskega dela Peruja. In vendar  
je bila moja želja, da se srečam s stekline v  
luči vseh njenih značilnosti v Južni Ameri-  
ki, močnejša od vseh pomislekov. K odloči-  
tvi, "da grem", je prispevalo tudi povabilo  
kolegov iz Južne Amerike, ki so leta 1999 na  
X. srečanju o steklini v San Diegu terjali trd-  
ne odločitve od udeležencev, da se dobimo  
in dograjujemo svoja znanja v za vse nas za-  
nimivem strokovnem ozračju Južne Ameri-  
ke.

Leta 2001 bo srečanje potekalo v Kanadi.  
Prepričana sem, da bodo prispevki iz evrop-  
skih prostorov prav gotovo tudi na tem  
ozemlju dobrodošli in da bodo poleg epide-  
mioloških prispevkov predvsem izkušnje la-  
boratorijskih delavcev in veterinarske me-  
dicine za gostitelje še posebej zanimivi.

Povzetki in tudi fotografije XI. srečanja  
o steklini v Amerikah so dostopni na elek-  
tronskem naslovu: [http://www.min-  
sa.gob.pe/xireunionrabia](http://www.min-sa.gob.pe/xireunionrabia), tiskan pa je tudi  
zbornik srečanja. ■





# 17. kongres mednarodne diabetične federacije

Alenka Škerjanc

Od 5. do 10. novembra 2000 je v mehiškem glavnem mestu Mexico City potekal 17. kongres zveze, ki združuje državne organizacije oseb s sladkorno boleznijo in medicinskih strokovnjakov z vsega sveta. November je v Mehiki najbolj prijeten mesec in organizacija kongresa v mestu, ki ga spremlja zanimiva in še vedno skrivnostna zgodovina, je privabila na srečanje več kot sedem tisoč udeležencev z vsega sveta. V 24-milijonskem mestu gneča zaradi nas ni bila nič večja, le taksisti so bili ob naših strahovih in predsodkih do podzemске železnice gotovo zadovoljni. Kongres in spremljajoče kulturne prireditve so potekale v ogromni stavbi nacionalnega avditorija in dveh sosednjih hotelih, ob katerih bi si naš Bled ali Portorož kljub vsej lepoti pridobila bolj videz makete kot kongresnih centrov.

**Vsebina kongresnega dogajanja je bila razdeljena v sedem večjih sklopov:**

1. Izobraževanje, prehrana ter psihosocialni vidiki oskrbe sladkorne bolezni
2. Klinične raziskave



Med odmorom, Vanda Rosko, Maruša Pavčič, Alenka Škerjanc (od leve)

3. Sladkorna bolezen v družbi
4. Bazične raziskave
5. Organizacija in ekonomika oskrbe sladkorne bolezni
6. Sladkorna bolezen v otroštvu in adolescenci
7. Sladkorna bolezen in nosečnost

Predavanja in predstavitve vseh sklopov so potekale istočasno v številnih dvoranah. Skoraj vsi slovenski udeleženci smo na kongresu imeli dejavne prispevke s svojega področja dela in raziskav. Čeprav bi vsi prebivalci Slovenije skupaj v mehiškem glavnem mestu predstavljali le nacionalno manjšino, so bili naši prispevki kar precej opazni.

Glede na svojo specializacijo in delo na Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije sem spremljala področje Organizacije in ekonomike sladkorne bolezni. Številčno smo bili gotovo najmanjša skupina, vendar so se na koncu vsi udeleženci strinjali z našo ugotovitvijo, da bodo potrebne velike spremembe v pristopu k oskrbi sladkorne bolezni, če jo bomo hoteli dobro voditi in hkrati stroške zadržati v okviru resničnih potreb, ne pa glede na široko paleto možnosti in propagande. Zdravstveni delavci, ki vodijo oskrbo bolnikov, se ponavadi izogibajo razmišljanju o stroškovni učinkovitosti storitev, ki jih izvajajo, češ da je to skrb vodstvenih delavcev in ekonomistov. Zdravstveni ekonomiki pa so prepričani ravno obratno: zaradi bolnika, ki bo v ordinaciji naslednji na vrsti, naj bo zdravljenje sedanjega bolnika čim bolj stroškovno učinkovito. Le takó lahko preprečimo prekomerno ali celo nepotrebno uporabo povsod omejenih finančnih virov in zagotovimo vsem bolnikom možnost primerne oskrbe.

Zdravstveni delavci, ki vodijo oskrbo bolnikov, se ponavadi izogibajo razmišljanju o stroškovni učinkovitosti storitev, ki jih izvajajo, češ da je to skrb vodstvenih delavcev in ekonomistov. Zdravstveni ekonomiki pa so prepričani ravno obratno: zaradi bolnika, ki bo v ordinaciji naslednji na vrsti, naj bo zdravljenje sedanjega bolnika čim bolj stroškovno učinkovito. Le takó lahko preprečimo prekomerno ali celo nepotrebno uporabo povsod omejenih finančnih virov in zagotovimo vsem bolnikom možnost primerne oskrbe.

**Glavne ugotovitve dela v naši skupini so bile naslednje:**

## 1. Sladkorna bolezen je pandemična.

Bolezen zajema vedno večji delež celotnega svetovnega prebivalstva iz že znanih razlogov: vedno več ljudi je na svetu in pričakovana življenjska doba tudi raste. Ocenjujejo, da je ta bolezen prizadela že 5 odstotkov svetovnega prebivalstva, največ v Indiji, na Kitajskem in v Združenih državah Amerike. Največja incidenca je v obdobju od 45. do 65. leta starosti. Menijo, da le 60 odstotkov zbolelih ljudi ve za svojo bolezen. Samo 20 odstotkov oseb s sladkorno boleznijo ima vrednost glikiranega hemoglobina pod 7 mmol/l (pod to vrednostjo se pričakuje manj poznih zapletov, ki so glavno breme bolnikov in plačnikov zdravstvenih storitev) - tudi Slovenci po naših podatkih kljub odličnim možnostim nismo nič boljši. Eden od najbolj zanimivih podatkov, ki ga dajem v oceno in razmislek, je bil, da ima le 12 odstotkov oseb s sladkorno boleznijo pravilno terapijo! Po ugotovitvah retrospektivne CODE-2 študije (The Cost of Diabetes in Europe - Type 2 study), ki je zajela šestmesečno primerjavo stroškov za oskrbo oseb s sladkorno boleznijo v osmih evropskih državah (Belgija, Francija, Nemčija, Italija, Nizozemska, Španija, Švedska in Velika Britanija) je zanimiva primerjava deležev posameznih načinov zdravljenja (Tabela 1):

Tabela 1: Delež načinov zdravljenja sladkorne bolezni (v odstotkih).

Način zdravljenja sladkorne bolezni			
Država	Dieta	Tablete	Inzulini
Švedska, Nemčija	40 %	30 %	30 %
Francija	10 %	80 %	10 %
Povprečje 8 držav v študiji CODE-2	20 %	60 %	20 %

## 2. Ekonomski vidik sladkorne bolezni

V osmih evropskih državah prej omenjene študije gre v povprečju največji delež sred-



**Lunina piramida**

stev za bolnišnično oskrbo. Odstotni deleži pa se v posameznih državah razlikujejo, kar prikazujem v *Tabeli 2*:

Tabela 2: Delež stroškov za oskrbo sladkorne bolezni (v odstotkih).

Delež stroškov				
Država	Bolnišnice	Ambulante	Antidiab. zdravila	Ostala zdravila
Nizozemska	30 %	25 %	6 %	39 %
Italija	64 %	16 %	2 %	18 %
Povprečje 8 držav v študiji CODE-2	55 %	18 %	7 %	20 %

Oseba, ki nima sladkorne bolezni, za vse tako imenovane direktne stroške potrebuje približno štirikrat manj sredstev! Posredni stroški (bolniški stalež, invalidnine, zgodnejša upokojitve) niso nič manjši kot direktni - ocenjujejo celo, da so še trikrat višji. Visoko je tudi relativno tveganje prezgodnje smrti, ki se giblje okoli 4 : 1 v škodo oseb s sladkorno boleznijo.

### 3. Kako racionalizirati stroške?

Poudarjene so bile osnovne tri naloge, ki naj bi to omogočile:

-Ravno tako kot spremljanje vrednosti krvnega sladkorja je nujno potrebno spremljanje in odprava ostalih dejavnikov tveganja: prekomerne telesne teže, kajenja, povišanega krvnega pritiska...

- Potrebna je boljša glikemična kontrola s ciljno vrednostjo glikiranega hemoglobina pod 7 mmol/l. Pomena samokontrole ne poudarjajo več, ker je samokontrola postala že samoumevna potreba, pač pa menijo, naj bi se ciljna vrednost krvnega sladkorja oziroma glikiranega hemoglobina pri osebah s sladkorno boleznijo dosegla v 40 odstotkih z inzulinom, v 30 odstotkih s peroralnimi antidiabetiki in v istem deležu oseb s to boleznijo le z dieto.

-Potrebno je nenehno izobraževanje, opozarjanje, ponavljanje in vzpodbujanje oseb s sladkorno boleznijo k zdravemu načinu življenja. Sredstva, namenjena in kontrolirana v ta namen, niso le strošek, ampak naložba v tako imenovani "kapital za zdravje" z enim samim ciljem: prestaviti pozne zaplete v prihodnost - v grobem ekonomskem jeziku rečeno - čim bližje smrti. Še nekaj se morajo naučiti razumeti tako bolniki kot zdravniki: za zdravstveno ekonomiko so pomembne le resnične potrebe, sicer se bomo glede na možnosti in propagando v izdatkih dobesedno utopili.

Moj prispevek na kongresu je tudi potrdil višino izdatkov na področju posrednih stroškov. Pri nas so zaposlene osebe s sladkorno boleznijo povprečno dvakrat pogosteje in tudi dvakrat dlje v bolniškem stale-

žu kot zaposleni brez te bolezni. Glavni razlog za bolniški stalež so tudi pri nas pozni zapleti sladkorne bolezni, ti pa so povezani s slabo urejenostjo sladkorne bolezni oziroma visokimi vrednostmi glikiranega hemoglobina. Krog je sklenjen, naloge so glede na predloge strokovnjakov na kongresu jasne. In razdeljene - ne le plačniku zdravstvenih storitev, tudi in še v večji meri zdravstvenim delavcem (ne le internistom - diabetologom, kardiologom, nefrologom, okulistom, nevrologom in kirurgom, pač pa tudi splošnim zdravnikom, medicincem dela, profesorjem zdravstvene vzgoje) in predvsem osebam s sladkorno boleznijo samim.

Lepi sončni dnevi so kljub včasih kar težkim témam dodali optimistično vzdušje. Glasba, plesi, piramide, muzeji, pa zanimivi obrazi prebivalcev, ki pisano odražajo mešanje ras, začinjena hrana in tortilje so nas spomnili, da smo daleč od Evrope. Posebej bi se rada zahvalila Zvezi društev diabetikov Slovenije in Združenju za medicino dela, prometa in športa, brez katerih se kot specialista medicine dela ne bi mogla pridružiti diabetologom in tudi ne dodati svojega prispevka v mozaik številnih raziskav na področju bolezni, za katero trdijo, da bo do 65. leta starosti zbolel vsak četrti prebivalec našega planeta. ■



**Mexico City z velikanom Popocatepetlom**

# Bolečina v križu

Jasna Rozman Marčič

V sklopu 42. Tavčarjevih dnevov je 3. novembra 2000 v Portorožu potekal simpozij z naslovom Bolečina v križu, ki so ga organizirali Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, Združenje zdravnikov splošne/ družinske medicine in Krka.



Simpozij je bil v nekoliko drugačni sestavi organiziran še 17. novembra v okviru 1. mariborskega srečanja zdravnikov družinske medicine. Vodilni strokovnjaki s področij, ki so povezana z obravnavanjem bolečine v križu, so govorili o različnih pogledih na zdravljenje.

O pomembnosti obravnavane teme pove dovolj veliko število udeležencev. Simpozija v Portorožu se je udeležilo približno 250 zdravnikov splošne medicine, ki se z bolečino v križu vsak dan srečujejo pri svojem delu, v Mariboru pa 120. Bolečino v križu ima približno 80 odstotkov ljudi vsaj enkrat v življenju, pri 5 do 10 odstotkih bolnikov pa se razvije v kronično bolečino v križu.

Gre za velik zdravstveni, socialni in ekonomski problem, saj je bolečina v križu vzrok za pogosto izostajanje z dela. Incidenca je največja pri aktivnem prebivalstvu. V Združenih državah Amerike je najpogostejši vzrok za zmanjšano aktivnost bolnikov, mlajših od 45 let, drugi najpogostejši vzrok za obisk družinskega zdravnika, tretji za kirurški poseg in peti za hospitalizacijo. Za neposredne in posredne stroške zdravljenja (izguba zaslužka zaradi bolniškega staleža, invalidnine) so v ZDA leta 1994 porabili približno 14 milijard

dolarjev, leta 1997 pa že 25 milijard dolarjev.

V Sloveniji so boleznimi gibalni drugi najpogostejši vzrok za obisk splošnega/ družinskega zdravnika in za bolniški stalež. Dovolj zgovoren je podatek, da je vsak dan v bolniškem staležu okoli 7.500 delavcev oz. skoraj 1 odstotek vseh zaposlenih. Splošni/ družinski zdravnik ima ključno vlogo pri vodenju bolnika z bolečino v križu in presoja o napotitvi k ustreznemu specialistu. Zato stana na portoroškem srečanju prof. Srečko Herman in prim. Mojca Kos Golja zelo nazorno pojasnila, katere bolnike pošiljati k specialistu ortopedu oz. revmatologu in kdaj. Na simpoziju v Mariboru je dr. Slavko Kramberger, predstojnik Ortopedskega oddelka mariborske bolnišnice, celovito predstavil pogled ortopeda na bolečino v križu pri bolnikih v različnih življenjskih obdobjih. Predsednica Slovenskega združenja za zdravljenje bolečine asist. mag. Nevenka Krčevski Škvarč se je v svojem prispevku dotaknila zdravljenja bolečine v križu. Poudarila je, da tristopenjska shema, ki jo Svetovna zdravstvena organizacija svetuje za zdravljenje maligne bolečine, velja tudi za nemaligno bolečino oz. bolečino v križu. Slovensko združenje za zdravljenje bolečine je bilo ustanov-

ljeno leta 1996, leta 1999 pa je postalo polnopravni član Svetovnega združenja za zdravljenje bolečine (IASP - International association for the study of pain), kar je veliko priznanje intenzivnemu delu naših strokovnjakov, ki širijo znanje o pravilnem in sodobnem lajšanju bolečine.

Zanimivi so bili rezultati ankete, ki so jo Krkini sodelavci opravili na vzorcu 102 splošnih/ družinskih zdravnikov in je bila prikazana na simpoziju kot uvod v diskusijo.

Zdravniki so pri 79 odstotkih bolnikov ugotovili, da so pogost vzrok za nastanek bolečine v križu dejavniki iz delovnega okolja. Večina (67 odstotkov) jih razlikuje med kliničnimi znaki vnetne in nevnetne bolečine v križu. Največ zdravnikov (66 odstotkov) odobri do 10 dni bolniškega staleža bolniku z akutno, nespecifično bolečino v križu, 30 odstotkov jih odobri več dni, samo 4 odstotki do 3 dni. Več kot polovica vprašanih (63 odstotkov) pošlje 5 odstotkov bolnikov z akutno bolečino v križu k specialistu ortopedu. Ko so izbirali zdravilo za zdravljenje akutne nespecifične bolečine v križu, so se najpogosteje (63 odstotkov) odločali za diklofenak. Ti podatki se ujemajo tudi s svetovnimi. Diklofenak je zaradi ugodnega razmerja med učinkovitostjo in varnostjo po več kot 20 letih klinične uporabe eden od vodilnih nesteroidnih antirevmatikov na svetu. Da bi približali pravilno vodenje in zdravljenje bolečine v križu splošnemu/ družinskemu zdravniku, bo Krka predavanja s simpozija natisnila v posebni prilogi Krkine strokovne publikacije Krka v medicini in farmaciji, ki bo v kratkem na voljo. Pridružila se bo tudi projektu priprave slovenskih smernic za zdravljenje bolečine v križu, ki nastaja na Katedri za družinsko medicino.

Tako se Krka uveljavlja ne samo kot domača farmacevtska hiša, ki tesno sodeluje s slovenskimi zdravniki, ampak tudi kot promotor znanja, tokrat o bolečini in analgetikih, kar je pogoj, da bodo ta zdravila bolnikom v korist in da bo njihovo življenje bolj prijazno.

Predsedujoči in predavatelji na simpoziju: asist. mag. G. Žorž, dr. med., Zasebna ordinacija splošne medicine, doc. dr. I. Švab, dr. med., predstojnik Katedre za družinsko medicino, asist. mag. N. Krčevski Škvarč, dr. med., predsednica Slovenskega združenja za zdravljenje bolečine, prof. dr. J. Drinovec, dr. med., medicinski direktor v Krki, prim. M. Kos Golja, dr. med., Klinični oddelek za revmatologijo KC, prof. dr. S. Herman, dr. med., predstojnik Katedre za ortopedijo (z leve). ■

# Izmenjava strokovnih obiskov pediatričnih klinik Reke in Ljubljane

Borut Bratanič

**T**radicionalna letna izmenjava strokovnih obiskov med Otroško bolnišnico na Kantridi (Reka) in ljubljansko Pediatrično kliniko se je pričela na Reki 12. aprila 1974. Pred tem so pod vodstvom prof. dr. Marija Avčina ljubljanski klinični pediatri obiskovali zagrebško kliniko in sodelo-

vali pri tamkajšnjih rednih seminarjih. V devdesetih letih se je medsebojno obiskovanje pediatrov Reke in Ljubljane zaradi vojnih dogodkov prekinilo za 8 let. Dolgoletna tradicija rednih izmenjav strokovnih obiskov pa se je leta 1999 obnovila.

Lani smo ljubljanski klinični pediatri in medicinske sestre ter tehniki s strokovnim programom ponovno obiskali reško otroško kliniko, ki leži tik ob kvarnerski morski obali. Tedanji gostitelji so nam letos vrnil obisk.

**Glavni medicinski sestre obeh ustanov med pozdravi na začetku srečanja.**

**Glavna medicinska sestra Pediatrične klinike VMS Alenka Vračko (levo), glavna sestra Klinike za pediatrijo Kantrida na Reki VMS Ivanka Bačić (desno).**

## Pediatrična klinika Kantrida

Otroška bolnišnica Kantrida KBC Rijeka, ki jo vodita prof. dr. Vladimir Ahel in glavna medicinska sestra Ivanka Bačić VMS, je bila osnovana v začetku leta 1949 kot bolnišnica za zdravljenje kostne TBC. Tedaj je imela 220 bolniških postelj. Nameščena je bila v prostore, kjer so že od leta 1924 skrbeli za distrofične in anemične otroke. V letu 1961 se je na Kantrido v celoti preselil otroški oddelek bolnišnice "Braće dr. Sobol", ki je imel sprva 102 postelji. Otroški oddelek se je postopoma širil in v letu 1962 dobil status Klinike za otroške bolezni. Leta 1981 je Klinika za pediatrijo "Kantrida" vstopila v sestav KBC Rijeka.

Bolnišnico sestavlja nekaj zgradb paviljonskega tipa. Sprejemajo paciente v starosti od 0 do 19 let. Bolnišnični del ima 120 postelj, ki so bile v letu 1999 zasedene 71-odstotno, s povprečno ležalno dobo 12 dni. V lanskem letu so sprejeli več kot 2.500 bolnikov in ambulantno obravnavali 19.600 otrok.

Na Kantridi je zaposlenih 24 zdravnikov, pediatrični psihiater, 3 psihologi, 8 VMS, 83 srednjih medicinskih sester in ostali zdravstveni delavci.

Ob strokovnem delu izvajajo stalno izobraževanje osebja in znanstveno raziskovalno delo. Razvijajo in negujejo interklinično sodelovanje na domačem in mednarodnem področju.

## Interklinični sestanek reških in ljubljanskih pediatrov

Strokovni sestanek je potekal v predavalnici (zdravniki) in klubu (medicinske sestre in tehniki) Pediatrične klinike v Ljubljani.







**Predstojnika obeh ustanov, prof. dr. Vladimir Abel (levo), prof. dr. Ciril Kržišnik (v sredini) in bivši predstojnik Klinike za pediatrijo Kantrida na Reki prof. dr. Mladen Križ (desno)**

Pred strokovnim sestankom so si po uvodnem srečanju kolegice in kolegi ogledali posamezne oddelke na kliniki in se seznanili z novostmi pri našem delu.

Medicinske sestre in tehniki so pod vodstvom VMS Alenke Vračko, glavne sestre Pediatrične klinike, poslušali tri predavanja, ki so jih pripravile gostje iz Reke (Slika 1). Lidija Sertič je predavala o pogostnosti hipertenzije pri adipoznih otrocih in mladostnikih, Danijela Cvitković in Gordana Lamza sta predstavili diagnostične teste za odkrivanje atopije pri otrocih, Danka Dušanić pa je opisala postopek pri biopsiji sluznice tankega črevesa pri otrocih.

Na strokovnem sestanku zdravnikov, ki ga je vodil predstojnik Pediatrične klinike prof. dr. Ciril Kržišnik, je bilo predstavljeno 5 kakovostnih in zanimivih prispevkov reških kolegic in kolegov (Sliki 2, 3).

Vojko Rožmanić, Vladimir Ahel, Mladen Persić in Mitja Velepčič: Gastroezofagealni refluks pri otrocih s kroničnimi boleznimi dihal.

Igor Prpić, Ela Paučić-Kirinčić, Anton Saso, Zlata Modrušan-Mozetić, Mladen Križ: Spektralna analiza EEG v starosti 4 let pri otrocih, ki so bili rojeni kot zdravi zahirančki (small for gestational age infants - SGA).

Katarina Cvijović, Mirna Šubat-Dežulo-

vić, Srečko Severinski: Diagnostika diabetične nefropatije in novi načini zdravljenja.

Sanja Flajšman-Raspor, Sanjin Kilvain, Gordana Đorđević, Mirna Šubat-Dežulović: Sindrom Senior Loken.

Sandro Dessardo, Neven Čače, Miljen Gazdik: Methemoglobinemija - redke vzroke za cianozo v dobi dojenčka.

Po vsakem predavanju se je ob izmenjavi kliničnih izkušenj razvila zanimiva razprava.

Srečanje reških in ljubljanskih bolnišničnih pediatrov se je zaključilo s skupnim kosilom in povabilom na strokovno srečanje, ki bo naslednje leto na Reki. Tam bodo svoje prispevke ponovno predstavili ljubljanski kolegi in kolegice ter medicinske sestre in tehniki. Tako se bo nadaljevala začasno prekinjena dolgoletna tradicija strokovnega sodelovanja reške in ljubljanske pediatrične klinike.

Zahvala: za pomoč pri zbiranju zgodovinskih podatkov se zahvaljujem prof. dr. Vladimiru Ahelu z Reke, prof. dr. Jožetu Jerasu in prof. dr. Marjanu Prodanu. ■



**Del publike v polni stari predavalnici na Pediatrični kliniki v Ljubljani, kjer je potekalo strokovno srečanje zdravnikov obeh ustanov**

# Kava pri Zvonki Zupanič Slavec

France Urlep



Srečaš jo na Medicinski fakulteti, na strokovnih srečanjih, na kulturnih prireditvah, ki jih prirejajo zdravniki, in na tistih, ki so namenjene zdravnikom. Njeno ime bereš na naslovnica številnih knjig, publikacij in člankov, ki obravnavajo kulturna in zgodovinska vprašanja, povezana z zdravniki. Njen žar in vsestranska dejavnost presenečata, skoraj razburjata. Opaziš lepo in tekoče izražanje, domiselnost, iskričnost in prikupnost, kadar se z njo pogovarjaš.

Postal sem vse bolj radoveden in željan, da bi predstojnico Inštituta za zgodovino medicine ljubljanske Medicinske fakultete bolje spoznal in predstavil. V naši reviji je doslej objavila 30 člankov o znamenitih zdravnikih in o nekaterih drugih zanimivih temah z medicinskega področja. Samo v Velikem slovenskem leksikonu je napisala 50 gesel, ki opisujejo življenje in delo slovenskih zdravnikov. V zgodovinskih in drugih zdravniških zbornikih se skoraj redno po-

javljajo njene razprave in članki. Sama ali v sodelovanju z drugimi avtorji je napisala ali uredila knjige: *Z očmi zdravnice*, Dr. Ivan Oražen, *Zvestoba Hipokratu*, *Zdravnik in skladatelj dr. Anton Schwab*, *Iz zdravstva na Kamniškem med 1881-1940*, *Iz slovenske zdravstvene tradicije*, *Aids ne pozna meja*, *Zdrava setev - plodna žetev*, *Medicinska fakulteta v Ljubljani ob 80-letnici ustanovitve*, *O bolezenskem kontagiju*, *Podobe zdravnikov*, malo za šalo, malo zares, *Zagovori v slovenski ljudski medicini*, *Clima Goritiense...* Njeni članki s področja zgodovine medicine izhajajo v *Zdravniškem vestniku*, *Medicinskih razgledih*, *Zgodovinskem časopisu*, *Časopisu za zgodovino in narodopisje*, *Zborniku za zgodovino naravoslovja in tehnike*, *Etnologu* in v tujih revijah kot *Wiener klinische Wochenschrift*, *Vesalius*, *Gesnerus*, *Croatian Medical Journal...* Njena objavljena dela, ki jih registrira *Biomedicina Slovenica*, se trenutno končujejo pri številki

191. Članek *Identifikacija in identiteta domnevnih lobanj grofov in knezov Celjskih* v *Zborniku mednarodnega simpozija o celjskih grofih* je bil še zadnji povod, da sem odtipkal njeno telefonsko številko.

Mislil sem, da bi se pogovarjala v njeni pisarni na inštitutu. Povedal sem, da to naj ne bi bil intervju, temveč samo klepet ob kavi. Rekla je, da naj na kavo raje pridem na dom, kjer lahko dela veliko bolj v miru, in ob tem poskrbi še za svojo družino. O inštitutih pa mi je povedala aforizem pokojnega profesorja Lenarta: "Inštituti - množice praznih glav, sestankov in razprav".

Bil je turoben in deževen jesenski dan, ko sem zapeljal na dvorišče ene najlepših vil v središču Kranja. Prvo navdušenje je seveda veljalo hiši, vrtu in stanovanjski opremitvi. Hišo je zgradil leta 1960 Zvonkin pratast, pred vojno ugleden kranjski stavbenik Josip Slavec, po lastnih načrtih. Pred tem pa je veliko sodeloval z arhitektom Plečnikom. Sedla sva v jedilni kot zraven kuhinje na stole, ki jih je zasnoval Plečnikov učenec, arhitekt Danilo Fuerst, v značilnem gorenjskem slogu za vsakega člana svoje družine in vanje med vojno leta 1943 vrezal njihove inicialke. Na stenah so umetniške slike številnih uveljavljenih slovenskih slikarjev, hiša daje vtis urejenega, lepo vzdrževanega, meščanskega doma, polnega življenja in otrok.

Gradbeno podjetje Slavec je po vojni postalo del podjetja Gradis. Pogovor se je pletel okrog obsežnega dela Josipa Slavca, ki je med drugim zgradil 72 mostov, številne gorenjske ceste, Park hotel na Bledu, Šport hotel na Pokljuki, hotela Jelen in Stara pošta v Kranju... Nadziral je gradnjo kranjske porodnišnice in bil celo predlagan za nadzornega gradbenika pri izgradnji Kliničnega centra. Zvonkina tašča je gospa Ipavec, vnukinja zdravnika in skladatelja Gustava Ipavca. Njen bratranec še živi v ZDA in se ukvarja z restavracijstvom. Njegova hčerka je operna pevkva v New Yorku.

V Zvonkinem značilnem ognjevitem in navdušujočem pripovedovanju sem izvedel, kako je z možem in družino letos v Ameriki



obiskala sorodnike, kako je tja peljala pevski zbor dr. Bogdana Derča s Pediatrične klinike, kako se je srečevala s slovenskimi rojaki v Chicagu, Clevelandu, Detroitu in Milwaukeeju, kako jo je ugleden sodnik slovenskega rodu Frank Murn prosil, da obnovi kapelico v njegovem rojstnem kraju v Stopičah pri Novem mestu in kako so z devetmetrskim avtodomom prekržarili ZDA po dolgem in počez. Podoba je, da so si satisti Slavci vselej znali v zakon izbirati izjemne žene.

Zvonka je Mariborčanka. Starši so živeli na Tezmem. Spominja se velikega vrta, dreves, mize in klopi, kjer so posedali oče, mama in vse štiri Zvonkine sestre. Mama je bila doma pri Sv. Urbanu nad Mariborom. Tam je Zvonka večkrat preživljala vesele ure svojega otroštva. Na kmetiji pri starih starših je z bratrance in sestričnami pobirala kostań, nosila malico v vinograd, grabila listje, z omico pekla kruh in se igrala s psom. Spominja se, kako je pomagala staremu očetu, lezla v velike sode, jih žveplala in pomivala. Stari oče ji je vedno pravil "moj Zvonček", ker ni nikoli mirovala.

Na drugi gimnaziji v Mariboru so maturirala štiri Zupaničeva dekleta, ki so tudi

končale študij na univerzi. V spominu so ji ostali mnogi prijetni gimnazijski doživljaji. Koncem sedemdesetih let na gimnaziji ni bilo sledu o elitizmu, prijateljstvo med sošolci je bilo izjemno. Ob koncu gimnazije je premišljevala o študiju igralskega, glasbe (veliko let je igrala violino, klavir in se ukvarjala s solo in zborovskim petjem), v gimnaziji je pisala v šolsko glasilo in mislila tudi na primerjalno književnost, na koncu pa se je odločila tako kot večina, ki se vpisuje na medicino, da je potrebno pomagati ljudem v stiskah. "Ko sem prišla v Ljubljano, sem se v študentskem domu počutila skoraj kot v zaporu".

Nekoč, precej kasneje, je na koncertu srečala Aleša, svojega bodočega soproga. Bil je postaven, razgledan in zanimiv sogovornik, ki je znal ustvariti vtis. Človek sam ne ve, kdaj se ob takih prilikah utrne obetajoča iskra v očeh. Danes je mamica treh otrok, hčerka jih ima 13, sinova pa 11 in 9 let. Aleš Slavec je diplomirani gradbeni inženir, nadaljuje družinsko tradicijo in vodi uspešno podjetje, ki proizvaja različne materiale za zaključna dela v gradbeništvu.

Kava je bila odlična. Ves čas me je tiščalo, da bi izvedel, kaj in kako Zvonka dela. Po telefonu mi je v eni sapi povedala za vrsto stvari, ki jih pripravlja. Takrat sem se prvič vprašal, kako vse to zmore poleg gospodinjstva, vzgoje otrok, dolžnosti predstojnice katedre, dvestotih študentov, predsednice Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher, podpredsednica Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije in ne nazadnje ob vrsti družabnih obveznosti in vsakodnevnih voženj iz Kranja v Ljubljano.

Ko sem jo spomnil na ta pogovor, me je povabila v svojo "delavnico", v odprt prostor na vrhu stopnišča, kjer si je ustvarila svoj delovni kot, ki je obenem kapitanski most, od koder ima hiter in popoln pregled nad celotno posadko in dogajanjem v hiši.

Velika pisalna miza z računalnikom je tako polna svežnjev in kupov zložene literature, da skoraj zmanjkuje prostora za pisanje; sicer pa se tega danes itak nihče več ne loteva z roko.

"Sedaj sem napisala članek o kirurški hiši na Mirju. V časopisu Ljubljana, Glasilo

mestne občine ljubljanske, ki ga dobivajo vsa gospodinjstva v mestu in izhaja v 105.000 izvodih, so mi dali stalno rubriko: Zdravstvo v Ljubljani skozi čas."

Predse potegne obsežen sveženj papirjev: "To je doslej zbrano gradivo o Kliničnem centru v Ljubljani, ki praznuje petindvajsetletnico odprtja nove stavbe". Knjiga bo hkrati fotografska monografija Kliničnega centra. Simončič & Simončič fotografski tandem. Pred nedavnim preminuli mojster Vlastja Simončič je bil 20 let fotograf v Kliničnem centru, njegova hčerka Jelka pa tu dela že 25 let. Zbrana so enkratna gradiva."

Že nekaj let pripravlja knjigo o Slovenskih naravnih zdraviliščih, kjer bo prikazala predvsem na medicinske trenutke, zakaj so ta naravna zdravilišča zdravilna in kaj je v njih tisto, kar ljudem v resnici pomaga.

Veliko časa in skrbi ima s pripravo temeljne knjige o razvoju Medicinske fakultete in njenih kateder. Dekan si je delo zamislil kot zbornika, ki bi prikazal delo kateder Medicinske fakultete skozi čas. Članke bi naj prispevale posamezne katedre in inštituti. Žal je uspela dobiti le malo zapisov, zato izgleda, da bo morala večino dela opraviti sama. Posebej težko je, kjer ni povsod na voljo ustreznih gradiv. Delo pa naj bi izšlo v okviru Medicinske fakultete.

V velikem projektu Nove revije Sloven-





manities” pri profesorju John-sonu na Univerzi Washington v Seattlu. Sedaj pripravlja prevod njegove knjige *The New Medicine And The Old Ethics*, ki imenitno kaže na zgodovinsko pot medicinske etike.

“Imam stike s bibliofilom, ki dela na Dunaju v okviru OZN. Dopisujeva si z elektronsko pošto. Naletela sva na ime Viktorja Urbančiča, zdravnika otorinolaringologa, predstojnika klinike na Dunaju koncem 19. stoletja, o katerem na Slovenskem ne vem ničesar. Njegovega imena ni ne v Slovenskem biografskem leksikonu, ne v Enciklopediji. Našel je prevod knjige, ki je v originalu izšla leta 1898 na Dunaju, prevedli pa so jo v ZDA leta 1982. Umrl je leta 1921. Ukvarjal se je z avditornimi treningi. Doma je bil iz Preddvora, njegov sin Viktor Urban-

čič mlajši, pa živi na Islandiji in je znan komponist”. Za Zvonko bo izjemen izziv raziskati družinsko drevo Urbančičev iz Preddvora in pripraviti zapis za dopolnilni zvezek slovenske enciklopedije.

Naslednji obsežnejši zapis, ki ga pripravlja, je o znamenitem kamniškem zdravniku Starovasniku. Zvonka se je pred časom udeležila izleta upokojenih zdravnikov v Starovasnikov Freiburg in bila slavnostna govornica pri odkritju njegovega doprsnega kipa na Starem gradu v Kamniku. Izdelal ga je akad. kipar Stojan Batič. Predstavitve bo izšla v knjigi *Znameniti zdravniki 18. stoletja*, ki je tudi eden njenih nastajajočih projektov v zbirki *Znameniti slovenski zdravniki*.

V Zborniku za zgodovino naravoslovja in tehnike, ki izhaja pri Slovenski Matici že 25 let, je Zvonka urednica za medicino. Za Zbornik sta s primarijem Kocijancičem pripravljala raziskavo o ljubljanskih kliničnih specialistih na prelomu 19. stoletja. O tem je bil tudi referat na Dunaju. Drugi prispevek za isto publikacijo pa govori o prvi medicinski objavi o ljubljanskem podnebnju, ki jo je napisal dr. Marko Gerbec leta 1710.

Nedavno je oddala obširen članek o knjigi o bolezenski nalezljivosti Solkanskega zdravnika Marka Antona Plenčiča (1705 - 1786), univerzitetnemu profesorju na Dunaju, predhodnika mikrobiologije, po katerem se

imenuje priznanje, ki ga podeljujejo slovenski mikrobiologi za izjemne dosežke v tej stroki. V objavo je bil sprejet v dunajski reviji *Wiener klinische Wochenschrift*. O Plenčiču je že leta 1998 napisala kratko informacijo v Veliki splošni leksikon, ki je izšel pri DZS, predvsem pa pripravila prevod in izdajo njegove temeljne knjige.

Podoben članek pa pripravlja tudi o dr. Cholewi.

Ob dvestoletnici bolnišnice Maribor pripravljajo zbornik, ki bo temeljito prikazal njeno delo in razvoj. Zgodovinsko redakcijo pripravlja dr. Cirila Toplak, zgodovinarica iz Maribora, medicinsko pa Zvonka. K njej je napisala tudi študijo o razvoju medicine v zadnjih dveh stoletjih. Sodeluje tudi akademik Mlinarič. Doslej so bile opravljene že tri redakcije. Materiali so sedaj zbrani in čakajo na finalizacijo. Knjiga bi morala iziti v začetku leta 2001.

Prekinilo naju je nekaj zaporednih zvo-njenj pri vhodnih vratih. Takoj zatem sem spoznal enajstletnega sinka Marka, ki ni našel svoje rumene notne mape za saksofon, in je morala mamica avtoritativno pojasniti, kje se nahaja. Iz šole je prišel tudi najmlajši Matej, ki pa je moral nujno k prijatelju. Potem je prišla iz šole še najstarejša Ksenija, pozdravila, in odšla praznit šolsko torbo v svojo sobo.

Kako zmore žena, zdravnica, predstojnica inštituta, poleg svojega poklicnega pedagoškega in raziskovalnega dela, dela pri or-

ska kronika 19. stoletja, je Zvonka zapisala okoli 30 gesel. Za Enciklopedijo Slovenije, ki bo v naslednjem zvezku obravnavala gesla na Z in bo veliko o zdravstvu, je tudi pripravila kar nekaj gesel. Čaka jo še skoraj 50 gesel za dopolnilni zvezek Enciklopedije.

Letos je bila urednica knjige *Razvoj zdravstva v Prekmurju*, ki jo je pripravil dr. Zadravec, ki se tudi sicer intenzivno ukvarja z etnomedicino. Knjiga je pravkar izšla. V naslednjem letu bo pri Mladinski knjigi tudi izšel *Antičev Svetovni biografski leksikon*. Zanj je Zvonka recenzirala vsa zdravniška gesla. Za DZS pa je v tem letu slikovno opremila *Čeponovo Medicinsko terminologijo za srednje zdravstvene šole*.

“Pred nedavnim sem pripravila članek za *Zdravniški vestnik* o Frideriku Preglu (1869-1930), zdravniku in kemiku, edinem slovenskem Nobelovcu, ki se je rodil v Ljubljani pri Krizankah. Na hiši poleg Mestnega muzeja je na pročelju doprsni kip, ki ga je ustvaril kipar Karl Putrih. Njegova knjiga, ki je izšla leta 1917, je izšla v osmih ponatisih, slovenskega prevoda pa nimamo. Prav bi bilo, da bi izdali faksimile te knjige, slovenski prevod najbrž ne bi bil več aktualen. Knjižnice pa bi obogatili z redkim delom, vrednim našega ponosa. Članek je že bil sprejet v redakcijo.”

Zvonka je bila 5 tednov na študijskem izpopolnjevanju na “*Institute for Medical Hu-*



ganiziranju in vodenju kulturno-umetniškega društva, intenzivnega in publicističnega dela ter službenih odsotnosti v tujini, skrbeti še za tri otroke, ki jo potrebujejo skoraj vsak trenutek, se mi je zdelo nepojmljivo. Vse, kar počne, mora biti v vsakem pogledu natančno, kakovostno in neoporečno. Vsak trenutek je dano v presojo veliko ljudem. Ko sem ji to omenil, me je med smehom že oskrbela z naslednjim podatkom.

“V osnovni šoli France Prešeren v Kranju, ki jo obiskujejo naši otroci, sodelujem v šolskem skladu. Lani smo za novo leto izdelali serijo voščilnic, ki so jih otroci pridno prodajali. Organiziramo tudi dobrodne koncerte, gledališke predstave otrok in podobno. Ustvarili smo lep dobiček in lani z njim 40 učencem plačali šolo v naravi. Podobno humanitarno poslanstvo opravlja v mojem tudi pri Lions klubu Emona.”

“Veste, svoje delo moraš imeti rad. Ljudi, ki pokažejo neko pripravljenost, porabijo povsod, kjer se le da. Moje načelo je preprostost in poštenje. Živim od miselnih vzorcev in lističev. Beležim, povezujem, odključavam, skoraj mi bo zmanjkalo prostora na steni. “Poglejte, letos je že veliko odključavnega: spisala in izdala sem knjigo karikaturlista Boruta Pečarja Podobe zdravnikov, malo za šalo, malo zares; uredila in izdala knjigo prof. M. Dolenc Zagovori v slovenski ljudski medicini; pripravila faksimilira-

no izdajo s tremi znanstvenimi študijami Muznikove latinske knjige s slovenskim prevodom Goriška klima, objavila petnajst portretov slovenskih zdravnikov v knjigi Znameniti Slovenci, ki je izšla leta 2000 v slovenščini in angleščini pri založbi Forma 7; pripravila sem dva letnika (20) naslovnica za Bilten Kliničnega centra na temo znameniti nobelovci za medicino 20 stoletja... Knjigam sledijo predstavitve, radio, TV, intervjuji - preveč časa mi gre za to! Človek je počaščen, ko te povabijo, vendar moraš biti izjemno discipliniran, da zastavljeno spelješ. Rada se prikrade zamuda! Recimo članek o pomenu cepljenja proti kozam, ki sem ga pripravljala ob 200-letnici cepljenja za Wiener klinische Wochenschrift je izšel z nekajmesečno zamudo... O akademiku Igorju Tavčarju sem ob stoletnici rojstva pripravljala obsežnejši zapis in ga predstavila na Tavčarjevih dnevih v Portorožu, pa nisem uspela dobiti dogovorjenega gradiva in delo žal ni šlo v objavo. Sicer rada delam, hitro in odločno, trudim se, da pri tem ne bi bila površna, a marsikdaj sem odvisna od drugih. Zame šteje le delo in njegova kakovost. Karierizem mi je tuj. Zato tudi najverjetneje še nisem naredila doktorata in našla vipov, ki bi me vlekli naprej.

Rada bi promovirala slovensko zdravstveno preteklost med stanovskimi kolegi in v javnosti ter med ljudmi dosegla več nacio-

nalnega ponosa. Zato se tudi trudim s projektom Slovenski zdravstveni muzej. Je končno nastopil čas, da mu bomo namenili prostor in ustanovitveno dokumentacijo?

Tudi sodelovanje v mednarodnem prostoru ni nepomembno. Septembra sem se vrnila s svetovnega kongresa zgodovinarjev medicine v Teksasu. Sem nacionalni delegat te ugledne zveze. Seveda doživljam v stroki od časa do časa tudi razočaranja, ki mi vzamejo del poleta, a odločilnega vpliva name nimajo. Sem nepoboljšljiv optimist. Zelo mi pa manjkajo strokovni sodelavci, saj jih je na akademski ravni v domačem prostoru le malo. Hvaležna sem vsem, ki mi pomagajo.

Eno od opravil, ki jih ima rada, čeprav ji jemljejo veliko časa in truda, je priprava razstav. Leta 1997 je s študenti pripravila razstavo Aids ne pozna meja, ki je bila natisnjena v 10 kompletih in so jo naročile vse slovenske podružnice Zavoda za zdravstveno zavarovanje. Svoje sporočilo je razstava posredovala na odmevnih javnih mestih: na letališču Brnik, železniških in avtobusnih postajah, v predverjih dobro obiskanih ustanov itd. Leta 1999 jo je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije povabil, da z oblikovalcem Miljenkom Liculom in Studiom Zodiak pripravi pregledno razstavo ob 110-letnici zdravstvenega zavarovanja pri Slovencih (Zdrava setev - plodna žetev) (20 dvometrskih posterjev!): ob razstavi je pripravila slovensko in angleško knjižico ter serijo 12 razglednic (foto B. Cvetkovič) o stavbi Zavoda na Miklošičevi, ki je decembra 2000 praznovala 75-letnico obstoja.

Sodelovala je tudi pri razstavi Vse o srcu, dr. Janez Bleiweis in njegov čas, ki je kasneje gostovala v različnih slovenskih mestih. Ob 80-letnici Medicinske fakultete je s študenti pripravila razstavo Slovenski učbeniki na MF skozi 80 let. Lani so v Pokrajinskem muzeju v Celju pripravili veliko razstavo o Celjskih grofih. Povabili so jo, da predstavi svojo študijo o identifikaciji in identiteti lobanj celjskih grofov. Iz Celja so jeseni razstavo preselili v ljubljanski Narodni muzej. O študiji je bila posneta enournna oddaja na nacionalni televiziji. V skrajšani obliki je bila predvajana tudi na CNN. Imela je veliko domačega in mednarodnega odmeva.

“Ob razstavi o Leonardu da Vinciju v Narodnem muzeju so me povabili, da predavam o njegovem odnosu do anatomije. Pripravila sem dve predavanji o Leonardu kot začetniku renesančne anatomije ter o vplivu poznavanja anatomije na Leonardove



karikature. Štejejo ga namreč za začetnika karikature. Tako me je prevzelo, da sem pričana, da to ni bilo zadnje, kar sem o tem pripravila. O tem sem posnela tudi dve krajši televizijski oddaji”.

Ko sem prvič slišal, da Zvonka pripravlja svojo doktorsko disertacijo dobesedno na glavah celjskih grofov, sem postal neznansko radoveden. Vem, da je skrajno nespodobno spraševati študenta, kdaj bo diplomiral in dek-le, kdaj se bo poročila, a vkljub vsemu nisem zdržal, da je ne bi povprašal o tem. Bal sem se, da mi bo mor-da odrekla odgovor, pa mi je povedala:

“Nekonvencionalna tema mi je približala nove horizonte v interdisciplinarnem delu. Študija ima historični in somatski del. Pri slednjem sem s sodno-medicinskimi, antropometrijskimi in antropološkimi, stomatološkimi in ortodontskimi, paleoarcheološkimi in paleopatološkimi, rentgenološkimi, epigenetskimi in na koncu genetskimi metodami poskušala ugotoviti, ali je 18 lobanj iz celj-

skega Pokrajinskega muzeja med seboj sorodnih. Z imenovanimi metodami sem določila spol in okvirno starost, obolevnost in oblikovne značilnosti ter iskala elemente, ki bi kazali na sorodstveno povezanost med njimi. Za to sem uporabila doslej novo in malo znano metodo epigenetiko, ki temelji na dedovanju morfoloških značilnosti, vidnih tudi na lobanjah. Ta del študije je javnosti predstavljen v Narodnem muzeju. Kdor je radoveden, naj zavije tja!

V drugem delu študije sem primerjala somatske rezultate z zgodovinopisnimi in rodoslovnimi podatki. Za 500 do 600 let odmaknjeno preteklost je bilo na voljo le malo virov. Pregledala sem vso obstoječo literaturo o celjskih grofih, tudi regeste originalnih listin v latinskem in staronemškem jeziku s pomočjo paleografa. S tem sem pridobila dosegljive biografske podatke o grofih, njihovih nevestah ter otrocih, ki so bili med 1360 in 1456 pokopani v skupno grobnico.

Raziskava je bila zelo zanimiva. Ob njej sem se srečevala s strokovnjaki z vsega sveta. Veliko so mi bili v pomoč mentor prof. dr. Anton Dolenc in drugi slovenski strokovnjaki. Paleopatološki del študije sem delala v Pragi pri prof. Strouhalu, del epigenetske študije pri prof. Szillvasyju, ki je identificiral tirolskega Oetzija, drugi del epigenetike pri prof. Hauserjevi na Dunaju. Za genetski del študije pa sem skrivaj nosila vzorce “celjskih” lobanj v ZDA, Veliko Britanijo, Nemčijo, Italijo. Ko sem ugotovila, da imajo Celj-



ski še živče potomce, sem se zelo trudila, da bi v referenčnem laboratoriju opravili paleogenetsko študijo. Analogna bi bila s tisto pri ruski carski družini Romanovih. Zato sem se tudi posvetovala z dr. Petrom Gillom - avtorja “carske” raziskave, ki pa je cenovno študijo ovrednotil na nam nedosegljivo vrednost. Iskanje se je nadaljevalo in upala sem že, da bo do analize prišlo na Univerzi Washington pri prof. M. Clair King, ki je odkrila gen za dedovanje raka na dojki, pa je spodletelo. Ko sem se o študiji dogovorila z rimskim paleogenetskim laboratorijem, sem bila neskončno srečna. Študija v Rimu še vedno teče. Nestrpno čakam na rezultate...”

“Študija je tudi slovenski javnosti prinesla doslej neznanе oblike celjskih imenitnikov. Akademski slikar Rudi Španzel je na osnovi antropometrijskih podatkov zrisal tri najpomembnejše celjske kneze, njim pa je s popolno licentio poetico dorisal še Hermana II., Barbaro in Veroniko Deseniško. Ljud-

je so pogosto vizualni. Svoje miselne vzorce radi povežejo s sliko. Kako dragoceno je, da vemo, kako je približno izgledal Primož Trubar, kako France Prešeren; tudi medicinci imamo v mislih podobo Marka Gerbca, zelo nam pa manjka Plencičev obraz. Slovenska javnost bo Španzlove obraze celjskih počasi sprejela. Celjski grofje in knezi so preteklost, ki jo Slovenci čutimo za del svoje zgodovine. Tudi vključitev treh rumenih zvezd na modrem polju v simbol slovenske državnosti govori za to. Morda se na takih študijah vidi,

kako lahko s povezovanjem naravoslovnih in družboslovnih znanosti prihajamo do novih spoznanj, bogatenja strok in ljudi”.

Ljudje ne marajo petelinov, ki prezgodaj in preglasno pojo; zaradi lastnega udobja in miru jim prvim zavijejo vrat. V življenju Slovencev sta zavist in spletkarstvo vselej igrali ključno vlogo. Zdravniki so povsod po svetu konzervativni in vsako novotarijo sprejemajo z veliko rezervo.

Ne vem, zakaj so mi te misli neprestano rojile po glavi, ko sem se pogovarjal z Zvonko. Nekako sem se ves čas bal zanjo. Tako ranljiva se mi je zdela. Kot da bi v mislih gledal spačene, porogljive in privošeljive obraze povprečnic, ki bi se ji režale v obraz ob kakem spodrs-ljaju. Kot da bi videl vzvišene glave modrijanov, ki bi se z zadovoljstvom in v popolnem soglasju odrekli zagreti avtorici: “Veste, ona žal dela na ne dovolj pretehtanih projektih”. Takrat bi jim Zvonka sicer lahko odgovorila s Prešernom: “Samo ta mali grizavi narod imam in zanj bom vselej storila vse, kar bom zmogla”.

A take črnogledne in neutemeljene misli so Zvonki tuje. Prav gotovo ni niti malo naivna in doslej se je vselej znala učinkovito boriti za svoje zamisli. Ženam in znanstvenicam po svetu, ki se izkažejo s takim delom izrekajo priznanja in jih postavljajo za vzgled generacijam. Verjamem, da se bo to zgodilo tudi Zvonki Zupanič Slavec v Sloveniji. ■

# Nebeške gore

(1. del)

Iztok Tomazin

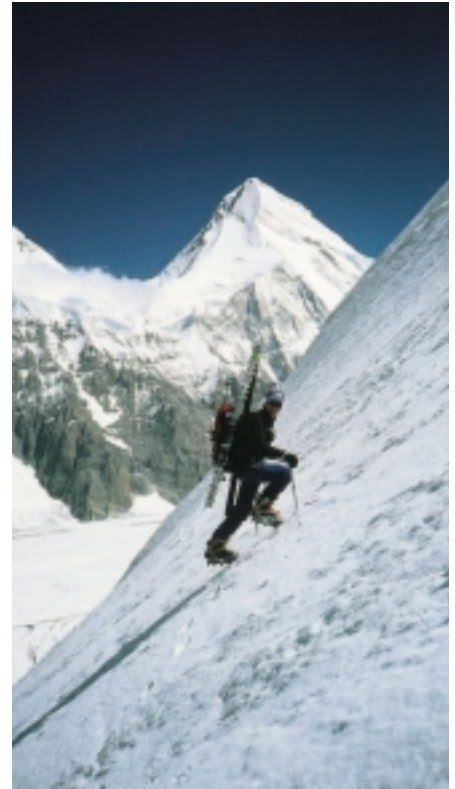
## Alpinistično-smučarska odprava Tien Šan 2000

Gore živijo v legendah, spominih in posvečenih trenutkih stvarnosti. Vpete so v skrivnosti, možnosti in omejitve našega dožemanja. Vse so nebeške, ne samo zaradi kipenja v skrivnostno modrino. Kdor si je med življenjskimi preizkušnjami izbral tudi tiste v višinah, soočenje z omejenostjo telesa in mogočo veličino dejanj in duha, včasih pa tudi s srhljivo mejo obstanka, si lahko v svoj pojmovni svet umesti tudi simboliko.

Najmanj eno gorovje pa se zares imenuje nebeško - Tien Šan v osrednji Aziji. Znano je po mogočnosti in slikovitosti, pa tudi po nestanovitnem vremenu z obilnimi padavinami in viharji. Tamkajšnja najvišja in najzahtevnejša gora je visoka 7.439 metrov Pik Pobjeda (Vrh Zmage). Nanjo je težje priplezati kot na prenekateri himalajski osem-

tisočak, število neuspešnih poskusov vzpona je vsako leto mnogo večje od števila uspešnih. Druga najvišja med Nebeškimi gorami je Han Tengri (Gospodar neba), 7.010 metrov visoka piramida, ki sodi med najlepše vrhove na Zemlji. Še nešteto nižjih, a nič manj lepih in zanimivih gora z zahtevnimi in celo nepreplezanimi stenami in grebeni prekriva deželo, kjer zaigra srce gornikom in drugim oboževalcem neokrnjene divjine.

Avgusta leta 2000 sem se za spremembo enkrat namesto v Himalajo podal v Tien Šan. Ciljev je bilo mnogo - od preprostega biti tam, iskati in odkrivati, do alpinističnih in smučarskih pustolovščin. Organiziral sem odpravo, pridružilo se mi je 11 slovenskih alpinistov in alpinistk ter alpinističnih smučarjev. Prevezel sem vodenje odprave in bil hkrati tudi njen zdravnik. Dovolj in preveč obveznosti za intenzivno preživetje vsakega od tridesetih dni, ki naj bi bili večina mojega letnega dopusta.



Vzpon na Troglav (5340 m), zadaj Han Tengri (foto: Andrej Terčelj)



Najmanjša napaka je usodna - Izток Tomazin med smučanjem s Troglava (foto: Andrej Terčelj)



V ledenih strminah Troglava (foto: Andrej Terčelj)



Na robovih smuči, visoko nad ledeniki - Andrej Terčelj med smučanjem z Mailinke (5365 m) (foto: Izток Tomazin)



*Han Tengri (7010 m) (foto: Iztok Tomazin)*

## Helikopterji in uporniki

Obet negotovosti in čar neznanega sta značilnosti potovanj v nekdanji sovjetski, sedaj samostojni državi Kirgizijo in Kazahstan, ki si skupaj s Kitajsko delita Nebeške gore. Neprijetna popotnica so nam bila poročila o nesrečah helikopterjev, ki prevažajo alpiniste k vznožju gora, in o muslimanskih upornikih, ki ogrožajo nekatera alpinistično zanimiva področja. Na ledeniku blizu baznega tabora smo res odkrili razbitine dveh strmoglavljenih helikopterjev. Helikopterski prevoz je zaradi razdalj in težko prehodnih ledenikov kljub nesrečam tod najbolj običajen način dostopa do gora. Ruski MI 8 nam je sprva zbudil nekaj zaupanja, ki pa je kmalu izpuhtelo. Omejitve teže tovora je na teh višinah 2.000 kilogramov. Ne nas in ne našega tovora niso tehtali. Privlekli so še kup svojih tovorov in vse skupaj strpali v kabino. Nato so sumničavo pregledovali podvozje in kolesa ter se prepirali, očitno o preobremenjenosti helikopterja. Mislim, da je bilo vsaj pol tone več od dovoljenega. Dali so nam podpisati dokument v cirilici, ki je nihče od nas ni znal brati. "No, pa podpišimo svojo smrtno obsodbo" smo se skušali šaliti. Leteli naj bi krepko nad 5.000 metri, pristali pa na neravnem ledeniku 4.200 metrov visoko, kjer redek zrak že zelo

omejuje letalne sposobnosti.

Na islamske skrajneže na srečo nismo nalleteli, smo pa od ameriških alpinistov slišali srhljivo pripoved: dva sta pred kratkim plezala na obrobju Tien Šana. Nenadoma so začeli streljati nanju. Kako zelo ranljiv si v navpični steni, navezan na vrv, pripet na kline in prižet na majhne oprimke, si je težko predstavljati. Na srečo nista bila zadeta, so ju pa prisilili k sestopu. Na vznožju sta se soočila z naperjenimi avtomati četverice teroristov. Trojica oborožencev je naslednji dan odšla, eden pa je ostal z njima. Ko ju je gnal po robu prepada v neznano, sta izkoristila trenutek nepazljivosti in ga pahnila v globino, še preden je utegnil sprožiti. Nato sta pobegnili.

## Troglav in Mailinka

Na ledeniku južni Inylček smo z velikim olajšanjem izstopili iz hrumečega helikopterja in se zagledali v sanjsko lepe prizore. Vse naokoli visoke bele gore, prepadne stene, zračni grebeni, bleščeči se ledeniki... Že gore, ki smo jih lahko naenkrat objeli s pogledom, bi nas lahko zaposlile za nekaj let, toliko bi se dalo prehoditi, preplezati in presmučati. Za bližnjimi obzorji pa jih je bilo še mnogo več.

Pred vzponi na najvišje vrhove smo se seveda morali aklimatizirati. Za začetek po-

membnega, zanimivega in včasih precej mučnega procesa sva z Andrejem izbrala 5.340 metrov visoki Troglav. Nihče še ni smučal z vrha, katerega vesine strmo padajo več kot kilometer globoko na ledenik. Med vzponom sva odkrila, da je na videz gladka strmina polna pasti, predvsem skritih ledeniških razpok. Kljub skrajni pazljivosti se nama je nekajkrat udrlo, da sva z nogami zabračala v prazno, z rokami pa krčevito iskala oporo na krhkih robovih razpoke. Dna temne globine običajno sploh ni bilo videti. V takem mora biti vse optimalno združeno: izkušnje, popolna zbranost, takojšnje reagiranje, sposobnost predvidevanja.... Brez nezgode sva v šestih urah garanja dosegla izpostavljeni, z opastmi ovešen vrh, kjer naju je zajela megla in nato snežni metež. Najino razpoloženje je bilo v popolnem neskladju z vremenom, verjela sva v tisto, kar se je res začelo dogajati. Težki sivi oblaki so se pričeli trgati, zastor plešočih snežink se je razmaknil in lahko sva zapeljala v globino. Naklonina je v zgornjem delu presežala 55 stopinj, kar je za smučanje s težkim nahrbtnikom ob slabi aklimatiziranosti in tisočmetrskem prepadu pod nogami zelo zahtevno. Pod tanko plastjo prhkega snega je bil led, v ka-



*Iztok Tomazin med smučanjem z Mailinke (foto: Andrej Terčelj)*



terem so nabrušeni robniki prijemali le ob skrbni nastavitvi. Napeta igra ravnotežja v popolni zbranosti je kljub temu postajala vse večji užitek, ki so ga v srednjem delu spet zmotile grozeče razpoke. Skrta žrela so zahtevala previdnost, nekaj zoprnih skokov, pa tudi trenutke, ko se je pod smučmi nenadoma razprla mračna globina in je bilo za rešitev potrebno veliko spretnosti in hitrosti.

Najin naslednji cilj je bila 5.365 metrov visoka Mailinka, s katere so doslej smučali le Japonci, pri poskusu ponovitve pa sta se lani smrtno ponesrečila nemška alpinista. Lepo, zahtevno in nevarno je najkrajši opis tega dejanja. Dva dni in noči sva se v snežnem metezu stiskala v šotorčku na sedlu pod vrhom in zaman čakala izboljšanje vremena. Grozilo je, da se bova znašla v pasti plazov, ko je le prenehalo snežiti. Z vrha sva odsmučala po vrtoglavo ostrem grebenu, ki je na obe strani padal v steno, preskočila navpično ledeno

stopnjo in pod njo zevajočo razpoko, nato pa se je pod nama razprostrla skoraj kilometer visoka, s svežim snegom posuta strmina. Šolski primer grozečega plazov velikih dimenzij. Začetek je bil napet, premišljeno tvegan, saj boljše možnosti za sestop ni bilo. Plazovi so grozili povsod. S hitro poševno vožnjo in ostrimi zavoji sva poskušala prerezati debelo snežno odejo in sprožiti plaz pod seboj, saj če bi se utrgal nad nama, bi naju pomedel v prepad. V najstrmejšem delu se mi je sredi zavoja udrlo v skrito razpoko in z glavo navzdol sem poletel v globino. Vsak trenutek, vsaka kretnja je bila usodna. Po grdem prevalu sem se zaustavil, še preden je hitrost padca postala neobvladljiva. V nadaljevanju sva sprožila nekaj manjših plazov in rešila vse orientacijske težave med skalnimi in lednimi odlomi, pri čemer nama je pomagal Dejan, ki je z ledenika opazoval vratolomno smučanje. ■

## ZLATA OBREZA

# Osamljenost starejših

Janko Kostnapfel

Človek se v množici lahko počuti zelo samega, osamljenega, a sam - povezanega z ljudmi. Mnogi starostniki se ne čutijo osamljene, čeprav večji del dneva preživijo sami, v stanovanju ali sobi doma upokojujencev. Tako pač povedo in še pristavijo, da svoje bivanje preživljajo prijazno in kratkočasno, v svojem spominskem, predstavnem, miselnem in čustvenem svetu, tudi z drugimi, celo pokojniki. V kanadskem romanu Marte Ostenso Klic divjih gosi, je Sadbova vzkliknila tako, "kakor je govorila v svoji hiši s svetlorjavovo zofo in nerazločnimi slikami vseh svojih sorodnikov." Victor Hugo pa v svoji pesmi V Villequieru pravi: "O, daj, da sklonjen nad kraj njenega pokoja/ kramljam z njo v nočni čas, ..."

Vendar pa moram tudi ugotoviti in priznati, da se mnoge starejše samske osebe, bržčas pogosteje vdovci, počutijo osamljene in jim je tudi dolgčas. Čustvo osamljenosti je tisto hladno čustvo, da človek ne pripada nikomur. V že navedenem romanu je osamljeni Mark,

ko je na svoji poti gledal in poslušal gosi v letu nad seboj, dejal sam pri sebi, da "divje gosi vreščijo tako, kakor da bi vedele nekaj o tem - o osamelosti ..." Kasneje pa izjavil: "Vedno sem bil tako sam, Linda, sam kakor človek, ki ga vrže morje na obrežje zapuščenega otoka. Ne veš, kako hudo je to. Včasih si nisem bil svest niti svoje lastne osebnosti." Tudi Sveto pismo pravi, da človeku ni dobro biti sam. Občutek osamljenosti je lahko zelo huda reč, ki človeka večkrat navaja k samomorilnemu razmišljanju. Osamljenost tare nekatere starejše ljudi, a seveda včasih tudi mlade, in predstavlja zapleteno vprašanje psihogeriatrije in klinične psihologije.

Marsikdo sicer reče, da v pokoju nima nobenega časa več, vendar prijatelju zaupno le prizna, da težko poveže jutro z večerom. Res pa je, da starostnik dela, kar pač že dela, bolj okorno in počasi ter porabi za to več časa kot mlad človek. Stric reče nečaku: "Ne vem, kdaj bi te povabili k sebi, ko pa nimam nobenega časa. Spat hodim že ob

polnoči, kar si moram pripraviti večerjo, pospraviti potem mizo in napraviti posteljo..." Osamelec včasih tudi pove, da mu je lažje, če sliši ropot nad sabo ... No, ta je včasih tudi zaznavna motnja, prisluh ...

Mnogi starostniki tožijo zaradi osamljenosti, ki pa so si jo v neki meri sami ustvarili. Če rečemo "sami", velja to njihovi osebnosti, naravi in ne nazadnje seveda prestanemu življenju. Takšni ljudje ne gredo več v družbo, se osamijo in se ne odzivajo niti na dobrohotna vabila. Opravičujejo se, da jih ljudje utrujajo... Izogibajo se vsakršnim stikom, tudi s starimi znanci in celo prijatelji. Človek povabi dobrega prijatelja v svojo hišico na morju za nekaj dni, da bi se razvedril in razjasnil ob zlatem sončnem zahodu..., on pa vabilo odkloni, pravzaprav ne preveč prijazno: "Saj sva si v življenju že vse povedala ..." Tudi ni dobro soljudi doživljati tako, da ti jih je "od dvanajstih trinajst zoprnih ..." Nekateri ljudje postanejo na stara leta pravi ljudomrzniki.

Starostniki pa izražajo tudi nasproten, boleč občutek, ki večino nima prave podlage: "Ljudje me ne marajo..." Zaradi takšnega doživljanja okolice ne gredo med ljudi, kot bi se jih bali. V mestu hodijo po skrivnih uličicah in v času, ko znancev verjetno ne bodo srečali. Na pogrebe ne gredo - "načelno ne hodim na pogrebe ..." Pisem ne pišejo in nanje ne odgovarjajo, celo ne na voščilnice, ki že tako usihajo - "na pošto načelno ne odgovarjam; sicer pa tudi pisati več ne znam ..." - "Načeloma..." Seveda, tako se takšni starostniki vse bolj in bolj pogrezajo v osamo in izgubljajo še zadnje bilke življenjskega pomena. Človek je že res individualno bitje, vendar ni samo to, ker je tudi družbeno. Je to in ono! Alfred Adler govori o velikem pomenu občutka za družbo oziroma o delujočem družbenem nagonu (das Gemeinschaftsgefühl). Nič na zemlji ne more živeti samo zase: ne človek in ne žival, ne rastlina in ne kamenina.

Nekateri starostniki ne gredo v družbo predvsem zato, ker se bojijo kakšnih očitkov, zamer proti njim, iz starih časov. No, v dolgem življenju se marsikaj napak stori, beseda neprimerno postavi in včasih marsikdo storjenih krivic ne pozabi, še več, čaka na priložnost, da bo "izstavil svoj račun". Maščevalni nagon je med množico uničevalskih eden najmočnejših in težko obvladljivih. Toda besedo postavim napak včasih jaz in včasih ti, ti in jaz. Vsebina besede pa lahko predstavlja dražljaj z dolgotrajnim in bolečim delovanjem. Vendar vse to pač sodi v naše življenje, ki je poleg dobrotnih dejanj tudi polno vsakršnih grehov. "In tukaj smo tvoje norosti, norosti zgubljene mladosti, zvijače, krivice, laži, katerim roditelj si ti!" (S. Gregorčič: Kesanje)

Ob tem pa kaže vendar reči, da se vseh običajnih stresov ni treba izogibati in pred njimi bežati, ker vsakodnevni stres s svojo notranjo predelavo celo krepijo človekovo osebnost, še zlasti v etičnem pogledu, ali bi jo vsaj morali, osebnost do konca življenja. Seveda pa to ne velja - oh, nikar! - za tiste pošastne strese, ki jih obravnava zadnja mednarodna klasifikacija duševnih motenj kot trajno osebnostno spremenjenost po izredni obremenitvi (ICD-10, F 62.0) Takšni grozljivi stresi ali "strele" tolčejo po ljudeh, v glavnem nedolžnih, zlasti med vojnami in v posebnih družbenih oziroma političnih razmerah: koncentracijska taborišča, mučenje, dolgotrajne življenjsko ogrožujoče situacije, žrtve terorizma, talci, ujetništvo z grozečo smrt-

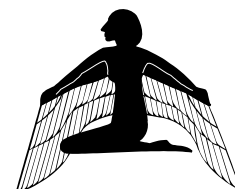
no nevarnostjo, posilstva in tudi vsakršne naravne katastrofe ali nesreče, ki jih povzroči "človeški dejavnik".

Treba je tudi priznati, da je starim ljudem mučno opazovati, "kako sekajo po njihovi hosti" oziroma "kaj znancev je zasula že lopata!" Ampak včasih bi se bilo koristno za trenutek zamisliti in si predočiti tisti vsem znani aksiom: človek tudi umre...

Ni pa dobro, če človek v višjih letih ne vidi več pomena svojega nekdanj opravljenega dela. Nekaterim se ne vidi nič več vrednega, kar so nekoč z zanosom delali in družbi dajali, dolga leta in z občutkom ter prepričanjem, da so delali prav, smiselno in pošteno. Na vprašanje nekemu pacientu, kako se počuti sedaj v pokoju, je odvrnil: "Še kar dobro. Sam živim v koči na planini in gojim kozo. Vsak dan ji dam nekaj krme, ona pa meni mleko. To je otipljiv rezultat, ki ga videvam. Ko pa sem nekoč desetletja obračal vsakršne papirje in se uradno pogovarjal, od vsega tega ni bilo nič. In tukaj v hišici pogosto zrem v odprt ogenj - to je pač lepo... V mesto pa se le redko spustim in me tudi ne vleče. "No, dobro je, če se ta upokojenec počuti še kar dobro, ampak v njegovih besedah je vendar preveč resignacije in osamljenosti.

Tudi starejšemu človeku kaže torej zahajati v družbo, čeprav kdo trdi, da ga ljudje utrujajo ali se boji kakšne hude besede. Toda takšne in drugačne besede, tudi neprijazne, spremljajo človeka vendar od otroštva naprej. V domovih upokojencev in tudi v drugih socialnih ter zdravstvenih ustanovah pa je treba pripravljati po oddelkih in nadstropjih skupinske sestanke ter venomer gojiti in tudi razvijati zaposlitveno terapijo. Ta vsebuje delo (izobraževanje, ročna dela, likovna dejavnost), razvedrilo (igre, nastopi, prireditve) in razgibanje (telovadba).

Če človek reče, da si želi na stara leta samo še miru, potem sta takšna želja in misel pač preveč depresivni in tudi slabo utemeljeni. Saj mir bo vsekakor prišel, zagotovo enkrat pride, popoln mir... ■



## Andreja Kocijančič: Klinična preiskava

Andreja Kocijančič:  
Klinična preiskava,  
Ljubljana: Littera  
picta, 2000;  
naklada: 2000;  
strani: 296.



Učbenik sem dal prebrati oziroma prelistati več študentom medicine. Nekateri izmed njih so zelo marljivi in radovedni, drugi še iščejo vzpodbudo za poglobljen študij. Predvsem me je zanimalo, ali jih je knjiga pritegnila in ali je bila zanje dovolj zanimiva, da bodo po vajah poiskali odgovore na vprašanja, ki so se jim porodila ob delu z bolniki. Razmišljal sem tudi, ali so našli odgovore na svoja vprašanja in ali so jih razumeli. Zanimivo, vsi (anonimni) odgovori so bili izrazito pozitivni. Učbenik jih je pritegnil ali kot so na kratko zaključili: knjiga je "cool". To je največja pohvala avtorjem in oblikovalcem učbenika. ■

Miloš Šabovič

Študentje III. letnika se na vajah iz internistične propedeutike pogosto pritožujejo, da nimajo ustreznega učbenika internistične propedeutike, kar po njihovem mnenju pomembno vpliva na njihovo (ne)znanje. Še več, obstoječi učbeniki niso dovolj zanimivi in enostavno napisani, v njih je premalo fotografij. Natančneje, prejšnji slovenski učbenik internistične propedeutike je menda "neprijazen" do bralca oz. študenta (v knjigi so le redke fotografije in sheme), najbolj uporabljana internistična propedeutika v angleškem jeziku (Clinical examination, Talley N, O'Connor S (eds.), Blackwell Scientific Publications, Oxford) je pa "pretežka" za začetnika, ki šele spoznava klinično medicino. Zdi se, da novi slovenski učbenik internistične propedeutike (Klinična preiskava, Andreja Kocijančič (ed.), Littera picta, Ljubljana, 2000) nima omenjenih slabosti in bo v celoti izpolnil pričakovanja ciljne skupine, ki jo sestavljajo študentje medicine in stomatologije. Urednica in avtorica več poglavij je prof. dr. Andreja Kocijančič, posamezna poglavja so napisali prof. dr. Jurij Šorli in doc.dr. Matjaž Fležar, as. dr. Tom Ploj in prof. dr. Matija Horvat, prof. dr. Saša Markovič, as. dr. Matija Tomšič in prof. dr. Blaž Rozman, prof. dr. Martina Tomori in prof. dr. Martin Janko.

Učbenik je večjega formata kot običajni učbeniki internistične propedeutike, zato so tudi fotografije večje. Nasploh je potrebno pohvaliti izjemno številne sheme in kakovostne fotografije lastnih kliničnih primerov. Knjiga je napisana v enostavnem jezi-

ku, avtorji so se izogibali zapletenim razlagam. Učbenik je razdeljen na 17 poglavij: v začetnem splošnem delu so poglavja o anamnezi, telesni preiskavi in splošnem stanju, sledi del, v katerem so zajeti specifični sistemi koža in nohti, glava, vrat, dihala, srce in ožilje, dojke, trebuh, moški spolni organi, kosti, sklepi in mišice, revmatološki sistem, kri in limfne žleze, ledvice in sečni mehur, živčevje. Pri opisovanju specifičnih sistemov so avtorji uporabili pristop, s katerim naprej predstavijo značilno anamnezo, nato značilne (oziroma vodilne in druge) simptome, v okviru telesnega pregleda opišejo še značilne znake in zaključijo z opisom kliničnih znakov pogostejših bolezni posameznih sistemov. V večini primerov so podali tudi razlago mehanizmov, ki so odgovorni za nastanek določenih simptomov in znakov. V poglavju o dihalih ter srcu in ožilju so na kratko opisane tudi osnovne preiskavne metode.

Avtorji učbenika so naši učitelji, ki imajo dolgoletne izkušnje s poučevanjem internistične propedeutike. Zato je tudi knjiga, kot pravi urednica, napisana "na način in v jeziku, ki ga uporabljajo učitelji Medicinske fakultete pri uvajanju študentov v klinične predmete". Torej večinoma zanimivo in enostavno, vendar dovolj poglobljeno za študenta medicine oziroma stomatologije. Številne fotografije lastnih kliničnih primerov, ki so jih avtorji zbirali tudi več desetletij, daje knjigi še dodatno avtentičnost.

## Tehnika vaginalne kirurgije

Avtorji:

Prof. dr. Leon Kos in doc.  
dr. Adolf Lukanovič

Izdajatelj in založnik:  
Klinični center Ljubljana,  
Ginekološka klinika  
Ljubljana, 2000.

Ni prav vsakdanje, da smo Slovenci bogatejši za strokovni učbenik pisan v materinščini. Prav zaradi tega je toliko bolj razveseljiva novica, da je ob koncu lanskega leta zagledal luč sveta učbenik



ginekološke kirurgije. Ker je slovenski knjižni prostor majhen in so naklade v skromnih številih je projekt izdaje novega knjižnega dela vedno zahtevna naloga. Kirurški atlasi imajo po naravi veliko slikovnega materiala, zato je njihovo tiskanje in izdelava finančno zahtevna. Navkljub tem težavam pa je avtorjema, ob pomoči Ministrstva za znanost in tehnologijo ter sponzorstva farmacevtskih hiš, uspelo v kratkem roku izpeljati zahtevni projekt in učbenik predstaviti na drugem slovenskem kongresu ginekologov in porodničarjev Slovenije v Portorožu 20. novembra lanske leto.

Prof dr. Leon Kos, učenec in dve desetletji najtesnejši sodelavec akademika prof. dr. Franca Novaka in eden najuglednejših predstavnikov ljubljanske kirurške ginekološke šole, je že v sedemdesetih letih, skupaj s svojim učencem prof. dr. G. Sanijem, direktorjem Ginekološke klinike v Bologni, napisal učbenik o ginekoloških vaginalnih operacijah. Knjiga je doživela dve izdaji v italijanščini in še prevode v španščino in angleščino. V Italiji je knjiga doživela velik odziv in bila hitro razprodana.

Specifičnost operiranja, ki loči ginekologa od ostalih pelvičnih kirurgov, je prav vaginalni pristop. Posebno danes čutimo potrebo po poglobitvi znanja, ker v zadnjih letih v Sloveniji opažamo vse manjšo izkušnost ginekologov operaterjev v vaginalni kirurgiji. Zato je dobrodošla ideja soavtorja

specialistom ginekologom in zlasti specialistom ginekologije in porodništva kot kirurški priročnik pri uvajanju v tehniko vaginalnega operiranja. Koristen bo zlasti za tiste operaterje, ki pri svojem delu stremijo k maksimalni natančnosti in gotovosti. Zaradi svojega pedagoško-metodološkega pristopa, ki je brez skromnosti izviren v naši tovrstni strokovni literaturi in zaradi jasnosti pri definiranju dolžnosti posameznega akterja-kirurga v delovni skupini, bo učbenik nedvomno vzbudil zanimanje za vaginalno operiranje tudi pri tistih ginekoloških kirurjih, ki se doslej za tak način niso znali ali upali odločiti. Pričujoča knjiga naj bo stalen spremljevalec vsem tistim ginekologom, ki ob vsakodnevnem kirurškem delu uporabljajo vaginalni pristop, zavedajoč se vseh prednosti, ki jih nudi vaginalna kirurgija. Le ob upoštevanju natančne tehnike vaginalne kirurgije bo tudi ta način operiranja za bolnico nenazadnje minimalno invaziven.

Učbenik obsega 235 strani, formata 27 x 27 in je tiskan na krepkem 90-gramskem bioglos papirju. Estetsko dovršen plastificiran večbarvni ovitek in trde platnice vsebujejo od tistih prve popolne risbe notranjih rodil izpod peresa Leonarda da Vincija iz leta 1507. Na 70 straneh je 269 večbarvnih fotografij aktov posameznih operacij, na štirih straneh so črno-bele skice operativnih postopkov.

Knjiga je napisana sistematsko, pregledno in didaktično, jezik je jasen. Zato knjigo

doc. dr. Adolfa Lukacoviča, da pripravi novo posodobljeno in z novim poglavjem dopolnjeno slovensko izdajo kirurškega učbenika tehnika vaginalne kirurgije. Knjiga, ki je pravo zrcalo ljubljanske kirurške vaginalne tehnike, je tako končno dostopna tudi širšemu krogu slovenskih ginekologov in ginekologov sosednjih držav, za kar gre avtorjema vsa zasluga in priznanje. Upam in želim, da bo pričujoči učbenik koristil

upravičeno imenujemo učbenik. Pri uporabi jezika sta avtorja stremela k jasnosti pomena opisanega postopka in zato nista vedno slovenila latinskih imen posameznih anatomskih struktur, uporabila sta raje "kirurški žargon" kot npr: sprednja incizija, šivanje vagine, šivanje levatorjev, prepariranje ureterjev, mišica musculus levator itd. Zavedajoč se, da je takšen jezik uporabnejši in ga kirurško uho lažje in hitreje sprejema. Tekst je oblikovan tako, da je dosledno definirano delo posameznega akterja-udeleženca kirurške delovne skupine. V pripisanih opombah v spodnjem delu strani pa je opozorilo za posebno pomembne trenutke operacije. Barvne fotografije, označene s številkami, tako v tekstu kot ob vsaki sliki, ponazarjajo operativni akt, kot je opisan na vzporedni strani.

Knjiga vsebuje tri tematske sklope, ki pa so razdeljeni na pet poglavij. Prvi del so poglavja z uvodnimi splošnimi informacijami. Sledita dva dela kirurških poglavij. Razdeljena sta na vaginalne operacije pri benignih obolenjih in vaginalne operacije pri malignih obolenjih.

Uvod v knjigo opisuje zgodovinsko pot tehnike vaginalne kirurgije na Ginekološki kliniki v Ljubljani, ki ima svoje začetke v davni preteklosti. Številni znani slovenski zdravniki so se že v 18. stoletju izpopolnjevali pri takrat svetovno znanih imenih kirurgije na Dunaju. Obojestranske povezave in trdo delo klinikov v preteklosti so botrovali visoki ravni strokovnosti kirurškega dela na Ginekološki kliniki v Ljubljani. To hipoteko preteklosti je oplemenitil z veličino svoje osebnosti akademik ginekolog prof dr. Franc Novak. S svojim široko zasnovanim konceptom razvoja je uspel ustvariti pogoje za napredek operativne ginekologije, ki je v obdobju, ko je vodil kliniko preseglal raven svetovnega povprečja. S svojim učencem prof. dr. Leonom Kosom je izoblikoval tehniko ginekološke kirurgije, tako vaginalne kot radikalne, ki je ponesla sloves Ginekološke klinike po vsem svetu in ki je neskromno rečeno tudi krivec pričujočega kirurškega učbenika.

Prvo poglavje "Prednosti in meje vaginalnih operacij" opisuje, kako je vaginalna kirurgija v primerjavi z abdominalno manj travmatizirajoča, časovno krajša, zahteva plitvejšo anestezijo, ima manj pljučnih in črevesnih zapletov, lažji pooperativni potek, krajšo hospitalizacijo in zato hitrejšo vrnitev bolnic v normalno življenje. Poudarek je na dejstvu, da uvedba laparoskopije ni zmanjšala, ampak celo razširila možnosti va-

ginalnega operiranja, saj z laparoskopsko asistirano vaginalno operacijo lahko zdravimo patologijo, ki je bila nekoč izključna domena abdominalnega pristopa.

Drugo poglavje "Splošna navodila in vloge asistentov" našteje pomembna dejstva osnovnega kirurškega dela oziroma obnašanja, ki pa jih žal pri vsakdanjem delu in vzgoji mlajših kirurgov vse premalo poudarjamo. Drobne, na prvi pogled nepomembne kretnje, nenatančno in grobo delo s tkivom, naglica in površnost so lahko usodne za uspeh kirurškega dela. Tehnika dela asistenta je prav tako pomembna, zato je ta soodgovoren za uspeh operacije.

Tretje poglavje "Vbrizgavanje operacijskega polja s priloženo shemo" natančno opiše mesta potrebne infiltracije, kar je posebno pomembno pri radikalnih vaginalnih operacijah.

Drugi tematski sklop obsega četrto poglavje. Tu je naštetih in opisanih 11 vaginalnih operacij pri benignih obolenjih. Prvič je opisana tudi najnovejša kirurška tehnika zdravljenja stresne urinske inkontinence, to je t. i. operacija TVT (tension free vaginal tape). Tretji in zadnji tematski sklop je peto poglavje, ki opisuje vaginalne operacije pri malignih obolenjih. Morda je to pomembnejši del učbenika, saj seznanja bralca s tehniko radikalne vaginalne histerektomije po Schauti. Ta radikalna operacija pa prav dandanašnji doživlja svojo renesanso v kombinaciji z laparoskopsko limfadenektomijo.

Naj zaključim z mislijo našega vodilnega ginekologa v medvojnem obdobju, citirano v uvodu knjige: "...da je knjiga za kirurga prav tako pomembna kakor skalpel." Zato učbenik tople priporočam v branje kolegom - ginekološkim kirurgom kot dodatni učni pripomoček pri uvajanju v tehniko vaginalne kirurgije.

Stelio Rakar



Dr. Srdjan Novaković:

# Pregled pomembnejših tumorskih označevalcev v klinični onkologiji

Snovi, ki se tvorijo v tumorskih celicah ali pod njihovim vplivom in jih lahko dokažemo v telesnih tekočinah, imenujemo tumorski označevalci. Tumorski označevalci so lahko bodisi novo sintetizirane snovi (neznačilne za celice v zdravem organizmu) ali snovi, ki so v zdravem organizmu prisotne v veliko nižjih koncentracijah. Prisotnost tumorskih označevalcev v krvnem obtoku napoveduje prisotnost raka, odražajo trenutno stanje maligne bolezni.

Določanje tumorskih označevalcev nam lahko pomaga pri diagnozi in prognozi raka, pri določanju razširjenosti in pri zgodnjem odkrivanju ponovitve in določanju metastaz. Lahko pa tudi pomaga pri ugotavljanju uspešnosti zdravljenja.

V knjigi dr. Srdjana Novakovića Pregled pomembnejših tumorskih označevalcev v klinični onkologiji, v izdaji Onkološkega inštituta, so predstavljeni v klinični onkologiji najpogosteje uporabljeni tumorski označevalci. V drugem delu knjige so v obliki tabel zbrane najbolj osnovne značilnosti posameznih označevalcev. Priročnik vsebuje priporočila, katere označevalce določamo pri posameznih vrstah raka in vplive na njihove serumske koncentracije. Predlagan je tudi časovni načrt določanja tumorskih označevalcev ob sledenju maligne bolezni in pomen začetne serumske koncentracije označevalca ter gibanje njegovih koncentracij.

Priročnik je natisnjen v barvno lep in

Kazalo	
Uvod	6
Določanje tumorskih označevalcev v serumu	9
Senzitivnost in specifičnost tumorskih označevalcev	10
Uporaba tumorskih označevalcev	15
Baseliter tumorskih označevalcev	17
*Onkofetalni proteini	18
*Enzimi	20
*Tumor spremenljivi antigeni	22
*Posebni serumski proteini	24
*Skupina različnih tumorskih označevalcev	28
*Skupina različnih tumorskih označevalcev	30
*Skupina različnih tumorskih označevalcev	31
*Kontrola kvalitete določanja	32
*Biološki faktori, ki lahko vplivajo na serumske koncentracije tumorskih označevalcev	33
*Kolej določati tumorske označevalce	34
Zaključek	35
Tumorski označevalci, najpogosteje uporabljeni v klinični praksi	37
CSA: Karcinoembrionalni antigen	39
AFP: Alfa-feto protein	41
B-HCG: Horiogonadotropin	43
NSE: Nevronska specifična enolaza	45
NCA: Muzinski karcinomski antigen	47
CA 15-3: Karcinomski antigen 15-3	49
CA 125: Karcinomski antigen 125	51
CA 19-9: Karcinomski antigen 19-9	53
PSA: Prostatični specifični antigen	55
TVA: Tklivni polipeptidni antigen	57
Tumorski označevalci za najbolj pogosto lokalizacije rakavih bolezni	59
Tumorski označevalci, ki jih najbolj pogosto določamo v klinični praksi na OI	61
Viri in literatura	62

praktični obliki. Publikacija je zapisana strokovno, kaže izkušnje in poglobljeno znanje avtorja na tem področju. Vsebuje izčrpne strokovne informacije, ki so podane zelo pregledno v tabelah. Priporočila so usklajena s stališči strokovnih skupin iz posameznih področij na Onkološkem inštitutu in priporočil onkoloških centrov v svetu. Kot taka bo v veliko pomoč pri ustrezni uporabi tumorskih označevalcev v klinični onkologiji.

Jožica Červek

# Koledar zdravniških srečanj

## ENOTNA PRIJAVNICA ZA UDELEŽBO NA ZDRAVNIŠKIH SREČANJIH, OBJAVLJENIH V IZIDI

(velja tudi fotokopirana prijavnica)

prijavljam se za udeležbo  prosim, pošljite informacije  drugo

srečanje

udeleženec/udeleženka

ime in priimek

naslov stalnega bivališča

Izjava - davčni zavezanec (obkroži)  da  ne davčna številka:

Izpolniti v primeru, ko udeleženec ni plačnik; plačnik je bolnišnica, zavod ali kdo drug

Plačnik udeležbe - kotizacije  Naziv plačnika

Točen naslov sedeža plačnika

Telefon  Faks  E-pošta  Kontaktna oseba

Izjava - davčni zavezanec (obkroži)  da  ne davčna številka:

Izpolniti samo za tista strokovna srečanja, ki jih želite uveljavljati za podaljšanje licence

Kraj rojstva  Datum rojstva

Naziv delovne organizacije  Delovno mesto

Telefon  Faks  E-pošta

### Želim sodelovati:

kot predavatelj (predavanje, poster, drugo)

kot udeleženec

na praktičnem usposabljanju

### Prosim informacije o možnostih nočitve

da  ne

### Kotizacijo za srečanje bom poravnal/a

s položnico  ob registraciji

Datum

Podpis

Datum Pričetek	Kraj	Tema	Število kandidatov	Vsebina
<b>FEBRUAR 2001</b>				
***	9.00	Ljubljana, Svetovalni center, Gotska 18	ZAČETNI TEČAJ IZ VEDENJSKE IN KOGNITIVNE TERAPIJE	16 50-urno začetno usposabljanje za VKT za zdravnike in psihologe
2.–3.	9.00	Ljubljana, 1. predavalnica Kliničnega centra	XXXVII. PODIPLOMSKI TEČAJ KIRURGIJE	*** podiplomski tečaj za zdravnike družinske medicine
2.–3.	9.00	Ljubljana, Klinični oddelek za žilne bolezni, Riharjeva 24	UČNA DELAVNICA: ODKRIVANJE PERIFERNIH ŽILNIH BOLEZNI	30 učna delavnica za splošne zdravnike, interniste in žilne kirurge
8.–9.	15.00	Kranjska Gora	23. IATROSSKI	ni omejeno posvetovanje športne medicine, združeno s smučarskim tekmovanjem zdravnikov dežel Alpe-Jadran
13.	17.00	Ljubljana, Štihova dvorana, Cankarjev dom	JAVNI FORUM O BOLEČINI	ni omejeno forum za vse, ki se ukvarjajo z lajšanjem bolečine ter srečujejo z bolečino ob umiranju
16.	9.00	Celje, Narodni dom Celje, Trg celjskih knezov 9	CEDENS - VII. DAN CELJSKEGA ZOBOZDRAVSTVA	ni omejeno simpozij za zobozdravnike, zobne asistentke in zobotehnike
16.–17.	12.00	Ljubljana, 3. predavalnica, Klinični center	SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2 – XI. PODIPLOMSKA ŠOLA	30 podiplomska šola z učno delavnico za zdravnike splošne medicine in specializante interne medicine
<b>MAREC 2001</b>				
9.–10.	8.45	Ljubljana, Linhartova dvorana, Cankarjev dom	5. SCHROTTTOVI DNEVI	*** podiplomsko strokovno izobraževanje za zdravnike družinske/ splošne medicine, sekundarije
15.–17.	16.00	Velenje, hotel Paka	8. SLOVENSKI UROLOŠKI SIMPOZIJ – RAK PROSTATE	ni omejeno simpozij z mednarodno udeležbo za vse zdravnike
16.	8.30	Ljubljana, predavalnica Medicinske fakultete, Korytkova 2	INTERDISCIPLINARNI SEMINAR O POMENU KAKOVOSTI TESTA PAP ZA NADZOR NA DPOJAVLJANJEM RAKA MATERNIČNEGA VRATU Z ORGANIZIRANIM PRESAJANJEM	ni omejeno strokovno srečanje za citopatologe, ginekologe in citotehnologe
16.–17.	***	Ljubljana, predavalnica v 4. nadstropju Inštituta za RS za rehabilitacijo	XII. DNEVI REHABILITACIJSKE MEDICINE: ORTOPEDSKA OBUTEV IN ORTOZE	ni omejeno strokovno srečanje
16.–17.	9.00	Ljubljana, 1. predavalnica Kliničnega centra	INFEKTOLOŠKI SIMPOZIJ 2001	do 150 simpozij za vse zdravnike specialiste splošne medicine, infektologe, pediatrie, interniste, mikrobiologe
16.–17.	16.00	Otočec, hotel Šport	12. ZBOR ZASEBNIH ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV	ni omejeno zbor za zasebne zdravnike in zobozdravnike
16.–17.	9.00	Ljubljana, Pedagoška fakulteta, Kardeljeva ploščad 16	UČNE DELAVNICE: SVETOVANJE ZA ZDRAVO PREHRANO	25 učne delavnice za zdravstvene delavce in prehranske strokovnjake
23.–24.	10.00	Maribor, velika dvorana Univerze, Slomškov trg 2	MEDICINA IN PRAVO: DAROVANJE DELOV TELESA V MEDICINI IN PRAVU	ni omejeno simpozij z mednarodno udeležbo za vse zdravnike in pravne ter študente medicine in prava

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Društvo za VKT, Kolaborativni center SZO za duševno zdravje otrok, ga. Vera Slodnjak	ga. Vera Slodnjak, Društvo za VKT, Gotska 18, 1000 Ljubljana, tel.: 01 58 37 500, 58 37 522, faks: 01 51 91 120	600 DEM v tolarški protivrednosti	50100-620-133-05-1010115-2728389, sklic na št. 1/01	***	***
Katedra za kirurgijo, Medicinska fakulteta, prof. dr. Vladimir Smrkolj, dr. med.	Katedra za kirurgijo, Medicinska fakulteta, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 52 47 384, 43 13 113 int. 25 25	glej obvestilo na rumenih straneh	50103-603-41175, sklic na št. 230 10, s pripisom "za XXXVII. podiplomski tečaj kirurgije	11	ISIS 1/2001
Klinični oddelek za žilne bolezni KC in Združenje za žilne bolezni SZD, prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med.	ga. Jelka Kos, Klinični oddelek za žilne bolezni, Riharjeva 24, 1000 Ljubljana, tel.: 01 28 32 313, faks: 01 28 33 155	35.000,00 SIT	50101678-48620, sklic na št. 22900	***	ISIS 1/2001
Goriško zdravniško društvo	Franci Koglot, dr. med., Splošna bolnišnica "dr. Franc Derganc", Šempeter pri Gorici, tel.: 05 30 31 811	teki 3.500,00 SIT, VSL 9.000,00 SIT, teki in VSL 11.000,00 SIT	52000-678-80987	***	ISIS 12/2000
Zavod za razvoj paliativne oskrbe	ga. Amila Adrovič, Zavod za razvoj paliativne oskrbe, Vegova 8, 1000 Ljubljana, tel.: 01 42 56 450	kotizacije ni	***	***	ISIS 2/2001
Društvo zobozdravstvenih delavcev Celje, Nikola Potočnik, dr. stom.	Nikola Potočnik, dr. stom., tel.: 03 57 16 044, ga. Danica Planko, DZD Celje, p.p. 255, 3000 Celje, tel.: 03 54 34 351, faks: 03 54 41 356	15.000,00 SIT	50700-678-67474	4,5	ISIS 1/2001
Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, prim. Miha Koselj, dr. med.	prim. Miha Koselj, dr. med., Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 43 30 288, 43 17 224, faks: 01 43 30 288	***	***	v postopku	ISIS 1/2001
Katedra za družinsko medicino MF, Združenje zdravnikov družinske medicine, doc. dr. Igor Švab, dr. med.	ga. Ana Artnak, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, tel. in faks: 01 43 86 910 ali Tonka Poplas Susič, dr. med., tel.: 01 58 37 413	20.000,00 SIT za zdravnike, 10.000,00 SIT za sekundarije	***	v postopku	ISIS 1/2001
Urološki oddelek Splošne bolnišnice Slovenj Gradec, prim. Nado Vodopija, dr. med.	Marko Zupančič, dr. med., Urološki oddelek, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Gosposvetska 3, 2380 Slovenj Gradec, tel.: 02 88 23 463, e-pošta: marko.zupancic@urology.sb-sg.si	20.000,00 SIT	51840-60334212, sklic na št. 299952	***	***
ICS, International Cytopathology Services	SIZE diagnostični center za ginekološko citopatologijo, Milčinskega 71 a, p.p. 2344, 1001 Ljubljana, tel.: 01 50 55 924, faks: 01 54 92 011, e-pošta: mojca.erzen@amis.net	22.000,00 sit (vključen DDV)	***	***	***
Inštitut RS za rehabilitacijo, Katedra za fizikalno in rehabilitacijsko medicino MF, doc. dr. Helena Burger, dr. med.	ga. Ela Loparič, Inštitut RS za rehabilitacijo, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, tel.: 01 47 58 441, faks: 01 43 76 589, e-pošta: ela.loparic@mail.ir-rs.si	25.000,00 SIT	50102-603-48428	12	ISIS 11/2000
Sekcija SZD za kemoterapijo, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, prof. dr. Milan Čižman, dr. med., prof. dr. Franc Strle, dr. med.	ga. Andreja Sorman, tajništvo Infekcijske klinike, Japljeva 2, 1525 Ljubljana, tel.: 01 23 10 558, faks: 01 23 02 781	15.000,00 SIT	50101-678-48620, s pripisom "infektološki simpozij 2001"	8	ISIS 11/2000
Združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije	Združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Vojkova 4, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 38 535, e-pošta: zdruzenje.zzs@s-net.net	***	***	***	***
CINDI Slovenija, Jožica Maučec Zakotnik, dr. med.	ga. Barbara Lapuh, CINDI Slovenija, Ul. stare pravde 2, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 83 480, faks: 01 43 83 484, e-pošta: cindi@zd-lj.si	17.000,00 SIT	***	***	ISIS 1/2001
Zdravniško in pravniško društvo Maribor ter Univerza Maribor, prim. Jelka Reberšek Gorišek, asist. Vojko Flis, dr. Vesna Rijavec	ga. Majda Petek, Oddelek za nalezljive bolezni in vročinska stanja, SB Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 12 657	20.000,00 SIT	Zdravniško društvo Maribor	v postopku	ISIS 2/2001



Datum	Pričetek	Kraj	Tema	Število kandidatov	Vsebina
<b>MAREC 2001</b>					
23.–25.	16.00	Portorož, Kongresni center, grand hotel Emona	9. TEČAJ F.E.E.A.	60	kontinuirano podiplomsko izobraževanje iz anesteziologije za specializante anesteziologije in vse ostale zdravnike
29.–31.	17.00	Maribor, Trstenjakova dvorana Univerze Maribor	UČNA DELAVNICA O ZGODNJI NEVROREHABILITACIJI	***	strokovno srečanje za nevrologe, nevrokirurge, fiziatre, logopede in psihologe
30.–31.	15.00	Brdo pri Kranju, hotel Kokra	NEFROLOGIJA 2001: OBRAVNAVA MOTENJ ELEKTROLITSKEGA IN ACIDOBAZNEGA RAVNOTEŽJA	***	kongres za interniste, anesteziologe in vse zdravnike, ki se ukvarjajo z motnjami vodnega, elektrolitskega in acido-baznega ravnotežja
30.–31.	9.00	Maribor, velika predavalnica SB Maribor	DELAVNICE KIRURŠKIH TEHNIK: INTRAMEDULARNA UČVRSTITEV ZLOMOV	18	delavnica za specializate in specialiste kirurgije in ortopedije
<b>APRIL 2001</b>					
5.–7.	12.00	Rogaška Slatina, Kristalna dvorana Zdraviliškega doma	I. SLOVENSKO-HRVAŠKI SIMPOZIJ O SODOBNIH POGLEDIH NA MENOPAVZO IN ANDROPAVZO Z DELAVNICO	150	simpozij in učna delavnica za ginekologe, splošne zdravnike, interniste, dermatologe
6.–7.	9.00	Bled, Festivalna dvorana	9. SIMPOZIJ ZOBNIH BOLEZNI IN ENDODONTIJE	do 500	simpozij republiške sekcije za zobne bolezni in endodontijo SZD za vse zdravnike
6.–7.	***	Portorož, Grand hotel Emona, Bernardin	SESTANEK ZDRUŽENJA PNEVMOLOGOV SLOVENIJE	***	sestaneke: smernice za obravnavo bolnika s sarkoidozo, farmakoeconomika – Seretide
13.	14.30	Ljubljana, ZD Ljubljana, enota Šiška	ŠOLA ZDRAVLJENJA DEBELOSTI	4	tečaj in individualno delo s posamezno skupino za zdravnike družinske/ splošne medicine, medicinske sestre
19.–21.	***	Kranjska Gora	II. SPOMINSKO SREČANJE JANIJA KOKALJA, DR. MED.	***	strokovno srečanje za zdravnike v osnovnem zdravstvu
20.–21.	9.00	Terme Čatež	MEDICINSKA REHABILITACIJA V SLOVENSKIH NARAVNIH ZDRAVILIŠČIH	ni omejeno	seminar za osebne zdravnike, lečeče zdravnike različnih specialnosti in zdravnike zaposlene v zdraviliščih
21.	13.00	Murska Sobota, start: Stadion pri OŠ I., Mestni park	POMURSKI ZDRAVNIŠKI TEK	ni omejeno	tek za zdravnike, zdravstvene sodelavce in udeležence izven kategorije
22.–24.	***	Portorož, Kongresni center Bernardin	6. KONGRES ENDOSKOPSKE KIRURGIJE SLOVENIJE Z MEDNARODNO UDELEŽBO	***	teme kongresa: abdomen, ginekologija, ortopedija, torakalna kirurgija, urologija, kardiovaskularna kirurgija, anestezija, nevrokirurgija, plastična onkologija
<b>MAJ 2001</b>					
10.–11.	15.00	Portorož, hotel Emona	MOTNJE SPOMINA IN ŽILNI DEJAVNIKI	ni omejeno	simpozij za psihiatre, nevrologe, interniste in zdravnike v osnovnem zdravstvu
11.–12.	15.00	Poljče, Republiški center za obrambno usposabljanje	9. AŽMANOVA DNEVA	ni omejeno	strokovno izobraževanje za zdravnike GRS ter vse druge zainteresirane zdravnike, študente

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Klinični oddelek za anesteziologijo in interno terapijo operativnih strok KC, Katedra za anesteziologijo in reanimatologijo MF, prof. dr. Vesna Paver Eržen, dr. med.	prim. Miša Hribar Habinc, dr. med., ga. Miša Apfel, Klinični oddelek za anesteziologijo in interno terapijo operativnih strok, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 43 22 341, faks: 01 43 22 341	65.000,00 SIT	50101-678-48620, sklic na št. 23327- FEEA 01	***	***
Euroacademia Multidisciplinaria Neurotraumatologica EMN, dr. Matej Lipovšek	dr. Matej Lipovšek, Nevrokirurški oddelek, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 11 457, faks: 02 33 24 830, e-pošta: m.lipovsek@sb-mb.si	300 DEM v tolarški protivrednosti	51800-743-47228 (10-36/3)	***	***
Klinični oddelek za nefrologijo, SPS Interna klinika, Klinični center Ljubljana	ga. Mida Kandus in prof. dr. Jadranka Buturovič Ponikvar, dr. med., Klinični oddelek za nefrologijo, SPS Interna klinika, KC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 23 24 973, 23 92 498, faks: 01 43 22 077, e-pošta: jadranka.buturovic@kclj.si	25.000,00 SIT, 50103-678-79323, s pripisom »Za nefrologijo 2001«	***	***	ISIS 2/2001
Katedra za kirurgijo MF, Travmatološki oddelek SB Maribor	Katedra za kirurgijo, Medicinska fakulteta, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, tel.: 01 52 47 384	35.000,00 SIT	***	v postopku	ISIS 1/2001
Slovensko menopavzno društvo, mag. Damir Franič, dr. med.	ga. Irena Petan, Hotel Sava, Zdraviliški trg 6, 3250 Rogaška slatina, tel.: 03 81 14 709, faks: 03 81 14 732, e-pošta: hotel.sava@terme-rogaska.si	38.000,00 SIT	Terme Rogaška, št.: 50730-601-182634	***	ISIS 1/2001
Sekcija za zobne bolezni in endodontijo SZD, doc. dr. Franek Klemenc, dr. stom.	ga. Marjana Bajt, Albatros, Ribenska 2, 4260 Bled, tel.: 04 57 41 101, faks: 04 57 41 031	29.750,00 SIT (DDV je vključen)	51500-620-107-05-1620118-718696	12	***
Združenje pnevmologov Slovenije, prof. dr. Stanislav Šuškovič	ga. Dragica Sukič, Združenje pnevmologov Slovenije, 4204 Golnik, tel.: 04 25 69 100	***	***	***	ISIS 1/2001
Zdravstveni dom Ljubljana, enota Šiška, Milena Kovač Blaž, dr. med.	ga. Danica Lavrenčič, Zdravstveni dom Ljubljana, enota Šiška, Derčeva ul. 5, 1000 Ljubljana, tel.: 01 58 15 200, 58 15 234, faks: 01 50 53 542	5.000,00 SIT	50101-609-10040, sklic na št.: 02 801-280-43	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine, Zdravstveni dom Jesenice, Društvo medicinskih sester in tehnikov Gorenjske, Katedra za družinsko medicino MF	asist. mag. Janko Kersnik, dr. med., Koroška 2, 4280 Kranjska Gora, e-pošta: janko.kersnik@s5.net	***	***	***	ISIS 1/2001
Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, g.i.z. in Inštitut RS za rehabilitacijo	mag. Rudi Rumbak, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, g.i.z., Ljubljanska 14, 3000 Celje, tel.: 03 54 42 111, faks: 03 54 42 819, e-pošta: ssnz@siol.net	17.850,00 SIT	50700-601-105945	16	ISIS 2/2001
Zdravniško društvo Pomurja, Mitja Lainščak, dr. med.	Vlasta Petric, dr. med., tel.: 02 53 21 010, Alojz Horvat, dr. med., tel.: 02 53 41 300, Mitja Lainščak, dr. med., e-pošta: mitja@s-gms.ms.edus.si, Splošna bolnišnica Murska Sobota, Dr. Vrbnjaka 6, 9000 Murska Sobota, "Zdravniški tek", faks: 02 52 11 007	***	***	***	***
Združenje za endoskopsko kirurgijo Slovenije, Sekcija operacijskih medicinskih sester Slovenije, Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo	ga. Saša Rus, Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Klinični center, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, tel.: 01 23 22 322, faks: 01 23 16 096	glej rumene strani	50100-601-0272266-05-160-2001, s pripisom "za 6. kongres endoskopske kirurgije Slovenije"	***	ISIS 2/2001
prof. dr. Miro Denišlič, dr. med., prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med.	ga. Špela Soklič, tel.: 01 58 81 276	15.000, 00 SIT	***	***	ISIS 2/2001
Zdravniška podkomisija gorske reševalne službe Slovenije, Martina Zupančič, dr. med., Eva Pogačar, dr. med.	Eva Pogačar, dr. med., Oddelek za anesteziologijo in reanimacijo, SB Jesenice, C. Maršala Tita 112, 4270 Jesenice, tel.: 04 58 68 000, GSM: 041 710 703, prijave ob začetku srečanja	10.000,00 SIT	***	***	***

Datum	Pričetek	Kraj	Tema	Število kandidatov	Vsebina
<b>MAJ 2001</b>					
11.–12.	13.00	Maribor, Slovensko narodno gledališče, Kazinska dvorana	12. SREČANJE IZ PRAKSE ZA PRAKSO	ni omejeno	podiplomsko izobraževanje za splošne zdravnike, interniste, specializante interne medicine in druge konzervativne stroke
18.	14.30	Ljubljana, ZD Ljubljana, enota Šiška	ŠOLA ZDRAVLJENJA DEBELOSTI	4	tečaj in individualno delo s posamezno skupino za zdravnike družinske/ splošne medicine, medicinske sestre
24.–26.	***	Novo mesto, hotel Krka	III. KONGRES ŠOLSKE MEDICINE	ni omejeno	kongres za šolske zdravnike, pediatre in vse, ki delajo s šolskimi otroki in mladino
25.–26.	8.00	Ljubljana, poslovni prostori Smelta, Dunajska 160	SREČANJE TIMOV V OSNOVNEM ZDRAVSTVU	ni omejeno	predavanja o novostih s področja ortopedije, onkologije, otorinolaringologije za zdravnike v osnovnem zdravstvu in medicinske sestre oziroma tehnike
27.–30.	9.00	Bled, hotel Kompas	10. MEDNARODNI SIMPOZIJ IZ INTENZIVNE MEDICINE	300	simpozij za vse zdravnike, sestre in zdravstvene tehnike v enotah intenzivne medicine
27.–31.	***	Innsbruck, Avstrija	7th CONFERENCE OF THE INTERNATIONAL SOCIETY OF TRAVEL MEDICINE	ni omejeno	mednarodna konferenca o potovalni medicini za vse zdravstvene delavce
31.5.–2.6.	17.00	Maribor, hotel Habakuk	2. NOVAKOVI DNEVI - PREZGODNJI POROD IN NEDONOŠENČEK	100	seminar in učna delavnica za specialiste in specializante ginekologije in porodništva, neonatologe, pediatre, babice, medicinske sestre
<b>JUNIJ 2001</b>					
***	***	Ljubljana, Pediatrična klinika, Ul. stare pravde 4	PODIPLOMSKI TEČAJ OTROŠKE NEVROLOGIJE	15	podiplomski tečaj za pediatre in pediatrijce
2.	10.00	Brdo pri Kranju	VII. MEDNARODNI MEDICINSKI DUATLON IN MEDNARODNI STROKOVNI SIMPOZIJ	ni omejeno	udeleženci v konkurenci: zdravniki, veterinarji in farmaceuti, izven konkurence: študentje navedenih poklicev in prijatelji
7.–9.	***	Bled, Festivalna dvorana	5. MEDNARODNI KONGRES – CEREBRALNA PARALIZA	500	kongres za raziskovalce, klinike in terapevte
7.–9.	8.00	Bled, hotel Golf	AO TEČAJ IZ KIRURGIJE HRBTENICE	60	simpozij z učno delavnico za kirurge, ortopede
8.	14.30	Ljubljana, ZD Ljubljana, enota Šiška	ŠOLA ZDRAVLJENJA DEBELOSTI	4	tečaj in individualno delo s posamezno skupino za zdravnike družinske/ splošne medicine, medicinske sestre

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Klinični oddelek za interno medicino Maribor, Združenje internistov SZD, doc. dr. Radovan Hojs, dr. med.	ga. Zdenka Kodrin, Klinični oddelek za interno medicino, SB Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 12 871, faks: 02 33 12 393	12.000,00 SIT do 1. 4. 2001, nato 15.000,00 SIT	51800-678-81888, s pripisom »Iz prakse za prakso«	v postopku	ISIS 2/2001
Zdravstveni dom Ljubljana, enota Šiška, Milena Kovač Blaž, dr. med.	ga. Danica Lavrenčič, Zdravstveni dom Ljubljana, enota Šiška, Derčeva ul. 5, 1000 Ljubljana, tel.: 01 58 15 200, 58 15 234, faks: 01 50 53 542	5.000,00 SIT	50101-609-10040, sklic na št.: 02 801-280-43	***	***
Sekcija za šolsko medicino, Zdravstveni dom Novo mesto, Jože Šumak, dr. med.	Irena Kržišnik, dr. med., ZD Ljubljana Bežigrad, tel.: 01 30 03 300	***	***	***	***
SZD – Združenje zdravnikov splošne medicine, Inštitut za varovanje zdravja, Katedra za družinsko medicino, asist. mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med., Davorina Petek, dr. med., Nena Kopčavar Guček, dr. med.	ga. Anica Artnak, Inštitut za varovanje zdravja, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 23 245 6.000,00 SIT za praktične vaje, 16.000,00 SIT za medicinske sestre, 18.000,00 SIT za sekundarije, 7.000,00 SIT za fizioterapevte	20.000,00 SIT za predavanje (10.000,00 za vsak dan posebej),	***	***	ISIS 2/2001
Slovensko združenje za intenzivno medicino, Ognjen Cerovič, dr. med.	Ognjen Cerovič, dr. med., in ga. Lidija Gričar, Tajništvo SZIM, Zaloška c. 7, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 26 036, 43 17 155	***	kotizacija bo plačana na osnovi prijavnice in izdanega predračuna ali na dan simpozija ob registraciji	***	***
Dpt. of Infectious Diseases and Tropical Medicine Section of International Health	prof. Frank V. Sounenburg, ASTM 7 Secretariat, Georgenstr. 5, 80799 Munich, Germany, tel.: 49 89 2180 3830, faks: 49 89 33 60 38, e-pošta: www.istm.org	***	***	***	***
Združenje za perinatalno medicino SZD, Klinični oddelek za perinatologijo - Ginekološka klinika Ljubljana, Klinični oddelek za perinatologijo SB Maribor, prim. dr. Vasilij Cerar, dr. med.	ga. Milica Trenkič, Ginekološka klinika Ljubljana, Šljajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 97 590, faks: 01 43 97 590, e-pošta: milica.trenkic@guest.arnes.si	30.000,00 SIT za specialiste, 15.000,00 SIT za specializante in medicinske sestre	po prijavi bo izstavljen račun	***	***
Medicinska fakulteta – Katedra za pediatrijo, prof. dr. David Neubauer, dr. med.	prof. dr. David Neubauer, prim. mag. Štefan Kopač, Pediatrična klinika, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 30 03 273, 30 03 272, faks: 01 23 10 246, e-pošta: david.neubauer@mf.uni-lj.si	500.000,00 SIT	50106-603-41175, sklic na št. 230-16	***	ISIS 10/2000
prof. dr. Milivoj Veličkovič Perat	prof. dr. Milivoj Veličkovič Perat, Oddelek za razvojno nevrologijo, Pediatrična klinika, Klinični center, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 23 24 297, faks: 01 23 24 293, e-pošta: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si	***	***	***	***
Oddelek za razvojno nevrologijo, Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, prof. dr. Milivoj Veličkovič Perat, dr. med.	prof. dr. Milivoj Veličkovič Perat, dr. med., Oddelek za razvojno nevrologijo, Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 061 324 297, faks: 061 324 293, e-pošta: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si, domača stran: <a href="http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm">http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm</a>	***	***	***	***
Slovenska AO skupina, KC Ljubljana Travmatološka in Ortopedska klinika, prim. mag. Andrej Aleš, dr. med., Ivan Štraus, dr. med., Miloš Vesel, dr. med., prim. France Vrevc, dr. med.	Tomaž Petrič, dr. vet. med., mag. Dagmar Podgornik, dr. vet. med., Metalka Zastopstva Media d.o.o., Dalmatinova 2, 1000 Ljubljana, tel.: 01 23 21 145, 01 23 14 294, faks: 01 43 28 112	60.000,00 SIT, 30.000,00 SIT	Metalka Zastopstva Media št. rač.: 50100-601-117173, s pripisom "AO Spine Course"	***	***
Zdravstveni dom Ljubljana, enota Šiška, Milena Kovač Blaž, dr. med.	ga. Danica Lavrenčič, Zdravstveni dom Ljubljana, enota Šiška, Derčeva ul. 5, 1000 Ljubljana, tel.: 01 58 15 200, 58 15 234, faks: 01 50 53 542	5.000,00 SIT	50101-609-10040, sklic na št.: 02 801-280-43	***	***

Datum	Pričetek	Kraj	Tema	Število kandidatov	Vsebina
<b>JUNIJ 2001</b>					
8.–9.	10.00	Maribor, Univerza v Mariboru, Slomškov trg 15	BEDJANIČEV SIMPOZIJ: OKUŽBE S KLAMIDIJAMI	***	simpozij z mednarodno udeležbo za vse zdravnike
<b>SEPTEMBER 2001</b>					
4.–8.	9.00	Bled, hotel Park	10. MEDNARODNI TEČAJ: DELO ZDRAVNIKA IZVEN AMBULANTE	30	strokovno srečanje za zdravnike družinske medicine, sekundarije
<b>OKTOBER 2001</b>					
12.–13.	9.00	Strunjan, Zdravilišče Strunjan	18. UČNE DELAVNICE: DELO ZDRAVNIKA IZVEN AMBULANTE – ASTMA	30	strokovno srečanje za zdravnike družinske medicine, sekundarije
18.–20.	***	Portorož, Kongresni center Bernardin	2. SLOVENSKI PSIHIATRIČNI KONGRES	ni omejeno	kongres za psihiatre, nevrologe, zdravnike v osnovnem zdravstvu
19.–20.	***	Maribor	138. SKUPŠČINA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA	***	skupščina in strokovno srečanje za vse zdravnike in zobozdravnike
<b>NOVEMBER 2001</b>					
16.–17.	9.00	Lenart v Slovenskih Goricah	18. UČNE DELAVNICE: DELO ZDRAVNIKA IZVEN AMBULANTE – SRČNI BOLNIK	30	strokovno srečanje za zdravnike družinske medicine, sekundarije
30.11.–1.12.	9.00	Kranj, dvorana Mestne občine Kranj	III. FAJDIGOVI DNEVI: INFEKCIJE V OSNOVNEM ZDRAVSTVU	120	strokovno srečanje za zdravnike družinske medicine in ostale zdravnike v osnovnem zdravstvu ter sekundarije
<b>DECEMBER 2001</b>					
14.–15.	9.00	Dobrna, Zdravilišče Dobrna	18. UČNE DELAVNICE: DELO ZDRAVNIKA IZVEN AMBULANTE – MOŽGANSKA KAP	30	strokovno srečanje za zdravnike družinske medicine, sekundarije
<b>JANUAR 2002</b>					
25.–26.	9.00	Ljubljana, Katedra za družinsko medicino	18. UČNE DELAVNICE: DELO ZDRAVNIKA IZVEN AMBULANTE – KRONIČNA BOLEČINA	30	strokovno srečanje za zdravnike družinske medicine, sekundarije
<b>AVGUST 2004</b>					
22.–26.	***	Ljubljana, Cankarjev dom	1. SVETOVNI KONGRES RAZVOJNE MEDICINE	1.600	kongres za raziskovalce in klinike

Organizator, moderator	Naslov za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	Kotizacija	Žiro račun	Število kred. točk	Podroben program
Oddelek za nalezljive bolezni in vročinska stanja Splošne bolnišnica Maribor, Zdravniško društvo Maribor, Združenje za infektologijo SZD, prim. Jelka Reberšek Gorišek, dr. med.	ga. Majda Petek, tajništvo, Oddelek za nalezljive bolezni in vročinska stanja SB Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, tel.: 02 32 12 657, faks: 02 33 12 393, e-pošta: j.gorisek@sb-mb.si	20.000,00 SIT (z DDV)	51800-678-81888	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine, Katedra za družinsko medicino MF, doc. dr. Igor Švab, dr. med., mag. Leopold Zonik	ga. Ana Artnak, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 86 910, faks: 01 43 86 910, e-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si	20.000,00 SIT	***	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine, Katedra za družinsko medicino MF, Irena Vatovec Progar, dr. med., Ljubica Kolander Bizjak, dr. med.	ga. Ana Artnak, katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 86 910, faks: 01 43 86 910, e-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si	20.000,00 SIT	***	***	***
Združenje psihiatrov Slovenije, Psihiatrična klinika Ljubljana, Katedra za psihiatrijo MF Ljubljana, asist. mag. Blanka Kores Plesničar, dr. med.	Urban Groleger, dr. med., Psihiatrična klinika Ljubljana, Studenec 48, 1260 Ljubljana Polje, tel.: 01 52 85 451	40.000,00 SIT	***	***	***
Slovensko zdravniško društvo, Zdravniško društvo Maribor, prim. Matija Cevc, dr. med., Martin Bigec, dr. med.	ga. Tatjana Mauko, ZD dr. Adolfa Drolca Maribor, Vošnjakova 2, 2000 Maribor, tel.: 02 22 86 356, faks: 02 22 86 581, e-pošta: tatjana.mauko@zd-mb.si	***	***	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine, Katedra za družinsko medicino MF, asist. Mateja Bulc, dr. med., Franc Šuta, dr. med.	ga. Ana Artnak, katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 86 910, faks: 01 43 86 910, e-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si	20.000,00 SIT	***	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine, Katedra za družinsko medicino MF, asist. mag. Janko Kersnik, dr. med.	ga. Jožica Krevh, Osnovno zdravstvo Gorenjske, Gosposvetska 9, 4000 Kranj, tel.: 04 20 82 523, faks: 04 20 26 718, e-pošta: janko.kersnik@s5.net	20.000,00 SIT	***	***	ISIS 1/2001
Združenje zdravnikov družinske medicine, Katedra za družinsko medicino MF, Maja Klemenc, dr. med., Milan Rajtmajer, dr. med., Jana Govc Eržen, dr. med.	ga. Ana Artnak, katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 86 910, faks: 01 43 86 910, e-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si	20.000,00 SIT	***	***	***
Združenje zdravnikov družinske medicine, Katedra za družinsko medicino MF, asist. mag. Gojmir Žorž, dr. med., Franc Šuta, dr. med.	ga. Ana Artnak, katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, tel.: 01 43 86 910, faks: 01 43 86 910, e-pošta: kdrmed@mf.uni-lj.si	20.000,00 SIT	***	***	***
Oddelek za razvojno nevrologijo, Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, prof. dr. Milivoj Veličkovič Perat, dr. med.	prof. dr. Milivoj Veličkovič Perat, dr. med., Oddelek za razvojno nevrologijo, Pediatrična klinika, Klinični center Ljubljana, Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana, tel.: 01 23 24 297, faks: 01 23 24 293, e-pošta: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si, home page: <a href="http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm">http://www2.mf.uni-lj.si/~velickovic/mainpage.htm</a>	***	***	***	***

# Uredništvu revije Isis

Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana

V reviji Isis želimo objaviti priloženo obvestilo o strokovni prireditvi. Prvo obvestilo želimo objaviti v  številki Izide.

Ustrezni program strokovnega srečanja naj bo objavljen v  številki Izide.

Za objavo podatkov v **Koledarju strokovnih prireditev** pošiljamo naslednje podatke:

Mesec prireditve	Prostor, kjer bo prireditev	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dan prireditve		
<input type="text"/>		
Pričetek, ura	Naslov strokovnega srečanja	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Kraj	Število slušateljev (če je določeno)	(neomejeno)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Vsebina in vrsta strokovne prireditve (podiplomski seminar, simpozij, posvetovanje, učna delavnica...)

Komu je namenjena (vsem zdravnikom, zdravnikom v osnovnem zdravstvu, kirurgom, internistom...)

Organizator (Medicinska fakulteta, klinika, sekcija Zdravniškega društva...)

Predstavnik ali strokovni vodja

Naslov za pošiljanje prijav

Informacije, kontaktne osebe

Njihove tel. številke in št. faksa

Višina kotizacije

Naslov in številka žiro računa

Število kreditnih točk

Kraj in datum

Podpis organizatorja



# Isis

Glasilo Zdravniške zbornice Slovenije

*The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia*

## Impressum

LETO X, ŠT. 2, 1. februar 2001  
UDK 61(497. 12)(060. 55)  
UDK 06. 055:61(497. 12)  
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9

IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK

PUBLISHED BY

The Medical Chamber of Slovenia  
Zdravniška zbornica Slovenije  
Dalmatinova 10, p. p. 1630,  
1001 Ljubljana

tel.: 01/30 72 100

faks: 01/30 72 109

E-pošta: zdravniška.zbornica@zzs-mcs.si

Ziro račun št.: 50101-637-58629

UREDNIŠTVO • EDITORIAL OFFICE

Dalmatinova 10, p. p. 1630,

1001 Ljubljana

tel.: 01/30 72 152

faks: 01/30 72 159

E-pošta: isis@zzs-mcs.si

ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK

EDITOR-IN-CHIEF AND RESPONSIBLE

EDITOR

prim. mag. France Urlep, dr. med.

Tlaka 26, Gornji Grad,

tel., faks: 03/584 30 28.

E-pošta: france.urlep@guest.arnes.si

UREDNIKA • EDITOR

Elizabeta Bobnar Najzer, prof. sl., ru.

E-pošta: eb.najzer@zzs-mcs.si

UREDNIŠKI ODBOR

EDITORIAL BOARD

prof. dr. Zoran Arnez, dr. med.

Martin Bigec, dr. med.

prof. dr. Nenad Funduk, dr. stom.

prof. dr. Anton Grad, dr. med.

prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.

prof. dr. Boris Klun, dr. med.

prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.

prof. dr. Črt Marinček, dr. med.

mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med.

prof. dr. Jože Trontelj, dr. med.

prof. dr. David B. Vodušek, dr. med.

LEKTORICA • REVISION

Aleksandra Šarman

TAJNICA UREDNIŠTVA • SECRETARY

Marija Cimperman

RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN

PRIPRAVA ZA TISK • DTP

Camera d.o.o.

Ob Dolenjski železnici 182, Ljubljana

tel.: 01/420 12 00

TRŽENJE • MARKETING

Atelier IM d.o.o.,

Design•Promocija•Komunikacije

Breg 22, Ljubljana,

tel.: 01/24 11 930

faks: 01/24 11 939

E-pošta: atelier-im@siol.net

TISK • PRINTED BY

Tiskarna Povše, Povšetova 36 a,

Ljubljana

tel.: 01/230 15 42

## The Isis Journal

The Isis Journal is issued on the first day of each month. The annual subscription for non-members is 11.760,00 SIT. A single issue costs 980,00 SIT. The tax is included in price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles. Printed 7.000 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 XX<sup>th</sup> 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.

## Sodelovali

Asist. dr. Borut Bratanič, dr. med., zdravnik, Pediatrična klinika, KC Ljubljana • Prim. Aleksander Brunčko, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za pediatrijo, Splošna bolnišnica Maribor • Igor Čabrian, dr. med., zdravnik, Ljubljana • Prim. Jožica Červek, dr. med., zdravnica, Onkološki inštitut Ljubljana • Jože Četina, dr. med., upokojeni zdravnik, Celje • Jani Derič, dr. med., zdravnik, ZZS • Patricija Ečimovič, dr. med., zdravnica, Onkološki inštitut Ljubljana • Mag. Zlatko Fras, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za žilne bolezni, SPS Interna klinika, KC Ljubljana • Prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med., zdravnik, Splošna bolnišnica Maribor • Marjana Grm, dr. med., zdravnica, ZD Radovljica • Prof. dr. Mirko Jung, dr. med.,

zdravnik, Švica • Rafael Kapš, dr. med., zdravnik, Odsek za intenzivno medicino, Interni oddelek, Splošna bolnišnica Novo mesto • Prof. dr. Boris Klun, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Prof. dr. Andreja Kocijančič, dr. med., zdravnica, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, SPS Interna klinika, KC Ljubljana • Doc. dr. Radko Komadina, dr. med., zdravnik, Travmatološki oddelek, Splošna bolnišnica Celje • Prof. dr. Radovan Komel, Inštitut za biokemijo, Medicinska fakulteta Ljubljana • Nena Kopčavar Guček, dr. med., zdravnica, Zdravstveni zavod Zdravje, Ljubljana • Prof. dr. Janko Kostnapfel, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Doc. dr. Mitja Košnik, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergologijo, Bolnišnica Golnik • Prof. dr. Igor Kranjec, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za kardiologijo, Klinični center Ljubljana • Asist. mag. Nevenka Krčevski Škvarč, dr. med., zdravnica, Oddelek za anesteziologijo, intenzivno terapijo in zdravljenje bolečin, Splošna bolnišnica Maribor • Nives Krebelj Škof, dr. stom., zobozdravnica, ZD Koper • Prof. dr. Ciril Kržišnik, dr. med., zdravnik, SPS Pediatrična klinika, KC Ljubljana • Ksenija Lenarčič, Sektor za mednarodne odnose v kulturi, Ministrstvo za zunanje zadeve, Ljubljana • Rok Malavašič, dr. med., zdravnik, Kirurški oddelek, Splošna bolnišnica Novo mesto • Prof. dr. Andrej Mašera, dr. med., zdravnik, Katedra za patologijo, Medicinska fakulteta Ljubljana • Biserka Marolt Meden, SPS Pediatrična klinika, KC Ljubljana • Jožica Maučec Zakotnik, dr. med., zdravnica, Ministrstvo za zdravstvo Slovenije • Slavka Naumovska, dr. stom., zobozdravnica, ZD Koper • Tanja Orel Šturm, Sektor za mednarodne odnose v kulturi, Ministrstvo za zunanje zadeve, Ljubljana • Prof. dr. Marija Pečan, dr. med., višja svetica, zdravnica, Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, SPS Kirurška klinika, KC Ljubljana • Sanja Lucija Pečnik, dr. stom., zobozdravnica, Zasebna ordinacija, Ljubljana • Dr. sc. Miroslav Petrovec, dr. med., zdravnik, Medicinska fakulteta Ljubljana • Asist. mag. Franc Planinšek, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za plastično kirurgijo in opeklino, SPS Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana • Prof. dr. Dražgost Pokorn, dr. med., zdravnik, Inštitut za higieno, Medicinska fakulteta Ljubljana • Tatjana Praprotnik, KUD dr. Lojz Kraigher, Klinični center Ljubljana • Prof. dr. Stelio Rakar, dr. med., višji svetnik, zdravnik, SPS Ginekološka klinika, KC Ljubljana • Andrej Rant, dr. stom., zobozdravnik, Zdravstveni dom Ljubljana Center • Prim. Primož Reš, dr. med., zasebni zdravnik, CZN prim. Reš, Ljubljana • Prof. dr. Matjaž Rode, dr. stom., višji svetnik, zobozdravnik, ZD Ljubljana Šiška • Asist. mag. Danica Rotar Pavlič, dr. med., zdravnica, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije

je, Ljubljana • Jasna Rozman Marčič, Ljubljana • Prim. mag. Mirjana Stantič Pavlinič, dr. med., zdravnica, Zavod za zdravstveno varstvo, Ljubljana • Prof. dr. Saša Svetina, Inštitut za biokemijo, Medicinska fakulteta Ljubljana • Tina Šapec, univ. dipl. prav., ZZS • Aleksandra Šamran, ZZS • Alenka Škerjanc, dr. med., Zavod za zdravstveno varovanje Slovenije, Ljubljana • Prof. dr. Jurij Šorli, dr. med., zdravnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergologijo, Bolnišnica Golnik • Prof. dr. Onja Tekavčič Grad, klin. psih., Center za mentalno zdravje, Psihiatrična klinika Ljubljana • Mag. Iztok Tomazin, dr. med., zdravnik, ZD Tržič • Prim. mag. France Urlep, dr. med., višji svetnik, zdravnik, ZZS • Asist. Mojca Velikonja Vagner, dr. stom., zobozdravnica, Mediacom, d.o.o., Kranj • Asist. mag. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med., zdravnica, Inštitut za zgodovino medicine, Medicinska fakulteta Ljubljana • Doc. dr. Matjaž Zwitter, dr. med., zdravnik, Onkološki inštitut Ljubljana • Suzana Židanik, dr. med., zdravnica, Dispanzer za zdravstveno varstvo študentov, ZD Maribor • Asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med., zdravnica, ZZS

## Navodila avtorjem

Rok za oddajo vseh prispevkov za objavo v reviji Isis je do 10. v mesecu (prejeto v uredništvu) za naslednji mesec. Članki naj bodo natipkani ali računalniško izpisani tako, da je 30 vrst na stran in 60 znakov v vrsti. Članki naj ne presegajo šest tipkanih strani. Prispevek lahko vsebuje tudi angleški povzetek (naslov in največ 300 znakov). Avtorjem sporočamo, da svoje prispevke lahko oddajajo na disketah. Disketi mora biti priložen tudi izpis. Prispevku priložite svoj polni naslov, občino stalnega bivališča, EMŠO, davčno številko in številko ziro računa.

Revija izhaja prvega v mesecu.

Letna naročnina za nečlane (naročnike) je 11.760,00 SIT, posamezna številka za nečlane stane 980,00 SIT. Davek na dodano vrednost je vračunan v ceni ter se ga obračunava in plačuje po 8-odstotni stopnji. Rokopisov ne vračamo. Izbrane in naročene članke honoriramo. Naklada 7.000 izvodov. Poštnina plačana pri pošti 1102 Ljubljana.



The President of the Medical Chamber

**Marko Bitenc, M.D., M.Sc.**

E-mail: marko.bitenc@zzs-mcs.si

The vice-president of the Medical Chamber

**Andrej Možina, M.D.**

The vice-president of the Medical Chamber

Prof. **Franc Farčnik, M.S., Ph.D.**

The President of the Assembly

Prim. **Anton Židanik, M.D.**

The vice-president of the Assembly  
**Živo Bobič, S.D.**

#### **Executive board of the medical chamber of Slovenia**

The president of the

Educational council

Prof. **Matija Horvat, M.D., Ph. D.**

The president of the Professional medical committee

Prof. **Vladislav Pegan,**

M.D., Ph. D.

The president of the Primary health care committee

**Gordana Živčec Kalan, M. D.**

The president of the Hospital health care committee

Prim. **Andrej Možina, M.D.**

The president of the Dentistry health care committee

Prof. **Franc Farčnik, M.S., Ph.D.**

The president of the Legal-ethical committee

**Žarko Pinter, M.D., M.Sc.**

The president of the Social-economic committee

**Jani DERNIČ, M.D.**

The president of the Private practice committee

**Igor Praznik, M. D.**

The Secretary General

**Brane Dobnikar, L.L.B.**

Public Relations Department  
**Elizabeta Bobnar Najzer, B.A.**

Legal and General Affairs Department

**Vesna Habe Pranjčič, L. L. B.**

Finance and Accounting Department

**Jožica Osolnik, Econ.**

Health Economics, Planning and Analysis Department

**Nika Sokolič, B. Sc. Econ.**

Training and Professional Supervision Department

**Mojca Vrečar, M. B. A.**



## 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 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.

### Historical background

The first Slovenian Medical Chamber was founded on May 15<sup>th</sup>, 1893 as the "Medical Chamber for the Carniola Province". It functioned until 1918. After five years, on April 28<sup>th</sup> 1923, the "Medical Chamber for Slovenia" was established. It functioned until 1946. Slovenia gained independence in 1991 and the Medical Chamber was re-established on March 28<sup>th</sup> 1992. In the few years from being newly established it has taken over many responsibilities, including some delegated legal authority. At present it is organized according to modern-day and European standards.



## Pravljica o (čisto navadnem) vrču

Sredi pogrnjene mize je stal z malinovcem napolnjen vrč; kovinski, brez kake posebne oblike in zelo enostaven. Pri hiši je bil že bog ve koliko let, zato je "preživel" že ničkoliko prijemov odraslih in otrok ter spoznal mnogo značajev. Nekateri so ga zgrabili na hitro in čvrsto, drugi z občutkom in nežno, vendar pa ga je večina zaradi njegove navadnosti preprosto prezrla.

O tem kovinskem vrču še nihče ni ničesar zapisal. V pesmih, zgodbah in pregovorih so omenjali samo njegove kristalne, porcelanaste, srebrne in seveda zlate sorodnike. Za marsikoga je bila njegova edina resničnost njegov "ob-stoj"; to namreč, da je vedno ob nekom stal; vedno je bil nekako pri roki. Popolnoma neopazen torej.

Večkrat se je zgodilo, da se je ob njem pojavila majolika. Napolnjena je bila z izbranim vinom, kar je na okolico naredilo neverjeten vtis. Ta sestrična se je neredko omenjala v napevih, pregovorih, nastopala je na velikih gledaliških odrih in celo v znani televizijski nadaljevanki o velikanu slovenske poezije. V nasprotju z njim se je tako rekoč ubesedila. Bila je torej opazna, markantna; tako kot njena vsebina. Med bratrance bi lahko našel še celo pahljačo različnih glinenih vrčev, v katerih so na mizo prinašali raznovrstne sokove, različne vrste vina, mošt ali samo vodo. Eden izmed slednjih se je pojavil v intervjuju prednovoletne Sobotne priloge. Šlo je nekako takole: "Tudi bivši finančni minister je po padcu vlade rekel, da se lahko vrč, ki predolgo hodi po vodo, razbije". Gre torej v prvi vrsti za glinen ali steklen vrč, saj se kovinski ne more razbiti. Vedel je tudi za obstoj zlatih kelihov, izmed katerih so bili nekateri okrašeni z dragimi kamni in s posebno dovršenim okrasjem. Že na daleč se je videlo, da so posvečeni in zato nedotakljivi (res so bili manj dotakljivi in deležni manjše pestrosti dotikov, kot jih je bil na primer on). Svete knjige so pisale o njih, pesmim pa so rekli spevi.

Njegova resničnost je bila torej le "ob-stoj", neopaznost, nezanimivost, enostavnost. V resnici pa njegov kovinski lesk ni bil



samoumeven. Sijaj je namreč izražal veselje in celo navdušenje nad tem, da je, kar je. Skupaj z "manj uglednimi" predstavniki svoje vrste je nevede postal osnova primerjav. Brez njega ne bi bilo "lepših", "umetelnih", "bolj slavanih", "opaznih", "izjemnih", "neponovljivih", "medijsko popularnih" ... S svojim "ob-stojem" je predvsem dopuščal in omogočal, da so drugi več kot obstajali in so se lahko prav zaradi tega navduševali nad svojo popol-

nostjo, enkratnostjo in neponovljivostjo. Vse to je bilo dovolj, da je nekako osmisli svoj "ob-stoj", kar se je videlo tudi v njegovem kovinskem (in ne plehnatem in zato plehkem) lesku. Konec koncev je bila njegova vsebina - malinovec - tista sladka pijača, ki je razveselila kopico otrok. Nekateri so ga zaradi sladkosti in prijetnega okusa spili celo več kozarcev.

Zavedal se je, da njegova "pamet" in prepričanje nista dostopna vsakomur. Nekatere majolike in kelihove so se namreč veselili svoje lepote v takšni meri, da sploh niso opazili svoje okolice - in s tem njegove (drugačne a ne drugorazredne) resnice.

Resničnost in zavest o vlogi ter namenu čisto navadnih vrčev mu seveda niso vzeli sanj. V njih je tudi on postal majolika, kristalni vrč ali bogato okrašen kelih. Včasih je sanjal celo stoje. Ponavadi o tem, kako kovinski vrči ne bodo vedno le pločevinasti, ali pa, kako bodo nekoč iznašli posebno snov, ki bo zasencila celo zlato. Pa še s sanjami je bilo tako, da so se včasih uresničile; poznal je namreč zgodbe, kako so se v rodbini kovinskih vrčev nepričakovano pojavili kelihovi. Tudi rodbina kelihov se je morala sprijazniti s kakim kovinskim posebnostjo in ga sprejeti medse. To je bilo zanje, ki so sloveli po zlatem sijaju in posebnem položaju, precej bolj boleče, kot pa na primer pojav, da se je med "kovinarji" pojavil zlat kelih (čeprav je zgodba v osnovi ista).

Enake pojave je opazoval tudi pri tistih, ki so se ga dotikali. Le da so oni vse te spremembe in zakonitosti precej bolj zapletali...

Danica Rotar Pavlič